





Medicina paliativa

Instituto Mexicano del Seguro Social

José de Jesús Salvador Villafaña Tello

COLECCIÓN MEDICINA DE EXCELENCIA

XX



GOBIERNO DE
MÉXICO





Medicina paliativa

Primera edición, 2024.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Av. Paseo de la Reforma #476, Colonia Juárez,
C.P. 06600, Ciudad de México.

ISBN: 978-607-9464-96-7

Autor:

Rafael Medrano Guzmán

Compilador:

Rafael Medrano Guzmán

Coordinador editorial:

Felipe Cruz Vega

Coordinación Técnica de Difusión

Edición y corrección de estilo:

Jorge Carlos Lizcano Arias

Germán Romero Pérez

Gustavo Marcos Cazarín

Berenice Flores López

José Paiz Tejada

Diseño:

Rosaura Nieto

Editorial Alfil, S. A. de C. V.

Luz del Carmen Granados Lince

Tipografías:

Montserrat y Constantia

Derechos reservados: ©

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

El lenguaje empleado en esta publicación es conforme
a la Real Academia de la Lengua Española y no pretende discriminar
o marcar diferencias entre mujeres y hombres. Las referencias o
alusiones hechas en género masculino abarcan a ambos sexos.

Impreso y hecho en México.

DIRECTORIO

MTRO. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO
Dirección General

LIC. MARCOS BUCIO MÚJICA
Secretaría General

DRA. CÉLIDA DUQUE MOLINA
Dirección de Prestaciones Médicas

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA
Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

MTRO. BORSALINO GONZÁLEZ ANDRADE
Dirección de Administración

MTRA. NORMA GABRIELA LÓPEZ CASTAÑEDA
Dirección de Incorporación y Recaudación

LIC. ANTONIO PÉREZ FONTICоба
Dirección Jurídica

MTRA. CLAUDIA LAURA VÁZQUEZ ESPINOZA
Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

MTRO. MARCO AURELIO RAMÍREZ CORZO
Dirección de Finanzas

LIC. JAVIER GUERRERO GARCÍA
Dirección de Operación y Evaluación

DRA. ASA EBBA CHRISTINA LAURELL
Dirección de Planeación para la Transformación Institucional

LIC. SALIM ARTURO ORCÍ MAGAÑA
Órgano Interno de Control

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO
Programa IMSS-Bienestar

LIC. AMADEO DÍAZ MOGUEL
Unidad de Comunicación Social

MTRO. JORGE ARMANDO MARENGO CAMACHO
Secretaría Técnica para los 80 Años del IMSS

LIC. JORGE CARLOS LIZCANO ARIAS
Coordinación del Comité de Publicaciones de la Colección Medicina de Excelencia



AUTORES Y COLABORADORES

DRA. STEFANY ALAMILLA CUÉLLAR

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Capítulo 20

DRA. ITZE PALOMA ÁLVAREZ MORA

Especialista en Anestesiología, con especialidad de Rama en Medicina Paliativa. Médico de Base en el Departamento de Clínica del Dolor y Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulos 4, 19

DRA. MARÍA ELEAZAR BARRIENTOS MONTES DE OCA

Médico Radio-Oncólogo de la UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional “SXXI”. Profesora del Curso de Técnicos de Radio-Oncología. Exprofesor Asociado a la residencia de la especialidad de Radio-Oncología.

Capítulo 22

DRA. LIZBETH MARÍA BELTRÁN AYALA

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Segundo Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 10

DRA. RAISA BENÍTEZ MARTÍNEZ

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Segundo Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 10

DRA. ETHEL DAFNE BUSTOS VERGARA

Residente de la especialidad de Anestesiología.

Capítulo 4

DRA. BRIGITTE MARLENE CHEVILLON CASTILLO

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 18

DRA. ANGÉLICA CUAPIO GÓMEZ

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 15

DRA. REBECA GARCÉS RUIZ

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano.

Capítulo 16

DR. CARLOS EDUARDO GARCÍA CERVANTES

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Capítulo 20

DR. LUIS FERNANDO C. GARCÍA MELÉNDEZ

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano.

Capítulo 19

DR. GERSON GASTELUM SÁNCHEZ

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 6

DR. ÓSCAR JUÁREZ SÁNCHEZ

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Capítulo 20

DRA. NAYELI GUADALUPE MAGAÑA CAMACHO

Especialista en Anestesiología. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 7

DR. JOSÉ ENRIQUE MARTÍNEZ VELÁZQUEZ

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Capítulo 22

DR. FLAVIO CÉSAR MÉNDEZ PORTO

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Homeópata.

Capítulo 21

DR. BRIAN EDUARDO SANTIAGO MENESES

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Capítulo 21

DRA. FÁTIMA MINGÜER RODRÍGUEZ

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 22

DR. JUAN MIGUEL ORTIZ MORENO

Residente de la especialidad de Anestesiología.

Capítulo 9

DR. ALEJANDRO PEÑA CARCAÑO

Residente de la especialidad de Anestesiología.

Capítulo 12

DR. DAVID RAMSÉS PÉREZ ALBORES

Especialista en Anestesiología. Residente de Segundo Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 23

DRA. CARMEN LILIBETH PULIDO HERNÁNDEZ

Especialista en Anestesiología. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 13

DR. ÉDGAR ANTONIO RAMOS GUTIÉRREZ

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano.

Capítulo 16

DRA. YOLANDA MARISA RUIZ LIÑÁN

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Residente de Segundo Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 11

DR. WILSON GADIEL SEGOVIA MERLO

Residente de la especialidad de Anestesiología.

Capítulo 12

DRA. FABIOLA SALAS GARCÍA

Residente de Medicina Familiar.

Capítulo 14

DRA. IT BOSETH ALEJANDRA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Especialista en Anestesiología. Residente de Segundo Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 1

DR. JOSÉ ROBERTO SERRANO CUÉLLAR

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 8

DR. GONZALO TALAVERA MARTÍNEZ

Médico Pasante del Servicio Social de la Licenciatura de Médico Cirujano y Partero.

Capítulo 5

DRA. GISELLI YAISARET TE SEPÚLVEDA

Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Residente de Primer Año de la especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulos 2, 3

DRA. NAYELI YÁÑEZ VIDACA

Especialista en Medicina Familiar. Residente de Segundo Año de la Especialidad de Rama de Medicina Paliativa en el Hospital de Oncología de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional “Siglo XXI”.

Capítulo 17

DRA. ZAIDA YARENTH HERNÁNDEZ

Residente de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar N° 31.

Capítulo 14

ÍNDICE

Prólogo	XV	
Zoé Robledo Aburto		
Historia de los cuidados paliativos en México y el mundo	1	I
It Boseth Sánchez Sánchez		
Introducción	3	
Antecedentes históricos de los cuidados paliativos	3	
Los cuidados paliativos y la influencia de Cicely Saunders	4	
Historia de los cuidados paliativos en México en la década de 1970	5	
Década de 1980	6	
Década de 1990	7	
Década de 2000	7	
Reglamentación de los cuidados paliativos en México: Consejo de Salubridad General y Norma Oficial Mexicana	11	II
Griselli Yaisaret Te Sepúlveda		
Introducción	13	
Situación de los cuidados paliativos a nivel mundial y en México	15	
Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México	15	
Situación legal en México	19	III
Griselli Yaisaret Te Sepúlveda		
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	21	
Senado de la República	21	
Ley General de Salud	22	
Consejo de Salubridad General y Diario Oficial de la Federación	23	
Norma Oficial Mexicana	23	
Instituto Mexicano del Seguro Social	25	
Modelos de atención en medicina paliativa	29	IV
Itze Paloma Álvarez Mora, Ethel Dafne Bustos Vergara		
Introducción	31	
Modelos de atención en cuidados paliativos	31	
Conclusión	34	
Escalas de dolor y funcionalidad en medicina paliativa	35	V
Gonzalo Talavera Martínez		
Introducción	37	
Escalas de funcionalidad	37	
Conclusiones	45	
Criterios de terminación y criterios de referencia a una unidad de cuidados paliativos	49	VI
Gerson Gastelum Sánchez		
Introducción	51	
Cuerpo	52	
Escalas e instrumentos de valoración en la enfermedad en fase terminal	55	
Cuidados paliativos en enfermedades crónicas de enfermedades terminales no neoplásicas	56	
Criterios de referencia a una unidad de cuidados paliativos	65	
Conclusiones	69	
Introducción a la Guía de Manejo Paliativo en el Paciente Terminal del Consejo de Salubridad General	71	VII
Nayeli Guadalupe Magaña Camacho		
Introducción	73	



	74	Generalidades
	76	Generalidades sobre el abordaje de los síntomas en cuidados paliativos
	77	Futilidad terapéutica
	77	Principio de doble efecto
	77	Modelo de atención en cuidados paliativos
	79	Funciones de los equipos de cuidados paliativos
VIII	81	Pasos para el abordaje de malas noticias José Roberto Serrano Cuéllar
	83	Introducción
	83	¿Qué es una mala noticia?
	84	Modelos para el abordaje de malas noticias
	89	Conclusiones
IX	91	Respuesta psicológica a la enfermedad Juan Miguel Ortiz Moreno
	93	Introducción
	94	Desarrollo
	97	Respuestas conductuales a la enfermedad
	97	Respuestas adaptativas
	102	Conclusión
X	105	Abordaje del paciente difícil Lizbeth María Beltrán Ayala, Raisa Benítez Martínez
	107	Relación médico-paciente
	107	¿Qué es un paciente difícil?
	108	Perfil del paciente difícil
	108	Tipos de paciente
	110	Factores que influyen en el paciente difícil
	111	Manejo del paciente difícil
	111	Profesionalismo médico
	113	Conclusiones
XI	115	Intervencionismo en medicina paliativa Yolanda Marisa Ruiz Liñán
	118	Bloqueos nerviosos ecoguiados
	118	Bloqueos simpáticos
	119	Analgesia epidural e intratecal
	120	Estimulación de la médula espinal
	120	Vertebroplastia y ablación por radiofrecuencia
XII	123	Fatiga, fiebre y anemia de origen tumoral Alejandro Peña Carcaño, Wilson Gadiel Segovia Merlo
	125	Fatiga
	126	Fiebre
	128	Anemia
XIII	131	Síndrome de anorexia-caquexia Carmen Lilibeth Pulido Hernández
	133	Introducción
	133	Definición y epidemiología
	134	Factores de riesgo
	134	Fisiopatología
	136	Signos y síntomas
	137	Diagnóstico diferencial
	137	Tratamiento
	138	Otras intervenciones
	139	Conclusiones
XIV	141	Síndrome de desgaste Zaida Yarenth Hernández, Fabiola Salas García
	143	Definición
	143	Epidemiología
	144	Fisiopatología

Factores de riesgo	145	
Características clínicas	145	
Fases	146	
Medición del síndrome de <i>burnout</i>	146	
Síntomas respiratorios: tos, disnea y derrame pleural maligno	149	XV
Angélica Cuapio Gómez		
Introducción	151	
Epidemiología	151	
Tos	152	
Evaluación	154	
Disnea	154	
Clasificación	155	
Manejo	156	
Derrame pleural maligno	158	
Cuadro clínico	158	
Conclusión	164	
Síntomas gastrointestinales	167	XVI
Édgar Antonio Ramos Gutiérrez, Rebeca Garcés Ruiz		
Alteraciones de la boca, náusea y vómito, dispepsia: saciedad temprana, plenitud gástrica, reflujo gastroesofágico	169	
Mucositis	169	
DisgeÚsia	171	
Xerostomía	171	
Candidiasis	172	
Estreñimiento	185	XVII
Nayeli Yáñez Vidaca		
Introducción	187	
Síntomas neurológicos. Ansiedad y depresión en el paciente oncológico	191	XVIII
Brigitte Marlene Chevillon Castillo		
Introducción	193	
Epidemiología	193	
Factores de riesgo	194	
Patogénesis	195	
Características clínicas	195	
Valoración de un paciente con síntomas de ansiedad y depresión	196	
¿Cuándo sospechar depresión en un paciente oncológico?	196	
Tratamiento no farmacológico	199	
Tratamiento farmacológico	201	
Conclusiones	201	
Trastornos del sueño en el paciente oncológico	203	XIX
Itze Paloma Álvarez Mora, Luis Fernando C. García Meléndez		
Introducción	205	
Epidemiología	205	
Factores de riesgo	205	
Fisiología del sueño	206	
Fisiopatología	206	
Diagnóstico	207	
Trastornos relacionados con el sueño	207	
Trastornos respiratorios relacionados con el sueño	207	
Trastornos del movimiento durante el sueño	207	
Escalas de valoración	208	
Tratamiento	208	
Conclusiones	212	
Complicaciones psiquiátricas en cuidados paliativos	215	XX
Stefany Alamilla Cuéllar, Oscar Juárez Sánchez, Carlos Eduardo García Cervantes		
Introducción	217	
Justificación	217	
Definición	218	

218	Trastornos de ansiedad
219	Cuadro clínico
220	Diagnóstico
221	Tratamiento
223	Trastornos depresivos
227	Suicidio
230	Tamizaje
233	Conclusiones

XXI

237 **Delirium y delirium terminal**

	Brian Eduardo Santiago Meneses, Flavio César Méndez Porto
239	Resumen
239	Metodología
240	Definición
240	Epidemiología
240	Factores de riesgo
240	Factores de riesgo en el contexto paliativo
241	Fisiopatología
241	Etiopatogenia del <i>delirium</i>
242	Metabolismo energético cerebral
243	Inflamación como factor desencadenante
244	Manifestaciones clínicas
245	Diagnóstico
246	Prevención
247	Diagnóstico diferencial
247	Tratamiento
248	Pronóstico
249	Conclusiones

XXII

253 **Manejo de los síntomas causados por metástasis cerebrales**

	Fátima Mingüer Rodríguez, José Enrique Martínez Velázquez, María Eleazar Barrientos Montes de Oca
255	Introducción
255	Epidemiología
256	Fisiopatología
257	Presentación clínica
258	Diagnóstico
259	Pronóstico
260	Tratamiento
264	Síntomas
266	Tramadol y tapentadol
267	Conclusión

XXIII

271 **Abordaje del síndrome de compresión medular en el paciente con cáncer**

	David Ramsés Pérez Albores
273	Fisiopatología
274	Presentación clínica
275	Consideraciones para el diagnóstico
276	Manejo inicial

285 **Índice alfabético**

PRÓLOGO

En 80 años el Instituto Mexicano del Seguro Social se ha convertido en la institución de seguridad social más importante en Latinoamérica. La creación de la institución respondió a una larga lucha por la protección y el bienestar de las y los mexicanos. Tras sus 80 años el IMSS cuenta en el área médica con más de 1,535 Unidades de Medicina Familiar, 209 Hospitales Generales de Zona, 28 Hospitales Generales Regionales y 25 Unidades Médicas de Alta Especialidad.

El crecimiento de la institución ha ido a la par del desarrollo de las ciencias médico-quirúrgicas y de la población que se atiende bajo un panorama epidemiológico cambiante de forma muy dinámica. Se ha mantenido el liderazgo en muchos temas trascendentes que incluyen la investigación, la educación, atención primaria a la salud, prevención de enfermedades, atención médica y rehabilitación, entre muchas más.

En esta obra se presentan temas de gran relevancia para el quehacer médico cotidiano actual a favor de lograr el bienestar de nuestra derechohabiente; varios son inéditos e innovadores, y abarcan la atención de todos los grupos etarios, padecimientos críticos que son atendidos con alta eficiencia, atención de todos los grupos vulnerables, control de padecimientos crónico-degenerativos y tecnologías en salud, entre otros.

Estamos seguros de que el esfuerzo de los autores de esta obra se verá reflejado en la implementación de mejores prácticas y, consecuentemente, en una mejor calidad de atención a nuestros derechohabientes, nuestra razón de ser.

MTRO. ZOÉ ROBLEDO ABURTO
DIRECTOR GENERAL





CAPÍTULO I

Historia de los cuidados paliativos en México y el mundo

It Boseth Sánchez Sánchez



INTRODUCCIÓN

La historia de la medicina demuestra cómo el hombre ha enfrentado enfermedades, epidemias y pandemias. En ocasiones cada una de estas eventualidades culmina con el final de la vida de las personas afectadas. Estos desenlaces confrontan a quienes se abocan a la atención y el cuidado de la salud de un ser humano con el fin de evitar la muerte.

En la lucha por salvaguardar el bien del ser humano y de la mano de la tecnología disponible, el médico se enfrenta con frecuencia a diversas situaciones clínicas que cuestionan su criterio y ética; en especial, en padecimientos que culminan con el fin de la vida de una persona.

En el reconocimiento de las condiciones de la muerte propia y la del otro surgieron la medicina paliativa y los cuidados paliativos como ramas de las ciencias médicas, que se enfocan en evaluar global e integralmente a las personas al final de su existencia, favoreciendo la interacción multidisciplinaria en aras de evitar el encarnizamiento terapéutico con medidas útiles y promoviendo el acompañamiento de las personas enfermas por sus familias.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El término “hospicio” se acuñó en la Europa del siglo XI (alrededor de 1065) y hacía referencia a una estancia o albergue que proporcionaba refugio, alimento y descanso a viajeros o peregrinos cansados, exhaustos o enfermos, y que por lo general habían recorrido grandes distancias. La traducción al castellano de tal vocablo sajón es “hospicio”, y ambos vocablos provienen del latín *hospitium* (“acción de acoger”, “albergue”, “refugio”) y *hopes* (“huésped”, “anfitrión”).¹

Debido a la influencia de las Cruzadas, alrededor del año 1090 dichos albergues crecieron en número a cargo de religiosos católicos romanos. A principios del siglo XIV la orden de los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén abrió en la ciudad de Rodas el primer “hospicio” para personas muy enfermas o moribundas.¹

Si bien la Edad Media vio un incremento del número de hospicios, su dependencia de las órdenes religiosas motivó su declive al disgregarse tales agrupaciones. El concepto nuevamente revivió en Francia en el siglo XVII con la orden de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul.²

En el siglo XIX se presentaron epidemias que diezmaron la población europea (tuberculosis, cólera, difteria, sarampión), de tal forma que, alejándose de los viajeros y acercándose a los mori-





Figura I-1. Dame Cicely Saunders (1918-2005) en 1947 como enfermera del Hospital St. Thomas en Londres.

bundos, en Francia nació el hospicio de *L'Association des Dames du Calvaire* en 1843,² y la orden de las Hermanas de la Caridad de Irlanda en 1879 abrió el hospicio de Nuestra Señora en Dublín para dar atención a miles de personas con cáncer y tuberculosis.¹

Esta última orden religiosa tuvo un gran peso en la atención de personas moribundas, ya que atendió a cerca de 20,000 en casi un siglo; en 1905 abrió el hospicio *Saint Joseph*, donde trabajó Dame Cicely Saunders (figura I-1), fundadora de los principios de la atención paliativa moderna.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y LA INFLUENCIA DE CICELY SAUNDERS

Tras los avances de la ciencia moderna la tecnología médica ha incrementado la esperanza de vida. No obstante el aspecto humanista de la medicina, en ocasiones se dejó de lado el contexto del final de la vida, pero el enfoque religioso de los hospicios de los siglos XIV a XIX se encuadró en el aspecto espiritual. El siglo XX se centralizó en la preservación de la vida a ultranza sin importar su calidad.³

Ante tal eventualidad y el reconocimiento de situaciones que no pueden ser prevenidas o curadas se debe considerar la alternativa de lograr que la medicina moderna reevalúe sus paradigmas. Alfred Worcester publicó su obra *The care of the aged, the dying and the dead* en 1935 y puntualizó la necesidad de abordar el final de la vida en forma humana y basada en la evidencia.⁴

Cicely Saunders relató que como trabajadora social de la posguerra, atendiendo familias devastadas por el dolor y el cáncer terminal, tuvo la oportunidad de convivir con refugiados judíos de ascendencia polaca. Ella cultivó una amistad muy intensa con David Tasma (figura I-2), quien en vida padeció un cáncer avanzado. La visión de Tasma sobre la vida y sus conversaciones con Saunders dieron origen a lo que sería un movimiento mundial. Un documento de Saunders hace referencia a que Tasma le dijo “seré una ventana en tu casa”, lo que dio nacimiento a un movimiento con apertura de todos tipos. Tasma dijo también “yo quiero lo que hay en tu mente y corazón”, estableciendo así lo necesario para que el clínico, con base en su búsqueda científica, proporcione una

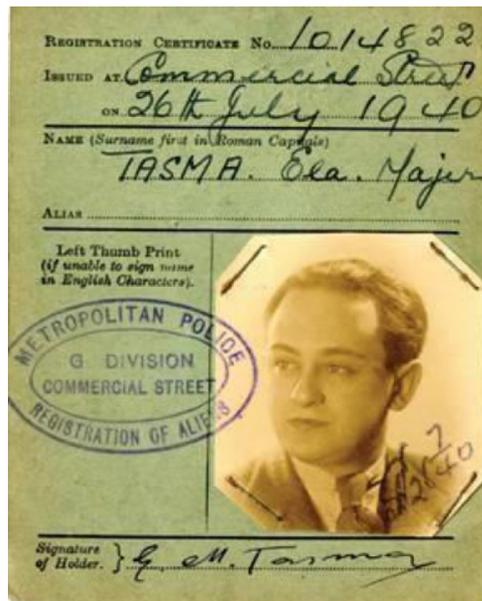


Figura 1-2. David Tasma fue un polaco judío que emigró de Varsovia durante la Segunda Guerra Mundial para refugiarse en Londres. A los 40 años de edad le diagnosticaron cáncer y toda su familia había muerto en el holocausto. Durante su estancia en el hospital tuvo una increíble amistad con Saunders (que era la única que lo visitaba).

atención humana que favorezca el acercamiento personal.³ Cuando Tasma murió Saunders puso en marcha el proyecto que tenían en mente y continuó su labor como trabajadora social en el Hospital *Saint Luke*.⁵

Saunders relató que dedicó su tiempo a las lecturas sobre las memorias de su centro de trabajo redactadas por un cirujano de nombre Norman Barrett (fundador de *Saint Luke*). Este médico le dijo enfáticamente: “Vaya a leer sobre medicina, son los médicos quienes opinan sobre la muerte y sobre el dolor, de ambos aún hay mucho que aprender”. Los siguientes siete años de su vida se enlistó como voluntaria en enfermería mientras estudiaba la carrera de medicina. En 1958 ingresó al Hospicio *Saint Joseph*, donde realizó asistencia e investigación clínicas durante siete años más.³⁻⁵

Saunders, con más de 187 referencias publicadas entre 1959 y 1967, logró delinear un modelo de hospicio diferente. Su publicación más relevante, *The management of patients in terminal state*, se convirtió en insignia de la medicina paliativa de la época. En 1967 el Hospicio *Saint Christopher* abrió sus puertas bajo la dirección de ella, convirtiéndose en un modelo de referencia de cuidados de las personas enfermas al final de la vida.³⁻⁵

Rápidamente se difundió este modelo en los centros hospitalarios de otros países del orbe, adaptando este formato a sus realidades y creando nuevos modelos de atención con variantes y propuestas diversas, como consultorías, sistemas de atención a domicilio, centros de referencia y contrarreferencia, centros de formación de recursos para la salud y centros de investigación.⁶

HISTORIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO EN LA DÉCADA DE 1970

La historia de los cuidados paliativos en México va de la mano de las clínicas del dolor. En ese sentido hay que destacar que la primera clínica del dolor en México fue fundada en 1972 en el Instituto



Figura I-3. El Dr. Vicente García Olivera (izquierda) y el Dr. Ramón M. De Lille y Fuentes (derecha) en su oficina del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Ambos fueron pilares del movimiento de la medicina del dolor en México.

Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) por los médicos Ramón M. De Lille y Fuentes y Vicente García Olivera⁷⁻⁹ (figura I-3).

En 1973 nació la clínica del dolor del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara con la gestión y la dirección del Dr. Óscar G. Sierra Álvarez. En 1976 surgió la del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” (HGM), organizada por el Dr. Vicente García Olivera.

En 1979 en la ciudad de Guadalajara los médicos Ramón M. De Lille y Fuentes, Vicente García Olivera, Jorge Jiménez Tornero, Alicia Kassian Rank, Oscar G. Sierra Álvarez, Dolores Gallardo Rincón, Miguel Herrera Barroso y Carlos Valle Gil iniciaron las gestiones que darían vida a la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD).⁷⁻⁹

DÉCADA DE 1980

En 1981 se creó la clínica multidisciplinaria del dolor del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) por parte del Dr. Ricardo Plancarte Sánchez (iniciado al mundo del dolor por el Dr. García Olivera).⁹ En ese mismo año obtuvo los documentos notariales de la fundación AMETD. En 1985, tras el terremoto que afectó severamente a la Ciudad de México, se hizo evidente la necesidad de contar con recursos que aseguraran la atención de las personas enfermas hacia el final de la vida. Gracias a ello los cursos monográficos del INCAN y el INCMNSZ incluyeron los cuidados paliativos. El programa fue desarrollado por el Dr. Uriah M. Guevara López con información de los programas ingleses, australianos y españoles que él había conocido de primera mano.⁹

En 1988, gracias al apoyo de la Organización Mundial de la Salud y con la asistencia de la Organización Panamericana de la Salud, se recibió en México el primer embarque de morfina, aparente-

mente con la participación del psiquiatra Juan I. Romero Romo. La primera dosis de dicho fármaco se aplicó en el INCAN. También en 1988 egresó del INCAN un grupo de residentes que representarían un parteaguas en la proyección y la educación de los cuidados paliativos en México; ellos son Silvia Allende Pérez, Gustavo Montejo Rosas y Guillermo Aréchiga Ornelas. En ese año se administró la primera dosis de morfina en dicho instituto a una paciente con cáncer de mama en fase avanzada.⁹ En 1989 se postuló un programa académico exclusivo de cuidados paliativos en el INCAN, pero lamentablemente no fue aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de México.⁹

DÉCADA DE 1990

En 1990 se firmó la Declaración Mexicana para el Alivio del Dolor en Cáncer, creándose una política nacional en torno a tal evento; se definió la Norma Técnica para la Clínica del Dolor en Cáncer en la República Mexicana y se destinó como sitio coordinador al INCAN. Ese mismo año se realizó el primer Simposio de Cuidados Paliativos en el país.⁴⁻⁹

En 1992 el Dr. Gustavo Montejo Rosas instaló la primera Unidad de Cuidados Paliativos del país en el Hospital Civil de Guadalajara “Juan I. Menchaca”. Ese mismo año le siguieron el Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas en el Hospital General de Occidente (Zoquepan) y la Dra. Silvia Allende Pérez en el INCAN. El 19 de octubre de 1992 en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* se designó la Clínica del Dolor del HGM como Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor (Acuerdo No. 106, *DOF*), gracias a los esfuerzos de la Dra. Alicia Kassian Rank y el propio Dr. Vicente García Olivera. El mismo año nació la Clínica del Dolor del Hospital General Dr. Manuel Gea González con la Dra. Magdalena Salado Ávila.⁴⁻⁹

En 1998 la Universidad Nacional Autónoma de México aceptó los Cursos de Alta Especialidad en Medicina para Especialistas en Clínica del Dolor. En 1999 se creó una Clínica de Cuidados Paliativos (CP) dentro del Servicio de Clínica del Dolor del HGM, que atendía principalmente a pacientes oncológicos y realizó visitas domiciliarias durante un breve tiempo.⁷⁻⁹

DÉCADA DE 2000

En 2000 se estableció formalmente el Área de Cuidados Paliativos de la Clínica del Dolor del INCMNSZ. Este centro en 2002 recibió el reconocimiento anual de la *International Association for Hospice and Palliative Care* por ser un proyecto con excelente atención a nivel internacional. En ese año el Dr. Jesús S. Villafaña Tello, del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” del Instituto Mexicano del Seguro Social, conformó un programa de cuidados paliativos que incluía un programa de atención domiciliaria.

Situación legal de los cuidados paliativos en México

El 19 de octubre de 1992 en el *DOF* (Acuerdo No. 106) se publicó el tratamiento del dolor a nivel nacional asignando a la Clínica del Dolor del HGM como Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor.⁷

En consenso con la Academia Mexicana de Cirugía, la Academia Nacional de Medicina, la AMETD, la Sociedad Mexicana de Oncología y el Colegio Mexicano de Anestesiología, entre otras, en 2007 se reunieron en un solo documento los parámetros de práctica para el manejo del dolor en México.^{10,11}

Ese mismo año, el 10 de octubre, se publicaron en la *Gaceta Parlamentaria* las iniciativas de ley de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados para modificar la Ley General de Salud en materia de salubridad general (considerando como garantías de los mexicanos el alivio del dolor y los cuidados paliativos).¹⁰

Estas iniciativas de la Cámara de Diputados pasaron a la Cámara de Senadores y el 21 de abril de 2008 se publicaron en la *Gaceta del Senado* las reformas (y adiciones correspondientes) a la Ley



General de Salud. En dicho documento, como proyecto a ser aprobado, quedaron incluidos los cuidados paliativos.¹⁰

El 5 de enero de 2009 en el *DOF* se modificó la Ley General de Salud en todas las secciones correspondientes para agregar el Título octavo bis sobre los cuidados paliativos a las personas enfermas en situación terminal.

En esta sección histórica se abordan temas tendientes a evitar el sufrimiento en el paciente terminal, se establecen los límites del tratamiento curativo y paliativo, y se aborda el control del dolor y la atención de aspectos psicosociales, entre otros.

De igual forma, se reforma el artículo 184, agregando el 184 bis, el cual hace referencia a los cuidados paliativos y las voluntades anticipadas, y se adiciona el artículo 166 bis que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos.¹²

El 31 de diciembre de 2010 en el *DOF* se estableció el programa PALIAR, con la intención de alcanzar el objetivo de darle una vida digna a los mexicanos con servicios de salud eficientes y de calidad hasta el final de sus días.¹³

El 26 de diciembre de 2014 se publicó en el *DOF* el acuerdo donde el Consejo de Salubridad General de la Nación declara la obligatoriedad del empleo de esquemas que permiten el manejo integral del paciente en situación de terminalidad y que requiere cuidados paliativos.¹⁴

En este documento se definen los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de las enfermedades que no responden al tratamiento curativo, con el objetivo de proporcionar control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, al tiempo que establece la regulación de las directrices anticipadas y la obligatoriedad de los cuidados paliativos.

En 2014 la Norma Oficial Mexicana NOM 011-SSA3-2014 incluyó los cuidados paliativos en el programa CAUSES (programa de atención médica). En 2016 actualizó la legislación vigente para incluir los cuidados paliativos pediátricos. En enero de 2017 se cambió el artículo 3 fracción XXVII bis, que hace referencia al tratamiento integral del dolor. A su vez se reguló el artículo 32, el cual habla de las medidas de atención médica paliativa.

Perspectiva de los cuidados paliativos hacia el futuro

Los cuidados paliativos tienen el objeto de mejorar la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) cuando afrontan una enfermedad potencialmente mortal; previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean de orden físico, psicosocial o espiritual.¹⁵

Los cuidados paliativos no aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.¹⁵

Hoy en día México se sitúa entre los pocos que cuentan con legislación acerca de los cuidados paliativos. Las leyes definen de manera clara cómo proceder e incluso son parte de los derechos de los mexicanos.

Se encuentran contemplados en la legislación mexicana (NOM-011-SSA3-2014) los criterios para la atención de pacientes en situación terminal a través de cuidados paliativos e incluso se han realizado diversas recomendaciones acerca del abordaje de estas personas en las guías de práctica clínica mexicanas.¹⁶

Por ello es esencial enfatizar las acciones en el trabajo ya realizado en aras de ayudar a las personas enfermas y promover una mejor atención hacia el final de la vida. Desafortunadamente no se cuenta con los recursos materiales suficientes ni con la cantidad y la calidad de médicos que puedan consultar en materia del dolor y cuidados paliativos.

REFERENCIAS

1. **Lutz S:** The history of hospice and palliative care. *Curr Probl Cancer* 2011;35:304-309.
2. **Robbins J:** *Caring for the dying patient and the family.* Taylor & Francis, 1983:138.
3. **Saunders C:** The evolution of palliative care. *J R Soc Med* 2001;94:430-432.
4. **Guevara LU, Covarrubias GA:** Evolución de los cuidados paliativos en México. En: Guevara LU, De Lille FR: *Medicina del dolor y paliativa.* 2ª edición. Corinter, 2008:589-607.
5. **Montes de Oca LGA:** Historia de los cuidados paliativos. *Rev Digital Universit* 2006;7:3-9.
6. **Clark D:** From margins to center: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet* 2007;8:430-438.
7. **Covarrubias GA, Guevara LU, De Lille y Fuentes R:** La transición de la anestesiología a medicina del dolor. En: Carrillo ER: *Clínicas Mexicanas de Anestesiología* 2017:20-50.
8. **González C, Méndez J, Romero JI, Bustamante J, Castro R et al.:** Cuidados paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2016;75:173-179.
9. **Montejo RG:** El enfermo terminal con cáncer incurable y la medicina paliativa en México. *Salud Públ Méx* 1992;34:569-574.
10. **Guevara LU, Covarrubias GA:** Cronología de eventos hacia una reforma legislativa en materia de dolor y cuidados paliativos. *Rev Mex Anesthesiol* 2018;31:328-333
11. **Guevara LU, Covarrubias GA, Rodríguez CR, Carrasco RA, Aragón G et al.:** Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Ciruj* 2017;75:385-407.
12. Ley General de Salud. *DOF*, 22 de junio de 2017.
13. Ley Federal Mexicana en Materia de Cuidados Paliativos. Anexo 3: Programa Nacional de Cuidados Paliativos. *DOF*. Actualizado a diciembre de 2017.
14. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. *DOF*, 26 de diciembre de 2014.
15. World Health Organization: *WHO definition of palliative care.* 2017.
16. *Guía de práctica clínica en cuidados paliativos.* México, Secretaría de Salud; 2010. Actualizado a diciembre de 2017.







CAPÍTULO II

**Reglamentación de los cuidados paliativos en México:
Consejo de Salubridad General y Norma Oficial Mexicana**

Griselli Yaisaret Te Sepúlveda



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el término de cuidados paliativos en 1980 y promovió el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer, los cuales definió en 2002: “Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, así como durante el duelo”.¹ En el ámbito pediátrico se definen como la intervención interdisciplinaria que busca mejorar la calidad de vida de los niños con enfermedades potencialmente fatales, independientemente de cuán avanzada esté la enfermedad, involucrando los ámbitos médico, social, psicológico y espiritual del niño y su familia.² Al juntar ambas definiciones en 2014 se obtuvo un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal; este planteamiento se concretó en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y terapia del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual.³

Cabe resaltar que en 1990 la OMS reconoció para los pacientes terminales los siguientes derechos:

- Tener una esperanza, cualquiera que sea.
- Expresar los sentimientos y las emociones respecto al acercamiento de la muerte.
- Obtener la atención de los médicos y las enfermeras, incluso si los objetivos de curación deben ser cambiados por objetivos de confort.
- No morir solo.
- Ser liberado del dolor.
- Obtener una respuesta honesta, cualquiera que sea la pregunta.
- No ser engañado.
- Recibir ayuda de la familia y para la familia en la aceptación de la muerte.
- Morir en paz y con dignidad.
- Conservar la individualidad y no ser juzgado por las decisiones que puedan ser contrarias a las creencias de otros.
- Ser cuidado por personas sensibles y competentes, que van a intentar comprender las necesidades y que serán capaces de encontrar algunas satisfacciones ayudando a enfrentar la muerte.



- Que el cuerpo del paciente sea respetado después de la muerte.⁴ La OMS recoge y reconoce el derecho a la salud, que significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan que todas las personas vivan lo más saludablemente posible. En diversos documentos incide en la necesidad de considerar a los cuidados paliativos como un derecho humano y ofrece recomendaciones a los Estados acerca de su organización. El derecho a los cuidados paliativos se ha establecido en diferentes declaraciones:
 - Declaración de Ciudad del Cabo (2002).
 - *International Working Group European School of Oncology* (2003).
 - Declaración de Corea (2005).
 - *Montreal Statements on the Human Right to Essential Medicines* (2005).
 - Día Mundial del Enfermo-Papa Benedicto XVI (2006).
 - *American Society of Clinical Oncology-European Society for Medical Oncology consensus statement on quality cancer care* (2006).
 - Declaración de Praga-*European Association for Palliative Care* (2012).⁵

La OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud son dos organizaciones internacionales que han promovido la integración de los cuidados paliativos en la atención de los sistemas de salud.

A través de estas organizaciones se han brindado asesoramiento y guías a los gobiernos de todos los países para el establecimiento de programas, los cuales están integrados en cuatro estrategias principales: la primera es el desarrollo de políticas de salud que puedan establecer las bases normativas de los cuidados paliativos; la segunda habla de la disponibilidad de los medicamentos, principalmente de los opioides; la tercera señala la capacitación y la actualización del personal de salud y del público en general; y la cuarta implica las diligencias o los mandatos que se deben seguir en los tres niveles de atención.⁶

En 2014, en la que fue la primera resolución de ámbito mundial sobre cuidados paliativos (resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud), se instó a la OMS y a sus Estados miembros a mejorar el acceso a los cuidados paliativos como componente central de los sistemas de salud, haciendo hincapié en la atención primaria y la atención comunitaria y domiciliaria; además de hacer énfasis en la necesidad de elaborar políticas nacionales para asegurar el acceso a los opioides y capacitar al personal de salud en cuidados paliativos para incluir estos servicios en los sistemas sanitarios.^{7,8} Todo esto se fortalecerá mediante el refuerzo de las siguientes esferas:

- Integración de los cuidados paliativos en todos los planes mundiales pertinentes de control de enfermedades y fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Elaboración de directrices e instrumentos sobre cuidados paliativos integrados en todos los grupos de enfermedades y niveles de atención que aborden los problemas éticos relacionados con el suministro de cuidados paliativos integrales.
- Respaldo a los Estados miembros para mejorar el acceso a los medicamentos para cuidados paliativos, mediante el mejoramiento de los reglamentos y los sistemas de suministro nacionales.
- Promoción de un acceso más amplio a cuidados paliativos para los niños (en colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia).
- Seguimiento mundial del acceso a los cuidados paliativos y evaluación del avance logrado en los programas de asistencia paliativa.
- Promoción del suministro de recursos adecuados para programas e investigaciones sobre cuidados paliativos, especialmente en los países dotados de recursos escasos.
- Creación de modelos basados en pruebas sobre cuidados paliativos que sean eficaces en contextos de ingresos bajos e ingresos medianos.⁷

En dicha asamblea se explican las medidas de ámbito nacional para reforzar los cuidados paliativos:

1. Formular y aplicar políticas nacionales que integren servicios paliativos científicamente sólidos en todos los niveles de la asistencia a pacientes con dolencias crónicas potencialmente mortales, poniendo el acento en la atención primaria y la asistencia comunitaria y domiciliaria.
2. Promover los cuidados paliativos en las actividades para fomentar políticas de cobertura sanitaria universal y de medicamentos esenciales, partiendo de los resultados de procesos de evaluación y mejora de la calidad y seguridad de la asistencia paliativa.
3. Aplicar y seguir de cerca las recomendaciones formuladas en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, y velar por su integración efectiva en los dispositivos de cobertura universal y medicamentos esenciales.
4. Garantizar que se imparta enseñanza acerca de la asistencia paliativa (comprendidos sus aspectos éticos) a los alumnos de las facultades de medicina y escuelas de enfermería, y a los proveedores de atención de salud en todos los niveles, con arreglo a sus funciones y responsabilidades y como parte del desarrollo de los recursos humanos.
5. Garantizar un acceso adecuado a los medicamentos fiscalizados, reduciendo al mismo tiempo al mínimo las posibilidades de que sean objeto de desviación o abuso, mediante la adaptación de las reglamentaciones nacionales y locales a las directrices de la OMS en las políticas nacionales relativas a las sustancias fiscalizadas.
6. Garantizar el acceso a todas las vertientes de los cuidados paliativos (apoyo médico básico y respaldo psicosocial y espiritual a los pacientes y familiares), bajo la supervisión, cuando proceda, de profesionales de la atención de la salud con la debida formación.³

La Declaración de Astaná acerca de la atención primaria a la salud, adoptada en 2018, incluía un llamamiento a fortalecer los cuidados paliativos en la atención primaria a la salud mediante la provisión de atención de salud a las personas a lo largo de toda su vida, lo que comprende la prevención, la promoción, la atención curativa, la rehabilitación y los cuidados paliativos, a través de servicios integrados de salud centrados en la atención primaria y en las funciones esenciales de la salud pública.⁹

SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A NIVEL MUNDIAL Y EN MÉXICO

Se estima que anualmente 40 millones de personas, de las cuales 78% viven en países de ingresos bajos e ingresos medianos, necesitan cuidados paliativos. En el caso de los niños, 98% de los que necesitan tales cuidados viven en países de ingresos bajos y medianos; casi la mitad de ellos viven en África. Actualmente a nivel mundial sólo 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. Una amplia gama de enfermedades requieren cuidados paliativos. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas, como enfermedades cardiovasculares (38.5%), cáncer (34%), enfermedades respiratorias crónicas (10.3%), SIDA (5.7%) y diabetes (4.6%). Otras patologías que pueden requerir asistencia paliativa son insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, enfermedades neurológicas, demencia, anomalías congénitas y tuberculosis resistente a los medicamentos.⁷

En México hasta 2018 se contaba con las estadísticas de la figura II-1.

CLÍNICAS DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN MÉXICO

La primera clínica del dolor fue fundada en México en 1972 por el Dr. Vicente García Olivera, entrenado por el Dr. John Bonica en EUA, instruyó a su regreso a nuevos médicos en el tratamiento del dolor. En 1972 se creó en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”



¿Quiénes lo requieren?
De los 40 millones de personas que necesitan cuidados paliativos cada año

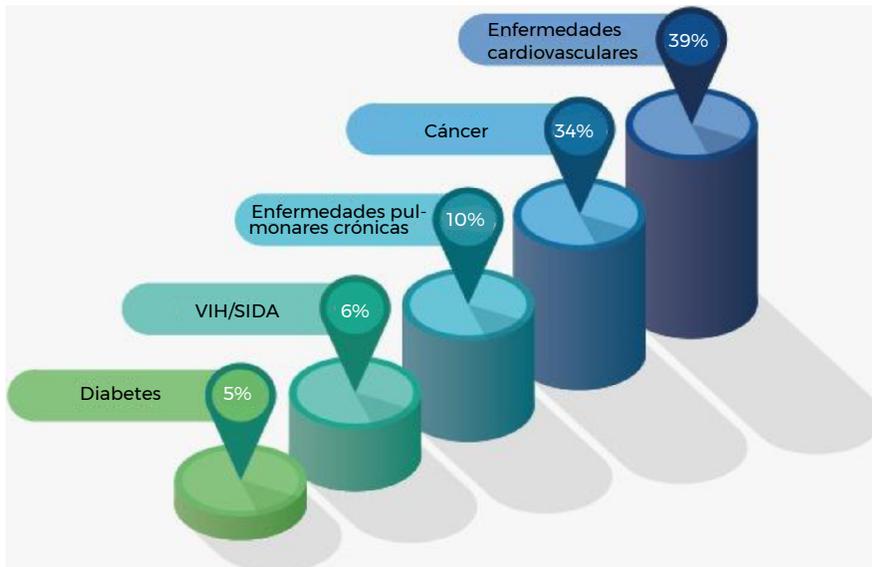


Figura II-1. Porcentaje de los 40 millones de personas que requieren cuidados paliativos cada año y si los reciben. Tomada de la Organización Mundial de la Salud.

de la Ciudad de México la Clínica del Dolor a cargo del Dr. Ramón de Lille Fuentes. En 1973 se abrió otra clínica en el Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Álvarez”, a cargo del Dr. Óscar Sierra Álvarez.¹⁰

En 1976 surgió la clínica del dolor liderada por el Dr. Vicente García Olivera en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”. En 1981 se inauguró la clínica del dolor en el Instituto Nacional

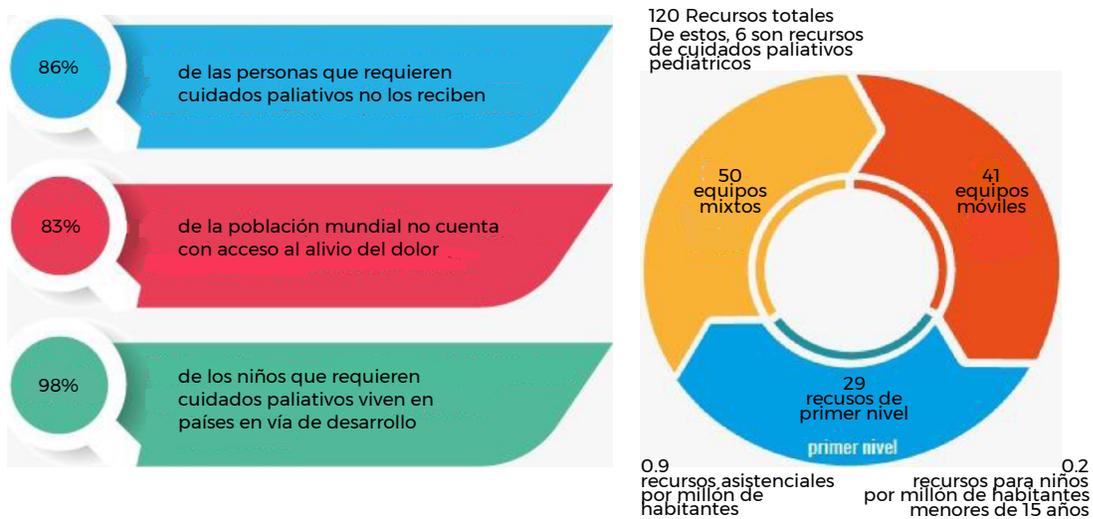


Figura II-2. Tomada de la Organización Mundial de la Salud.

de Cancerología a cargo del Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, quien después capacitó al Dr. Jorge Jiménez Tornero, quien inició la clínica del dolor en el Hospital General de Occidente en Zapopan, Jalisco, junto con la Dra. Dolores Gallardo Rincón. Sin embargo, hasta 1992 en el Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” se instaló la primera Unidad de Cuidados Paliativos por parte del Dr. Gustavo Montejo Rosas; ese mismo año abrió la Unidad de Cuidados Paliativos a cargo del Dr. Guillermo Aréchiga Ornelas en el Hospital General de Occidente (Zoquipan).^{10,11} En 2007 se inauguró la Unidad de Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Pediatría.¹²

REFERENCIAS

1. **Domínguez A:** Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. *Rev Hosp Juárez Méx* 2016;83(3):64-65.
2. **Chavarro CA, Triana FLF, García X:** Cuidado paliativo pediátrico. *Pediatría (Santiago)* 2017;50(4):82-89.
3. Organización Mundial de la Salud: *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la totalidad del proceso asistencial.* 2014:1-6.
4. **Rivas GF:** Enfermedad terminal: una perspectiva desde el bioderecho. *Rev Iberoam Bioética* 2017;5:1-13.
5. **Porta J:** Palliative care and human rights. *Med Paliat* 2014;21(2):45-47.
6. Consejo de Salubridad General: *Manejo integral de cuidados paliativos.* 2017.
7. Organización Mundial de la Salud: *Cuidados paliativos. Datos y cifras.* 2020.
8. **Narro JR, Ancer J, García J:** Guía de manejo integral de cuidados paliativos. *Cons Salubr Gen* 2018.
9. OMS: *Evaluación del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo: conjunto de indicadores factibles.* 2022:1-56.
10. **Montes de Oca GA:** Historia de los cuidados paliativos. *Rev Digit Univ* 2006;7(4):1-9.
11. **Covarrubias GA, Otero LM, Templos ELA, Soto PdEE:** Antecedentes de la medicina paliativa en México: educación continua en cuidados paliativos. *Rev Mex Anesthesiol* 2019;42(2):122-128.
12. **Romero JI, Bustamante J, Castro R:** Cuidados paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Méx* 2012;75(3):173-179.







IMSS

CAPÍTULO III

Situación legal en México

Griselli Yaisaret Te Sepúlveda



En México los cuidados paliativos (CP) surgieron como resultado de un movimiento para el control del dolor en los pacientes con cáncer debido a su incremento en la población, de acuerdo con los estudios epidemiológicos. En 1996 la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento el Dolor convocó a un grupo de expertos —Grupo Cocoyoc— para modificar la regulación y el control del uso de los opioides.¹

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

La Constitución establece en el artículo 4 que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud, en la que la ley define las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73. La ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.²

SENADO DE LA REPÚBLICA

El 4 de diciembre de 2018 el senador Miguel Ángel Mancera Espinosa, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, presentó la Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se reformó el párrafo cuarto del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para incorporar la muerte digna a través de los cuidados paliativos multidisciplinarios, como parte del derecho de la salud. En esa misma fecha la Mesa Directiva del Senado de la República, mediante el Oficio DGPL-1P1A-4727, determinó turnar dicha proposición para su estudio, análisis y dictamen correspondientes a las Comisiones Unidas de Puntos Constitucionales, Derechos Humanos y de Estudios Legislativos Segunda (figura III-1).³

Mediante esta iniciativa se logró reformar el 29 de abril de 2019 el artículo 4, para plasmar que “Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en condiciones de dignidad. La ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud, incluyendo los cuidados paliativos multidisciplinarios ante enfermedades en situación terminal, limitantes o amenazantes para la



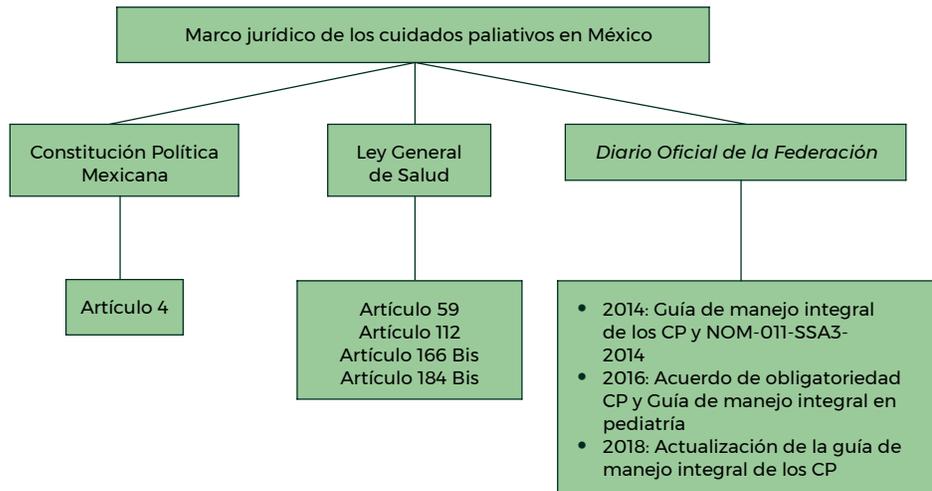


Figura III-1. Marco jurídico en México. CP: cuidados paliativos.

vida, así como la utilización de los medicamentos controlados; y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.³

LEY GENERAL DE SALUD

Después de que se establecieron los primeros centros del país para el manejo del dolor y los cuidados paliativos, en 2007 se realizó el consenso Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México, en conjunto con la Academia Mexicana del Cirugía, la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento el Dolor, la Sociedad Mexicana de Oncología y el Colegio Mexicano de Anestesiología.

A partir de él, el 10 de octubre del mismo año se publicaron en la *Gaceta Parlamentaria* las iniciativas de ley de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados para realizar una modificación en la Ley General de Salud en materia de salubridad general, teniendo en cuenta como garantía el alivio del dolor y los cuidados paliativos para todos los mexicanos.⁴

Gracias a la iniciativa de la Cámara de Diputados el 21 de abril de 2008 se publicaron en la *Gaceta del Senado* de la República Mexicana las reformas a la Ley General de Salud, que incluyeron los cuidados paliativos como proyecto a ser aprobado.⁴ La modificación de la Ley General de Salud se hizo oficial el 5 de enero de 2009, cuando se reformó el artículo 184 de la Ley General de Salud y se agregó el artículo 184 bis, el cual hace referencia a los cuidados paliativos y las voluntades anticipadas; asimismo, se adicionó el artículo 166 bis, que contiene la Ley en Materia de Cuidados Paliativos, y se modificaron el artículo 3° fracciones II y XXVII bis (atención médica y tratamiento integral del dolor) y el artículo 33 fracción IV (actividades de atención médica paliativa por parte de un equipo profesional multidisciplinario).⁵ En el pasado no existía legislación alguna acerca de la materia en México, lo cual fue el primer paso hacia el desarrollo normativo apropiado.⁶

El Consejo de Salubridad General declaró la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos en capítulos, los cuales se dividen en:

- Capítulo 1. Contexto y generalidades del manejo del dolor y cuidados paliativos.

- Capítulo 2. Elementos mínimos para la implementación de un modelo de atención en cuidados paliativos.
- Capítulo 3. Manejo sintomático.
- Capítulo 4. Consideraciones bioéticas.
- Capítulo 5. Marco regulatorio.
- Capítulo 6. Formación de recursos humanos.⁶

A partir de la modificación de la Ley General de Salud en materia de CP se creó el Programa Nacional de CP (PALIAR) como parte del Sistema Integral de Calidad en Salud, dependiente de la Secretaría de Salud, la cual impulsó los CP a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, que reúne mensualmente a los representantes de cada hospital para que comuniquen los avances, las dificultades y los éxitos en los programas de CP.⁶

En el cuadro III-1 se presentan las obligaciones de los médicos y del personal sanitario en las instituciones de segundo y tercer niveles de acuerdo con la Ley General de Salud.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL Y DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN

El Consejo de Salubridad General (CSG) ha impulsado la política pública en salud de los cuidados paliativos a través de las publicaciones del *Diario Oficial de la Federación (DOF)*. A partir de la divulgación del programa del Sistema Integral en Calidad en Salud el 31 de diciembre de 2010 se estableció el Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR), con el objetivo de brindar una vida digna a los mexicanos a través de los servicios de salud eficientes y de buena calidad.

El 5 noviembre de 2013 se publicó en el *DOF* el decreto por el que se reforman y agregan diversas disposiciones al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.⁷ El acuerdo por el cual se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de los Cuidados Paliativos se publicó en el *DOF* el 26 de diciembre de 2014, y fue complementada el 14 de diciembre de 2016 con la publicación del acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos en el Paciente Pediátrico.⁸

Para mantener actualizada la información de la citada Guía de Cuidados Paliativos durante 2018 se contó con la colaboración de 17 instituciones de salud y académicas (cuadro III-2). Las actualizaciones se publicaron en el *DOF* el 14 de agosto de 2018 y entre ellas se declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los Procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos, publicados en el *DOF* el 26 de diciembre de 2014, para quedar en los términos del Anexo Único de dicho acuerdo. El 2 de octubre de 2018 se publicó la nota aclaratoria del Acuerdo que modifica el Anexo único por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos.⁸ El 5 de octubre de 2020 se dio a conocer en el *DOF* el grupo terapéutico de los cuidados paliativos del *Libro de medicamentos* del Compendio Nacional de Insumos para la Salud.⁹

NORMA OFICIAL MEXICANA

El 9 de diciembre de 2014 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de los enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos específicamente en cuatro escenarios de la atención: hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria y de urgencia.^{4,10}

La NOM-011-SSA3-2014 tiene el objetivo de establecer los criterios y los procedimientos mínimos indispensables que permitan prestar, a través de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios



Cuadro III-1. Artículo 166 bis. Capítulo IV. Derechos, facultades y obligaciones de los médicos y del personal sanitario⁷

Artículo 166 bis 14	Los médicos y el personal de salud que brinden servicios de cuidados paliativos deberán estar capacitados por instituciones autorizadas para ello
Artículo 166 bis 15	Los médicos especialistas de las instituciones de segundo y tercer niveles tendrán las siguientes obligaciones: <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que la persona enferma en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada acerca de su atención, tratamiento y cuidados 2. Pedir el consentimiento informado del paciente en situación terminal por escrito ante dos testigos para los tratamientos o medidas a tomar respecto a la enfermedad terminal 3. Informar oportunamente a la persona enferma en situación terminal cuando el tratamiento curativo no dé resultados 4. Informar al paciente en situación terminal acerca de las opciones que existan de cuidados paliativos 5. Respetar la decisión de la persona enferma en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y los cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión 6. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamiento al paciente en todo momento 7. Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida de las personas enfermas en situación terminal 8. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley 9. Hacer saber a la persona enferma, de inmediato y antes de su aplicación, si el tratamiento a seguir para aliviar el dolor y los síntomas de su enfermedad tiene como posibles efectos secundarios la disminución del tiempo de vida 10. Solicitar una segunda opinión a otro médico especialista cuando el diagnóstico sea una enfermedad terminal 11. Las demás que le señalen ésta y otras leyes
Artículo 166 bis 16	Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un paciente en situación terminal, aun cuando con ello se pierda el estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente
Artículo 166 bis 17	Los médicos tratantes en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios extraordinarios al paciente en situación terminal sin su consentimiento
Artículo 166 bis 18	Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad de la persona enferma en situación terminal el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica
Artículo 166 bis 19	El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los pacientes en situación terminal será sancionado conforme a lo establecido por las leyes aplicables
Artículo 166 Bis 20	El personal médico que por decisión propia deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento de la persona enferma en situación terminal, o en caso de que esté impedido para expresar su voluntad, de su familia o de la persona de su confianza será sancionado conforme a lo establecido por las leyes aplicables
Artículo 166 Bis 21	Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal

Cuadro III-2. Instituciones que colaboran en la actualización de la Guía de Cuidados Paliativos 2018

Consejo de Salud General	Secretaría de Salud Federal. DGCES	Secretaría de Salud del Estado de México	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Secretaría de Marina Armada de México
Instituto Nacional de Nutrición	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto Nacional de Geriátrica	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
Comisión Nacional de Protección Social en Salud	Comisión Nacional de Bioética	Servicio Médico de Petróleos Mexicanos	Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado	Instituto Politécnico Nacional
Universidad Nacional Autónoma de México	Asociación Mexicana de Tanatología	<i>Early Institute</i>		

de salud, servicios de cuidados paliativos a los pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, a fin de contribuir a proporcionarles bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de su muerte, promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono o la prolongación de la agonía, así como evitar la aplicación de medidas que sean potencialmente susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.¹¹

Las iniciativas en materia normativa para la integración de los cuidados paliativos al sistema de salud se han insertado en la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica, con el objetivo de contribuir a la pronta implementación de los CP en México.

El esquema del plan de trabajo para el desarrollo y la implementación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos en México 2012-2018 ha incluido cuatro estrategias transversales resumidas en un sencillo pero contundente esquema de trabajo que abarca la elaboración, la implementación, el monitoreo y el seguimiento, y la evaluación del impacto.⁴

Esas acciones normativas han establecido un pilar fundamental en materia de salud pública y han constituido una respuesta vital en materia de política pública de salud, como también se ha mostrado con las subsecuentes reformas para acceder a los recetarios para medicamentos de tipo opioide.⁴ Sin embargo, aún no hay un sistema gubernamental de auditoría, evaluación o control de calidad que monitoree el estándar de prestación de servicios de CP. Tampoco existen mecanismos federales de seguimiento para la instalación de unidades de CP, el equipamiento de las unidades existentes o la profesionalización del personal de salud en esta materia.³

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El Dr. José de Jesús Salvador Villafaña Tello fundó en 1993 la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en 2000 conformó un programa de cuidados paliativos que incluyó un programa de atención domiciliaria. En la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos se atienden cada año un promedio de 7,500 pacientes.

En 2007 participó como invitado en la Cámara de Diputados en el Proyecto de Reforma de Ley para la creación de las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos en la República Mexicana. En 2009 se inició la propuesta de desarrollar en el IMSS clínicas de dolor y cuidados paliativos en las 25 Uni-



dades Médicas de Alta Especialidad. Asimismo, en los tres niveles de atención médica se propuso la implementación del programa de adiestramiento continuo y permanente que se lleva a cabo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en las instalaciones del IMSS.¹²

En 2014 contribuyó en el Acuerdo de obligatoriedad en materia de cuidados paliativos y esquemas de manejo integral 2014, emitido por el CSG así como en las Guías de Práctica Clínica (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) de cuidados paliativos de 2014 y su actualización en 2018.

En octubre de 2016 y de 2017 el CSG y la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, del IMSS, organizaron Foros Internacionales de Cuidados Paliativos con la asistencia de 739 y 656 asistentes, respectivamente.⁸ Destaca el trabajo conjunto con el Hospital de Oncología, denominado Estrategia de Capacitación Acerca del Modelo Institucional de Medicina Paliativa del IMSS, realizado de septiembre a octubre de 2017, que contó con la capacitación de 128 profesionales de la salud de medicina, enfermería, psicología, trabajo social nutrición y farmacia, adscritos a los tres niveles de atención de la Delegación Sur de la Ciudad de México a cargo del Dr. José de Jesús Salvador Villafaña Tello y la Dra. María Luisa Pérez Carranco (figura III-2).⁸

Gracias al trabajo del Dr. Villafaña en 2019 se abrió la residencia en Medicina Paliativa IMSS, que es la única interdisciplinaria a nivel mundial por entrada indirecta en especialidad de rama en Medicina Familiar, Medicina Interna, Geriátrica, Anestesiología y Medicina Física y Rehabilitación. En 2020 el Dr. Villafaña asumió el cargo de presidente de la Fundación Nacional Mexicana de Medicina Paliativa ante la necesidad de la educación y la implementación del control del dolor y los cuidados paliativos (medicina paliativa) en los tres niveles de atención en México (Unidad de Medicina Familiar, Hospitales Generales de Zona, Hospitales Regionales y Unidades Médicas de Alta Especialidad), y fue ponente del Foro Legislativo sobre Dolor y Cuidados Paliativos en el Senado de la República el 25 de abril de 2022.



Figura III-2.

REFERENCIAS

1. **Trujillo SZ, Paz RF, Corona T, Sánchez GMA:** Investigación sobre los cuidados paliativos en México. Revisión sistemática exploratoria. *Rev Mex Neuroci* 2018;19(2):74-85.
2. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** 2021:1-354.
3. **Senado de la República: Dictamen de las Comisiones Unidas de puntos constitucionales, de derechos humanos y de estudios legislativos.** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2019:1-33.
4. **Narro J, Ancer JGJ:** Incorporación de los cuidados paliativos a la legislación mexicana de salud. *Rev CO-NAMED* 2016;21:205-210.
5. **Pastrana T, De Lima L, Sánchez CM, van Steijn D, Garralda E et al.:** Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. 2021:35.
6. **Contreras EL:** Avances y retrocesos jurídicos en México. 2015:101-120.
7. **Cámara de Diputados del Heroico Congreso de la Unión: Ley General de Salud.** 2022.
8. **Santos PJ, Anaya NR, García MJ:** El Consejo de Salubridad General y los cuidados paliativos. *Cons Salubr Gen* 2019;7:1-8.
9. LXV/1PPO-53/121474. *Gaceta del Senado* 2021.
10. **Secretaría de Salud: Programa nacional de capacitación en cuidados paliativos para equipos de primer contacto en atención primaria.** 2018.
11. **Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.** *DOF*, 2014.
12. **Cantisani JAF, Solares AL:** Clínicas del dolor y cuidados paliativos en México: manejo del estreñimiento inducido por opiáceos. *Rev Soc Esp Dolor* 2009;16(8):468-481.







IMSS

CAPÍTULO IV

Modelos de atención en medicina paliativa

Itze Paloma Álvarez Mora, Ethel Dafne Bustos Vergara



INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son una especialidad médica que se enfoca en la prevención y el manejo de síntomas que ocasionan sufrimiento en los pacientes que enfrentan enfermedades graves, con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Los servicios de cuidados paliativos se pueden impartir en diferentes entornos de acuerdo con las necesidades de los pacientes y su familia, como un hospital, de forma ambulatoria mediante consulta o en unidades específicas, como casas de cuidados para enfermedades terminales (hospicios) o casas de asistencia y residencias geriátricas, entre otras.¹

MODELOS DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los modelos de atención en cuidados paliativos responden a las necesidades físicas, emocionales, espirituales y familiares del paciente y su familia. De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, el plan de cuidados paliativos lo otorga el médico tratante que está en contacto con los casos, es decir, no son exclusivos de ningún servicio o equipo. Con esto se reitera que la atención de la salud en su área preventiva, curativa, de rehabilitación y paliativa compete a todos los trabajadores de la salud.²

Los modelos de atención buscan garantizar la coordinación y el seguimiento de los pacientes con necesidades paliativas, asegurando la atención de acuerdo con los requerimientos, los valores, los deseos y las preferencias del paciente y la familia. En diversos estudios se ha demostrado que los diferentes modelos de atención mejoran la supervivencia y el control de los síntomas, con menos uso de quimioterapia paliativa, visitas a los servicios de urgencias y estancias intrahospitalarias. Con esto se da un mejor uso de los recursos de atención médica y se incrementa la satisfacción de la familia y la calidad de vida de los pacientes.³

Consulta externa

La mayoría de los equipos de consulta de cuidados paliativos son interdisciplinarios y están formados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personal de salud mental, como psicología, tanatología y psiquiatría. El equipo de cuidados paliativos brinda un manejo experto del dolor y



los síntomas, y otorga educación al paciente y la familia y comunicación constante para que la toma de decisiones coincida con las metas del paciente. Por lo general proporciona continuidad en la atención de los pacientes mediante consultas programadas. Puede ser una unidad autónoma o encontrarse dentro de una unidad hospitalaria.^{4,4}

Equipo de soporte intrahospitalario

Igual que el modelo de consulta externa, está conformado por un equipo multidisciplinario que brinda manejo de los síntomas en los pacientes con enfermedades limitantes para la vida. Proporciona apoyo telefónico las 24 h y seguimiento por dicho medio para la atención en casos específicos. Tiene disponibilidad de camas dentro de la unidad hospitalaria para pacientes paliativos que requieran un abordaje intensivo, asegurando comodidad, privacidad y acompañamiento por parte de los familiares las 24 h. El objetivo del servicio es otorgar apoyo mediante la interconsulta a los profesionales de la salud que lo soliciten. Mantiene la coordinación entre los equipos de salud de los diferentes niveles de atención para el seguimiento de los pacientes.³⁻⁵

Unidades de cuidados paliativos agudos

Otorgan atención a casos complejos, usualmente una urgencia que no puede ser resuelta en el domicilio. La unidad atiende urgencias paliativas, cuenta con un área de hospitalización con camas disponibles y recursos necesarios para atender a este tipo de pacientes, incluyendo privacidad y confort, con facilidades para la permanencia del familiar.^{4,5}

Programas de cuidados paliativos en el hogar

Los pacientes que se benefician de los cuidados paliativos domiciliarios suelen ser los que padecen enfermedades complejas avanzadas o diagnósticos que limitan la vida con un alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Generalmente incluyen adultos mayores y personas frágiles que están confinados en su hogar.

Debido a su estructura, está más centrado en la participación por parte del equipo de enfermería y menos participación directa por parte del médico. Una ventaja de los servicios de salud en el hogar es que a menudo combinan la rehabilitación con las competencias de los cuidados paliativos para aliviar los síntomas, la discusión sobre los objetivos de atención y el aseguramiento de la documentación de la planificación de la voluntad anticipada. Se ha demostrado que los programas de cuidados paliativos en el hogar reducen la utilización del hospital y los costos.⁶⁻⁸

Modelo de atención de medicina paliativa en hospitalización

En las unidades de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados los proveedores de cuidados paliativos pueden asumir la responsabilidad principal de los pacientes o continuar en modo de consulta, según lo desee el médico primario. La transferencia a una unidad de cuidados paliativos para pacientes internados es más apropiada para las siguientes indicaciones: pacientes con síntomas difíciles de controlar, necesidades médicas que no se pueden manejar de manera óptima en otro entorno, familias en dificultades que necesitan un mayor nivel de apoyo, necesidad de traslado fuera de un entorno de cuidados intensivos e inminencia de la muerte. Una unidad de cuidados paliativos de alto volumen puede reducir los costos de atención hospitalaria al hacer coincidir los tratamientos proporcionados con los objetivos de atención médica determinados por el paciente y la familia.⁷

Unidades de cuidados paliativos de mediana y larga estancias

Atienden a pacientes con enfermedades terminales con dificultad para el manejo domiciliario. Se ubican en los hospitales de larga estancia y en los centros residenciales, como asilos, con un promedio de estancia mayor de 20 días. Manejan urgencias paliativas y casos de mediana complejidad que

requieren apoyo por parte del equipo de enfermería. No tienen consultas externas y apoyan con áreas destinadas a la presencia permanente de familiares en un entorno de privacidad.⁷

Servicios de cuidados paliativos en el modelo de hospicio (*Hospice*)

Este modelo consiste en la prestación de cuidados paliativos para pacientes al final de la vida cuando la terapia curativa o para prolongar la vida ya no es beneficiosa. Este concepto se estableció en 1967 en Inglaterra por la Dra. Cicely Saunders del *St. Christopher's Hospice*. Los hospicios deben brindar servicio las 24 h todos los días del año, así como contar con equipo interdisciplinario y cobertura de medicamentos para el control de los síntomas. La filosofía de atención se enfoca en brindar cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades que limitan la vida, que no puedan ser atendidos en casa, enfocándose en disminuir el dolor y otros síntomas físicos, atendiendo sus necesidades emocionales y espirituales, así como las de sus familiares o seres queridos. Las estancias pueden ser cortas o prolongadas según la necesidad del paciente.^{4,5}

Modelo de cuidados paliativos basados en telesalud

El uso de tecnologías de la comunicación y la información ha servido para apoyar la atención médica clínica a larga distancia y la educación relacionada con la salud de pacientes y los profesionales. La telesalud puede aumentar y ampliar la visita clínica tradicional, utilizando el control remoto de los síntomas de los pacientes y los cuidadores mediante aplicaciones de teléfonos móviles y visitas virtuales de médicos. Para los pacientes en cuidados paliativos con una alta carga de síntomas y un estado funcional deficiente la reducción de la carga de los viajes a la clínica tiene un beneficio real. La llamada telefónica puede mejorar el manejo de los síntomas y promover las referencias tempranas a los cuidados paliativos. La principal barrera inherente a la atención telefónica dirigida por enfermeras es la incapacidad de ellas para prescribir medicamentos.⁵

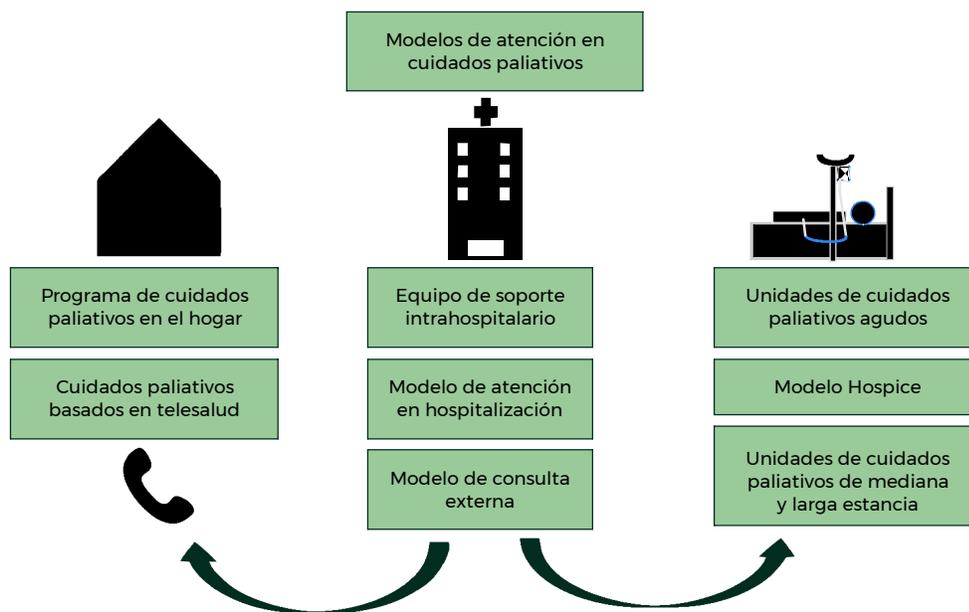


Figura IV-1. Modelos de atención en cuidados paliativos.



CONCLUSIÓN

La amplitud de los modelos de atención para ayudar a las personas que viven con cáncer avanzado ha crecido de manera importante. La mayoría de los hospitales tienen servicios de consulta de cuidados paliativos para pacientes hospitalizados para ayudar a los pacientes que ingresan. Los avances tecnológicos y la capacitación de los médicos para trabajar de nuevas formas y en nuevos entornos han estimulado la innovación y las formas en que los médicos pueden atender a los pacientes en los entornos más acordes a sus valores y preferencias (figura IV-1).

REFERENCIAS

1. **Quill T:** The initial interview in palliative care consultation. *UpToDate* 2018:1-26.
2. *Guía de manejo integral de cuidados paliativos.* Ciudad de México, Consejo de Salubridad General, 2018.
3. **Grudzen CR, Barker PC, Bischof JJ, Cuthel AM, Isaacs ED et al.:** Palliative care models for patients living with advanced cancer: a narrative review for the emergency department clinician. *Emerg Cancer Care* 2022;1(1):1-10.
4. **Meier DE, Arnold RM:** Benefits, services, and models of subspecialty palliative care. *UpToDate* 2015:1-13.
5. **Domínguez OG, Allende PS, Verástegui AE, Monreal CEA:** Medicina del futuro: atención virtual como modelo de atención en medicina paliativa. *Gac Mex Oncol* 2013;12(4):240-243.
6. **Reinke ALF, Janssen DJA, Curtis JR:** Palliative care for adults with nonmalignant chronic lung disease. *UpToDate* 2020:1-43.
7. **Anderson D, Besdine R, Leary S, Mcnicoll L:** *Nursing home palliative care.* 2015.
8. **Román MB:** For the humanization of health care: palliative care as a model. *Med Paliativa* 2015;20(1):19-25.
9. **Espinosa J, Gómez BX, Picaza JM, Limn E:** Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Med Clin (Barc)* 2015;135(10):470-475.



IMSS

CAPÍTULO V

Escalas de dolor y funcionalidad en medicina paliativa

Gonzalo Talavera Martínez



INTRODUCCIÓN

En México la prevalencia de los procesos oncológicos sigue teniendo un gran impacto en diferentes aspectos de la población en general, por lo que toda persona que los padece sufrirá diferentes cambios en su vida, incluidos los ámbitos fisiológico, económico, social y familiar, por lo que el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y el manejo de los síntomas acompañantes son los puntos clínicos más importantes que se deben desarrollar para que exista un beneficio en el paciente.¹

La capacidad para realizar actividades físicas y de autocuidado de cada paciente tendrá un grado de afectación conforme vaya avanzando el proceso de la enfermedad. Tener una medición del estado funcional ayuda al médico a poder generar pronósticos relaciones con la sobrevida, ayuda a tomar decisiones acerca de los usos y los riesgos de los tratamientos farmacológicos, la quimioterapia y la radioterapia, y contribuye a definir el nivel de asistencia que un paciente necesita y la calidad de vida que pueda tener. Es por esto que se debe conocer la aplicación de cada una de las escalas de funcionalidad y la validez y la confiabilidad que tienen en los pacientes con cáncer; es muy importante aclarar que el rol de estas escalas tiene mayor impacto en los pacientes en estados avanzados de enfermedad o en fase terminal.^{1,2}

El dolor crónico relacionado con los padecimientos oncológicos representa más de la mitad de las consultas al sistema de atención médica, con un marcado impacto en la salud de las personas que lo padecen, y una de las principales causas de incapacidad, por lo que es de suma importancia conocer las escalas del dolor que existen en el área médica y que sirven para poder tener una idea del grado de dolor que pudieran llegar a tener los pacientes. Hay que tener en cuenta que la medición del dolor es muy subjetiva y se tendrá que contemplar su expresión detallada por cada paciente.³

ESCALAS DE FUNCIONALIDAD

Índice de Karnofsky

Es la escala con la cual se puede medir la capacidad de los pacientes con cáncer para poder realizar actividades de la vida diaria. Se usa una escala de puntaje que oscila entre 0 y 100 (cuadro V-1). Un

Cuadro V-1. Escala de Karnofsky

100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término las actividades normales o el trabajo activo
60	Requiere gran atención ocasional pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico, encamado menos de 50% del día
40	Sufre invalidez e incapacidad, necesita cuidados y atenciones especiales, permanece encamado más de 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

Tomado de Pérez CPE: Escalas de estado funcional (o *performance status*) en cáncer. *Gastroenterol Latinoam* 2014;25(3).

puntaje más elevado significa que el paciente tiene un mayor rendimiento para realizar actividades cotidianas; por el contrario, cuanto más bajo sea tendrá mayor riesgo de muerte durante los próximos seis meses. Esta escala se puede utilizar para determinar el pronóstico, como herramienta de medición en los cambios en la función del paciente o para decidir si un paciente es apto o no para la intervención de algún procedimiento clínico.³

Escala del Eastern Cooperative Oncology Group

La clasificación del *Eastern Cooperative Oncology Group* tiene una manera sencilla de medir la calidad de vida de un paciente con cáncer, con expectativas de vida que pueden cambiar durante el transcurso de meses, semanas o días⁴ (cuadro V-2).

Escala funcional paliativa

Esta escala de medición está específicamente diseñada para pacientes que necesitan atención paliativa. Se toman en cuenta dos parámetros más para categorizar a los pacientes, que son la ingesta y el nivel de conciencia; en la observación de la extensión de la enfermedad no toma en cuenta los criterios de hospitalización del paciente.^{4,5}

Está dividida en 11 categorías medidas en niveles decrementales de 10% (cuadro V-3). El nivel más alto se considera 100%, en el que el paciente puede deambular por su propia cuenta y con un estado de salud aceptable; el más bajo es de 0% y constituye la pérdida de la vida.⁶

Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton

Es un instrumento de uso fácil y de sencilla realización, con gran utilidad en los pacientes oncológicos y paliativos. Consiste en escalas visuales y numéricas presentadas para poder explorar síntomas

Cuadro V-2. Clasificación del Eastern Cooperative Oncology Group

0	Asintomático. Totalmente activo
1	Restricción de actividad intensa, capaz de hacer trabajo ordinario
2	Ambulatorio capaz de autocuidado, incapaz para trabajar, levantado más de 50% del tiempo
3	Capaz de algún autocuidado, vida en la cama y el sillón, más de 50% del tiempo despierto
4	Incapacidad total, permanencia en la silla o la cama 10% del tiempo despierto
5	Muerto

Tomado de Pérez CPE: Escalas de estado funcional (o *performance status*) en cáncer. *Gastroenterol Latinoam* 2014;25(3):219-226.

Cuadro V-3. Escala para la atención paliativa (PPS)

%	Deambulaci3n	Actividad evidenciada de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad normal • Sin evidencia de enfermedad 	Completo	Normal	Normal
90	Completa	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad normal • Alguna evidencia de enfermedad 	Completo	Normal	Normal
80	Completa	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad normal con esfuerzo • Alguna evidencia de enfermedad 	Completo	Normal o reducida	Normal
70	Reducida	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar actividad laboral • Alguna evidencia de enfermedad 	Completo	Normal o reducida	Normal
60	Reducida	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar tareas del hogar • Enfermedad significativa 	Precisa asistencia ocasional	Normal o reducida	Normal o con síndrome confusional
50	Principalmente en cama o en sill3n	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo • Enfermedad extensa 	Precisa asistencia ocasional	Normal o reducida	Normal o somnoliento o con síndrome confusional
40	Pasa la mayor parte del tiempo en cama	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo • Enfermedad extensa 	Precisa ayuda para casi todas las actividades	Normal o reducida	Normal o somnoliento o con síndrome confusional
30	Encamado	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo • Enfermedad extensa 	Totalmente dependiente	Reducida	Normal o somnoliento o con síndrome confusional
20	Encamado	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar cualquier trabajo • Enfermedad extensa 	Totalmente dependiente	Capaz de s3lo beber a sorbos	Normal o somnoliento o con síndrome confusional
10	Encamado	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de realizar cualquier tipo de trabajo • Enfermedad extensa 	Totalmente dependiente normal	S3lo cuidados de la boca	Somnoliento o coma
0	Muerte				

Fuente: Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con c3ncer.



Cuadro V-4. Evaluación de síntomas de Edmonton

Sin dolor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máximo dolor
Sin cansancio	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máximo cansancio
Sin náuseas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máximas náuseas
Sin tristeza	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máxima tristeza
Sin ansiedad	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máxima somnolencia
Sin disnea	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máxima disnea
Buen apetito	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Sin apetito
Máximo bienestar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máximo malestar
Sin dificultad para dormir	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Máxima dificultad para dormir

Tomado de la referencia 4.

frecuentes, como dolor, astenia, anorexia, náuseas, somnolencia, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, bienestar global, dificultad respiratoria y otros síntomas. Evalúa el promedio de la intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 h, 48 h, una semana) según la condición del paciente (hospitalizado, ambulatorio). Se le pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma⁶ (cuadro V-4).

En algunos pacientes es complicado obtener una cifra exacta, ya que no puede clasificar bien sus síntomas debido a diversas causas; en este caso puede ser evaluado con una escala categórica y después acomodar los valores de cada categoría:⁷ nada: 0, poco: 4, bastante: 6 y mucho: 10.

Escalas de valoración pronóstico-supervivencia

Índice de pronóstico paliativo

Ayuda a la integración de diversas variables: escala funcional paliativa, vía oral, edema, disnea en reposo y *delirium* (este último ítem conforme a los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición). Tiene la capacidad de predecir de manera confiable la supervivencia de 3.6 semanas (cuadro V-5).⁷

Cuadro V-5. Escala funcional paliativa

De 10 a 20	4
De 30 a 50	2.5
> 60	0
Ingesta oral	
Severamente reducida	2.5
Moderadamente reducida	1
Normal	0
Edema	
Presente	1
Ausente	0
Disnea en reposo	
Presente	1
Ausente	0
<i>Delirium</i>	
Presente	1
Ausente	0

Se toman en cuenta las puntuaciones PPI > 6 puntos: predicción de supervivencia de tres semanas, y PPI > 4 puntos: predicción de supervivencia de seis semanas. Tomado de la referencia 6.

Cuadro V-6. Índice pronóstico de supervivencia

Disnea	
No	0
Sí	1
Anorexia	
No	0
Sí	1.5
Índice de Karnofsky	
> 50	0
De 30 a 40	0
De 10 a 20	2.5
Estimación clínica de supervivencia	
> 12	0
De 11 a 12	2
De 9 a 10	2.5
De 7 a 8	2.5
De 5 a 6	4.5
De 3 a 4	6
De 1 a 2	8
Leucocitos	
Normales de 4.800 a 8.500 cél/L	0
Altos de 8.501 a 11.000 cél/L	0.5
Muy altos > 11.000	1.5
Porcentaje de linfocitos	
Normales de 20 a 40%	0
Altos de 12 a 19%	1
Muy altos de 0 a 11%	2.5

Tomado de la referencia 6.

Índice pronóstico de supervivencia (escala funcional paliativa)

Considera variables de predicción de supervivencia, como el índice de Karnofsky, la disnea, la anorexia, el número de leucocitos y el porcentaje de linfocitos. Cada una de ellas se multiplica por un coeficiente, según su peso específico, y permite clasificar a los pacientes en tres grupos de acuerdo con la probabilidad de supervivencia a 30 días. Este índice no es aplicable en las enfermedades hematológicas. Cuando se asocia a la presencia o ausencia de *delirium* mejora la estimación pronóstica (cuadro V-6).

Teniendo en cuenta las puntuaciones, la probabilidad de supervivencia a los 30 días es la siguiente:

- De 0 a 5.5 puntos: probabilidad > 70% de supervivencia a los 30 días.
- De 5.6 a 11 puntos: probabilidad entre 30 y 70% de supervivencia a los 30 días.
- De 11.5 a 17.5 puntos: probabilidad < 30% de supervivencia a los 30 días.

Cuestionario de Zarit (sobrecarga del cuidador)

Mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores y consta de 22 puntos relacionados con las sensaciones del cuidador cuando está a cargo de una persona enferma, cada una de las cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) hasta 5 (casi siempre). Este cuestionario se autoadministra⁹ (cuadro V-7).

Interpretación:

- < 47: sin sobrecarga.



Cuadro V-7. Prueba de Zarit-escala de sobrecarga del cuidador

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de usted?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a que cuida a su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a que cuida a su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que su familiar considera que usted es la única persona que puede cuidarlo?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejarle el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
Total	

Opciones: 1: nunca; 2: rara vez; 3: algunas veces; 4: bastantes veces; 5: casi siempre. Referencia 8.

- De 47 a 55: sobrecarga leve.
- > 55: sobrecarga intensa.

Escalas para la medición del dolor

Unidimensionales

Escala visual análoga

Permite medir la intensidad del dolor entre los observadores. Consiste en trazar una línea horizontal de 10 cm, en cuyos extremos se encuentran las expresiones de un síntoma. En el izquierdo se ubica la menor intensidad o su ausencia y en el derecho la mayor intensidad. Se le pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad de su dolor en ese momento. Puede mostrar dificultades para su uso en los niños menores de cinco años, los adultos mayores y las personas analfabetas; cabe destacar que cada paciente expresa el dolor de manera subjetiva (figura V-1).¹⁰

Escala numérica

Para el uso de esta escala se le tiene que pedir al paciente que evalúe el dolor de 0 a 10 o de 0 a 100 según sea el caso, en la que el número 0 representa un extremo asociado a ningún dolor y el 10 o el 100 representan el peor dolor que ha tenido. El paciente relaciona su percepción con un valor numérico. Esta escala presenta la ventaja de que se puede realizar de manera oral o escrita y muestra menos complicaciones al aplicarla en los diversos grupos etarios (figura V-2).^{10,11}

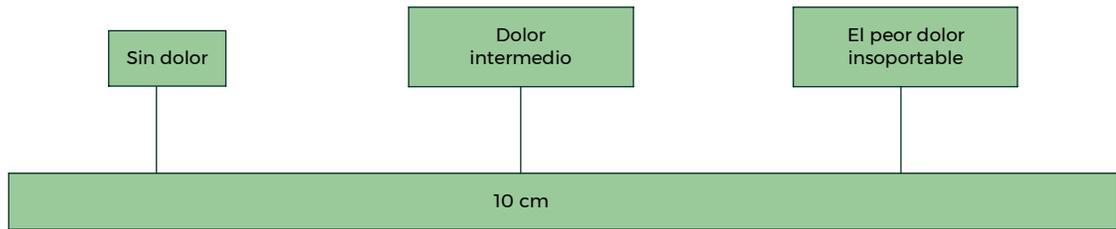


Figura V-1. Tomada de la referencia 11.

Escala verbal simple

Clasifica al dolor en seis categorías y se aplica de forma verbal. Va del 0, donde no hay dolor, al 5, donde el dolor es insoportable. Depende de la percepción y la asociación conceptual de cada persona (cuadro V-8).¹¹

Escala categórica

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas, por lo que expresa la intensidad de los síntomas en categorías, lo cual resulta más sencillo. Se establece una asociación entre las categorías y un equivalente numérico:¹²

- 0: nada.
- 4: poco.
- 6: bastante.
- 10: mucho.¹³

Escala ALICIA

Sirve para investigar semiológicamente el dolor en los pacientes y así poder obtener datos precisos que ayudan a su mejora. Se basa en la siguiente nemotecnia:¹³

- A: antigüedad.
- L: localización.
- I: irradiación.
- C: características.
- I: intensidad.
- A; atenuantes.¹³

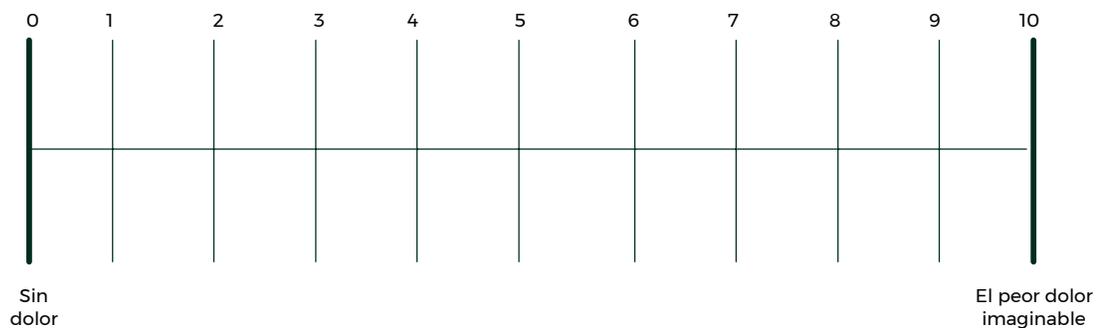


Figura V-2. Tomada de la referencia 11.



Cuadro V-8. Escala verbal simple

¿Cuánto dolor tiene?

- Ninguno
- Molestias
- Muy poco, ligero dolor
- Moderado
- Mucho, intenso, fuerte
- Insoportable

Tomado de la referencia 13.

Escalas multidimensionales

Cuestionario de dolor de McGill

Es uno de los más utilizados, pues explora las esferas sensorial y afectiva. Al paciente se le pide que escoja un adjetivo de cada 20 subclases de grupos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica y se calcula para una sumatoria y obtener la puntuación total. Es útil para los pacientes que tienen diferentes clases de dolor (figura V-3).¹⁴

Nombre del paciente _____ Fecha _____ Hora _____ AM, PM

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____

(1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

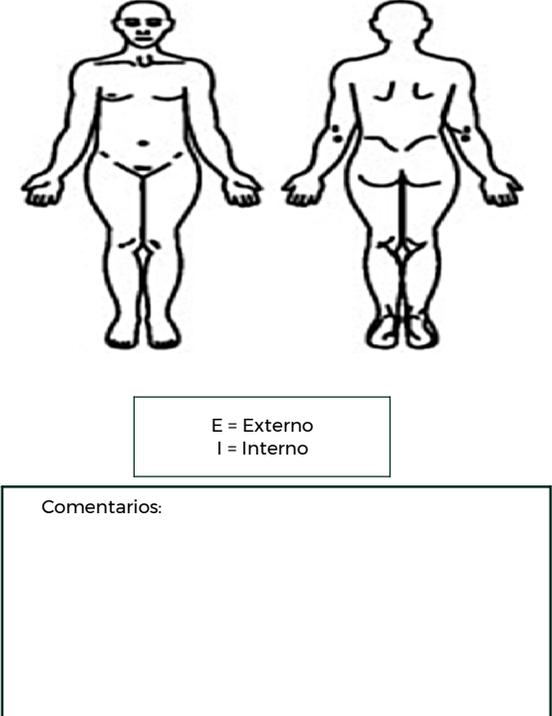
1	Titilante _____	11	Agotador _____	Breve _____	Rítmico _____	Continuo _____
	Trepidante _____		Extenuante _____	Momentáneo _____	Periódico _____	Sostenido _____
	Pulsátil _____			Transitorio _____	Intermitente _____	Constante _____
	Sordo _____	12	Enfermante _____			
	Batiente _____		Sofocante _____			
	Triturante _____	13	Amenazador _____			
2	Saltón _____		Alarmante _____			
	Centelleante _____		Aterrador _____			
	Fulgurante _____	14	Puntitivo _____			
3	Prurítico _____		Fatigante _____			
	Terebrante _____		Cruel _____			
4	Taladrante _____		Maligno _____			
	Punzante _____		Asesino _____			
	Lancinante _____	15	Funesto _____			
	Agudo _____		Cegante _____			
	Cortante _____	16	Fastidioso _____			
	Lacerante _____		Penoso _____			
5	Pellizcante _____		Atroz _____			
	Opresivo _____		Intenso _____			
	Mordicante _____		Insoportable _____			
	Retortijón _____	17	Que se extiende _____			
	Triturante _____		Referido _____			
6	De tracción _____		Penetrante _____			
	Tirante _____		Perforante _____			
	De torcedura _____	18	Apretado _____			
7	Caliente _____		Adormeciente _____			
	Quemante _____		De estiramiento _____			
	Hirviente _____		Como que exp _____			
	Ardiente _____	19	Desagarrador _____			
8	Hormigueante _____		Frio _____			
	Picante _____		Helante _____			
	Penetrante _____		Congelante _____			
	Pinchazo o Pic _____	20	Molesto _____			
9	Sordo _____		Nauseoso _____			
	Inflamatorio _____		Agónico _____			
	Molesto _____		Atemoranzte _____			
	Redolor _____		Torturante _____			
	Agobiante _____		PPI _____			
10	Exquisito _____		0 No hay dolor _____			
	Tirante _____		1 Leve _____			
	Irritante _____		2 Molesto _____			
	Hendiente o _____		3 Perturbador _____			
	tajante _____		4 Horrible _____			
			5 Agónico _____			

Figura V-3. Cuestionario del dolor de McGill. Tomada de la referencia 14.

Cuadro V-9. Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico

	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>Religión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rezo para que mis dolores desaparezcan 2. Rezo para conseguir fuerza y guía sobre el problema 3. Rezo para curarme 4. Utilizo la fe para aliviar mis dolores 5. Pido a Dios que alivie mis dolores <p>Catarsis (búsqueda de apoyo social emocional)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Cuando tengo dolor intento hablar con alguien y contarle lo que me pasa. Esto me ayuda a soportarlo 7. Cuando tengo dolor les digo a los demás lo mucho que me duele, pues compartir mis sentimientos me hace sentir mejor 8. Le cuento a la gente la situación, porque ello me ayuda a encontrar soluciones 9. Hablo con la gente de mi dolor, porque hablar me ayuda a sentirme mejor 10. Busco a algún amigo o allegado que me comprenda y me ayude a sentirme mejor con el dolor <p>Distracción</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Cuando tengo dolor imagino situaciones placenteras 12. Busco algo en qué pensar para distraerme 13. Ignoro el dolor pensando en otra cosa 14. Intento recrear mentalmente un paisaje 15. Cuando tengo dolor pienso en otra cosa 16. Cuando tengo dolor me esfuerzo en distraerme con algún pasatiempo 					

Tomado de la referencia 16.

Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico

Está dirigido a la población general con dolor de una duración mayor de seis meses, se realiza de manera autoadministrada y consta de 31 ítems distribuidos en seis subescalas. Permite explorar y valorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas (cuadro V-9).¹⁴

Cuestionario DN4

Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración; es muy fácil de usar en la mayoría de los pacientes y está específicamente orientado al dolor de tipo neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español (cuadro V-10).¹⁵

CONCLUSIONES

En la actualidad los pacientes en cuidados paliativos deben ser valorados de manera individualizada. Todas las escalas mencionadas en este documento son de vital importancia para obtener una predicción a futuro del estado de salud que se pudiera presentar, como los diferentes parámetros que se conocen para medir la calidad vida y cómo es que estos pudieran resultar afectados.¹⁶



Cuadro V-10. Cuestionario DN4

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando Sí o No en la casilla correspondiente:

Entrevista al paciente

1. ¿Tiene el dolor alguna de estas características?

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Quemazón | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Sensación de frío doloroso | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Descargas eléctricas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

2. ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de los siguientes síntomas?

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 4. Hormiguelo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5. Pinchazos | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6. Entumecimiento | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Escozor | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Exploración del paciente

3. ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorida?

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 8. Hipoestesia al tacto | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9. Hipoestesia al pinchazo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

4. ¿El dolor se provoca o intensifica por...?

- | | | |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 10. El roce | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|

Tomado de la referencia 16.

El dolor como síntoma cardinal en los procesos oncológicos no debe ser pasado por alto, por lo que ante cualquier queja el paciente deberá ser tratado conforme a la expresión de aquel y de los signos clínicos que se le puedan sumar. No hay que olvidar que el dolor es subjetivo y que se tiene que echar mano de las escalas mencionadas, como las de EVA, de ALICIA, etcétera. En la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” se combinan estas dos herramientas. Empezando por el trato digno, con valores y respeto hacia los pacientes, cada uno de ellos es evaluado tomando en cuenta los diferentes parámetros que conforman las esferas de su vida cotidiana, con el fin de medir la calidad de vida que pueden tener, y los factores que pudieran provocar una mejora o en su caso empeorarla, y así poder tener una pauta para otorgar o negar tratamientos o procedimientos. El manejo del dolor referido por los pacientes oncológicos debe ser priorizado y tratado a la brevedad posible para brindar un máximo bienestar y aminorar las dolencias que van empezando o que ya se encuentran en estadios terminales, lo cual tiene el objetivo de dignificar a los pacientes, disminuir las dolencias y ayudar al buen morir cuando sea necesario (J. J. S. Villafaña Tello, jefe del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Instituto Mexicano del Seguro Social, noviembre de 2022).

REFERENCIAS

1. **Pérez CPE:** Escalas de estado funcional (o *performance status*) en cáncer. *Gastroenterol Latinoam* 2014; 25(3):219-226.
2. **Forcano GM:** *Predicción de supervivencia en el paciente con cáncer avanzado*. España, Unidad de Geriátrica, Hospital San José, 2018.
3. **Gilberth Blandón S:** *Escalas funcionales en pacientes oncológicos hospitalizados*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2018.
4. **Luxardo N:** *El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con cáncer*. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2007.
5. **Varillas LP, Blanquer GJJ, Hernán Sanz de la Calle S, Rosselló FC:** Paliando lo paliable. Abordaje de síntomas. *AMF* 2014;10(5):248-260.

6. **Astudillo W, Mendinueta C:** Los enfermos crónicos y los cuidados paliativos. *Notas Paliativas* 2005;6(1):1-2.
7. Consejo de Salubridad: *Guía de manejo integral de cuidados paliativos*. Ciudad de México, 2018.
8. Sociedad Mexicana de Oncología: Consenso mexicano de manejo de dolor por cáncer. *Gac Mex Oncol* 2016;15(Supl 1).
9. **Vicente HMT, Delgado BS:** Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(4):228-236.
10. **Astudillo AW:** *Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria*. Buenos Aires, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2020.
11. **Ordóñez MLT:** *Evaluación del dolor*. Cap. 11. Colombia, Universidad Santiago de Cali, 2020:299-324.
12. **Plaghki L, Mouraux A, Le Bars D:** Fisiología del dolor. *EMC-Kinesiterapia-Med Física* 2018;39(1):1-22.
13. **Puebla DF:** Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc)* 2020;28(3):139-143.
14. **Rabah E:** *Guías de dolor FEDELAT*. Federación Latinoamericana de Sociedades de Dolor, 2016.
15. **González ER, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D et al.:** Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2012;19(4):181-188.
16. **Nabal M:** *Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas*. España, Hospital Universitario de Vilanova, 2016;38:21-28.





IMSS

CAPÍTULO VI

**Criterios de terminación y criterios de referencia
a una unidad de cuidados paliativos**

Gerson Gastelum Sánchez



INTRODUCCIÓN

La enfermedad terminal, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, es definida como la enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin aparentes y razonables posibilidades de respuesta al tratamiento específico, en la que concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que producen un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo sanitario, muy relacionados con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida menor de seis meses.

El paciente presentará las características típicas que definen la situación de terminalidad de los últimos cuatro a cinco días, es decir:

- Deterioro del estado físico y psíquico, con debilidad intensa, permanencia en la cama, disminución del nivel de conciencia, síndrome confusional frecuentemente asociado y dificultades en la comunicación.
- Dificultades en la ingesta tanto de alimentos como de la medicación en relación con esa disminución del nivel de conciencia.
- Síntomas físicos, psíquicos y emocionales de diversos tipos en relación con las características concretas de la enfermedad crónica y sus síntomas.

Tras reconocer estas situaciones y sus circunstancias, los médicos toman conciencia de su significado e informan a la familia de dicha situación de terminalidad a corto plazo, aunque muchas ocasiones sin saber muy bien cuáles son los motivos, no proceden a los ajustes terapéuticos medicamentosos y no medicamentosos encaminados al control de síntomas y los cuidados paliativos terminales. Estas medidas se aplican en un muy bajo porcentaje de casos, tal como resaltan Porta y col. en su artículo que analiza el tratamiento recibido por 103 pacientes que fallecieron por procesos crónicos en plantas de hospitalización, generalmente de servicios de medicina interna. En dicho artículo es evidente que en la mayoría de los pacientes existen pautas de actuación terapéutica típicas de paciente agudo, como toma de las constantes vitales (100% de los casos), utilización de vías endovenosas, poca atención a los aspectos de evitación del sufrimiento psicofísico al paciente y familiares y prácticamente ninguna atención a los aspectos espirituales o religiosos.

La mayor esperanza de vida, el avance científico-tecnológico y los cambios socioculturales han producido un incremento significativo de enfermedades crónico-degenerativas y neoplásicas,

muchas personas viven más, pero con más comorbilidades. El envejecimiento de la población representa un reto importante para los servicios de salud del mundo. Una buena cantidad de estos pacientes al final de la vida padecen un sufrimiento intenso y precisan atención sanitaria y social que compete a todos los ámbitos asistenciales.

La tendencia mundial en salud es la atención centrada en la persona, de calidad y a costos razonables, que permita una vida digna hasta el momento de la muerte, con la posibilidad de elegir donde pasar este último momento, por ejemplo, rodeado de la familia, lo que significa el retorno al domicilio como sitio de fallecimiento, en lugar del hospital. Esta realidad revela la necesidad de replantear los objetivos de la medicina actual, que hasta ahora se ha centrado de manera excesiva en un enfoque curativo.

La realización de estudios relacionados con las fases finales de la enfermedad crónica, oncológica y no oncológica, requiere definiciones operacionales claras (criterios de terminalidad), por lo que es de suma importancia conocer instrumentos o escalas para determinar las necesidades de cuidado y la valoración pronóstica, los cuales a su vez servirán para una intervención adecuada e informada, evitar medidas de dudosa eficacia y disminuir los costos relacionados (económicos y sociales).

CUERPO

Identificar al paciente con enfermedad en fase terminal es un problema para el personal de salud. Muchos de estos pacientes, al final de su vida, padecen intenso sufrimiento y precisan atención sanitaria y social que implica a todos los ámbitos asistenciales; pero a la vez el paciente y la familia tienen miedo de ser abandonados o discriminados.

La frase “paciente terminal” estigmatiza a la persona y no debería ser utilizada; sin embargo, la evolución de las enfermedades crónicas (oncológicas y no oncológicas) produce situaciones complejas en quienes las padecen, y es cuando términos como “fase terminal” y “situación de últimos días” son necesarios (figura VI-1). Más que como una clasificación, estos términos son útiles para identificar las necesidades y los cuidados especiales que ayuden al paciente y a su familia. Varias publicaciones se refieren a esta etapa del paciente como el final de la vida (*end of life*).

Los cuidados paliativos en enfermedades oncológicas avanzadas han tenido logros importantes en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, los fallecimientos por enfermeda-

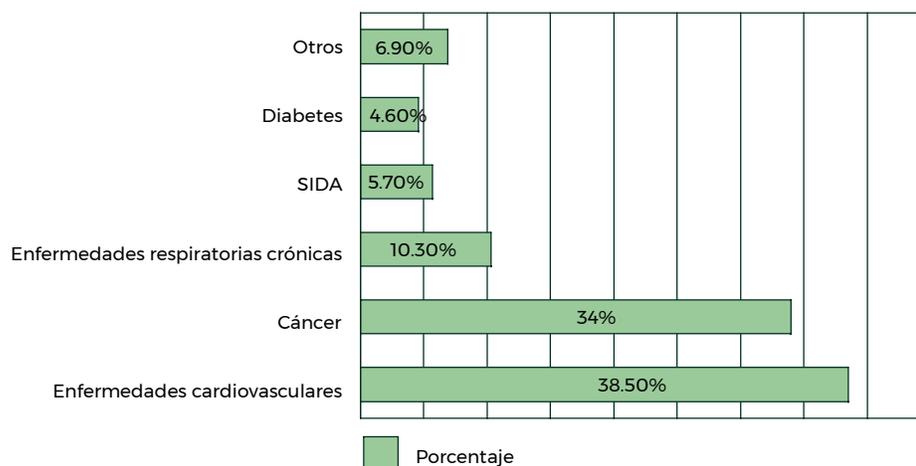


Figura VI-1. Padecimientos que requieren cuidados paliativos. Tomada de la referencia 2.

Cuadro VI-1. Definiciones operacionales relacionadas con la enfermedad en fase terminal

Enfermedad en fase terminal

Etapa final de una enfermedad avanzada y progresiva, en la que existe daño irreversible y no hay tratamiento curativo posible. Múltiples e intensos síntomas, cambiantes y multifactoriales. Pérdida de la autonomía o fragilidad progresiva. Pronóstico de vida limitado, gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico asociado a una alta demanda de recursos

Enfermedad oncológica en fase terminal

Cáncer con diagnóstico histológico demostrado en estadio clínico IV, metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple que ha recibido terapéutica estándar eficaz o se encuentra en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico

Enfermedad no oncológica en fase terminal

Enfermedad o insuficiencia orgánica crónica irreversible, independientemente de la causa primigenia que la originó, en el estadio más avanzado y sin respuesta al mejor tratamiento disponible

Situación de los últimos días o agonía

Periodo final del ciclo vital de las personas con una marcada declinación funcional, alteración de los signos vitales, previsión de la muerte en horas o días e irreversibilidad de la situación. Es uno de los momentos más delicados de la enfermedad del paciente

Tomado de la referencia 5.

des no oncológicas (insuficiencias orgánicas y enfermedades neurodegenerativas) son más numerosos; y las necesidades de estos pacientes y sus familias son similares, incluso más prolongadas y reciben peores cuidados. De acuerdo con el principio de justicia, es una obligación ética la potenciación de esta atención.

Cabe mencionar que existe enfermedad no recuperable en los cuadros agudos, relacionada con la evolución de infecciones sistémicas con falla multiorgánica, hemorragias cerebrales masivas o consecuencias de eventos traumáticos graves, como se reporta en Reino Unido y Australia. Estos casos tienen sus propios criterios y requieren un enfoque especial en los servicios de emergencias o cuidados críticos, pero no serán considerados en esta revisión.

El cuadro VI-1 presenta definiciones operacionales relacionadas con la enfermedad en fase terminal. Destacan los consensos de la Organización Mundial de la Salud y otras entidades internacionales, como la *International Association for Hospice & Palliative Care*, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, que buscan poner en agenda este tema en las distintas regiones del mundo para mejorar la atención integral y humanizada.

Las causas o enfermedades que pueden llevar al paciente a esta condición son tan diversas como la medicina misma; además, por la evolución epidemiológica y por el avance de la ciencia, con frecuencia son más de una. En el cuadro VI-2 se resumen los criterios específicos por etiología, propuestos en la literatura revisada. Estos criterios son numerosos y comprenden muchas especialidades médicas, pero el principal objetivo es detectar al paciente que está en fase avanzada y derivarlo para un cuidado adecuado a sus necesidades, ya existiendo en el mundo la especialidad y la unidad de cuidados paliativos.

Con la finalidad de hacer más objetiva la detección de la fase final de la enfermedad se han creado instrumentos para identificar esta situación, pero la tendencia actual es más que detectar la enfermedad, ya que implica también identificar la necesidad de cuidados del paciente. La escala de necesidades de atención paliativa en servicios sociales y de salud de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos es la más inteligible y útil, sobre todo para el nivel de atención primario; sin embargo, cabe mencionar que la *The Supportive Palliative Care Indicators Tool* (SPICT-TM) también tiene una versión en español que es fácil de aplicar (cuadro VI-3).

Actualmente se prefiere utilizar el término “enfermedad avanzada” en lugar de “enfermedad terminal”, y se habla de los cuidados paliativos como una filosofía de vida, en la que un equipo humano



Cuadro VI-2. Criterios de diagnóstico específicos de la enfermedad crónica en fase terminal, oncológica y no oncológica

Criterios de terminalidad en el paciente oncológico:

Presencia de una enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable; con diagnóstico histológico demostrado (estadio clínico IV)
 Metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple
 Haber recibido terapia estándar eficaz o encontrarse en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para su patología oncológica

Criterios de terminalidad en el paciente no oncológico:

Insuficiencia cardíaca con disnea basal \geq III de la *New York Heart Association* o fracción de eyección del ventrículo izquierdo $< 20\%$ o persistencia de síntomas a pesar del tratamiento óptimo. No es candidato a trasplante de órgano
 Insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III del *Medical Research Council* o saturación de oxígeno basal $< 90\%$ y oxigenoterapia domiciliaria continua. No es candidato a trasplante de órgano
 Insuficiencia renal crónica en estadio 5 según la *National Kidney Foundation*, tasa de filtración glomerular < 15 mL/min según la fórmula de Cockcroft-Gault o creatinina sérica basal ≥ 3 mg/dL en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo (diálisis) o trasplante
 Hepatopatía crónica con datos clínicos, analíticos o ecográficos de hipertensión portal o insuficiencia hepatocelular grave: estadio C (según la escala Child-Pugh) o > 30 puntos del *Model for End-stage Liver Disease*. No es candidato a trasplante de órgano
 Demencia en estadio 7 según las escalas GDS (*Global Deterioration Scale* de Reisberg) y FAST (*Functional Assessment Staging*)
 Enfermedad neurológica crónica avanzada (enfermedad cerebrovascular, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson) con deterioro cognitivo establecido (escala de Pfeiffer con más de siete errores) o deterioro funcional para las actividades básicas de la vida diaria establecido (dependencia total según la prueba de Katz)
 Enfermedad de Parkinson: clasificación de Hoehn y Yahr en estadio 5. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en estadio SIDA refractaria al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Tuberculosis extensamente resistente (resistente a isoniácida, rifampicina, una fluorocinolona y un agente inyectable de segunda línea) con evolución desfavorable

Otros criterios:

Dependencia funcional total persistente: índice de Katz con 6 ítems positivos de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria
 Deterioro cognitivo importante persistente: de 8 a 10 errores en el cuestionario mental de Pfeiffer. Úlceras por decúbito persistente (estadios III y IV).

Tomado de la referencia 5.

Cuadro VI-3. Instrumentos para identificar enfermedad en fase terminal y necesidad de cuidados paliativos

Instrumento	País	Año	Criterios	Idioma de publicación	Organismo
<i>Hospice Care and Palliative Care</i>	EUA	1996, última versión 2018	Clínico Asistencial Preferencias del paciente Criterios específicos	Inglés	<i>National Hospice and Palliative Care Organization</i>
NECPAL ccoms-icoc 3.1	España	2010, última versión 2017	Enfermedad avanzada Síntomas intensos	Español	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
<i>Prognostic Indicator Guidance (PIG). Gold Standards Framework</i>	Reino Unido	2011, última versión 2016	Impacto emocional Pronóstico de vida Impacto emocional Necesidades de cuidado Indicadores clínicos específicos	Inglés	<i>Royal College of General Practitioners</i>
<i>The Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT-TM)</i>	Escocia	2015, última versión 2018	Deterioro de salud Condiciones límites de vida Tratamiento y planes	Inglés, español y otros 7 idiomas	<i>University of Edinburgh</i>
<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>	Australia	2015	Deterioro de salud Condiciones límites de vida	Inglés	<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>

NECPAL: necesidades de atención paliativa en servicios sociales y de salud. Tomado de la referencia 5.

multidisciplinario (conformado por médico, enfermera, psicóloga, trabajadora social, terapeutas, guía espiritual y otros) brinda acompañamiento y soporte a una persona y su familia sin adelantar ni retrasar el proceso natural de su muerte. No sólo se lucha contra una enfermedad, sino que son tratados todos los padecimientos del paciente.

ESCALAS E INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN EN LA ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

La medicina científica es fundamentalmente una ciencia probabilística, pero hacer pronósticos exactos en esta etapa final de la vida podría ser un error. Sin embargo, conocer la magnitud del problema de salud y determinar un pronóstico del paciente es fundamental para plantear la toma de decisiones al final de la vida.

Esta dificultad es una de las mayores a las que se va a enfrentar el profesional de salud. Comunicar a la familia o al paciente la situación de salud es indispensable, pero los médicos no son preparados adecuadamente en la formación profesional de pregrado, e incluso de posgrado para dar malas noticias. El momento más adecuado para hablar de esto es cuando el paciente se encuentra estable clínicamente.

En muchos países se puede establecer la voluntad anticipada y el plan avanzado para el final de la vida; en Perú la ley todavía no lo contempla. Informar acerca de fechas o plazos exactos es un error



la mayoría de las veces; sin embargo, es posible dar tiempos aproximados de sobrevida (entre semanas-meses, días-semanas u horas-días), lo cual es muy importante para preparar a la familia y enfrentar el evento final de la vida (la muerte), que de todos modos ocurrirá.

La evolución de la enfermedad crónica es variable. En el cáncer el deterioro es lento y progresivo, y la mayoría de las veces finaliza por cuadros infecciosos agudos en menos de seis meses de diagnosticada la fase terminal. La enfermedad no oncológica es más lenta, con varios episodios de descompensación aguda que mejoran y vuelven al estado basal. Esto también varía según el tipo o la etiología de la enfermedad y los cuidados que reciba el paciente.

Actualmente existen múltiples herramientas diagnósticas y de pronóstico disponibles que se crearon inicialmente para los pacientes con cáncer, pero que luego fueron adaptadas también para las enfermedades no oncológicas. Las escalas más antiguas y conocidas son la de Karnofsky, la de Zubrod y la escala de estado funcional del *Eastern Cooperative Oncology Group*. Sin embargo, en los últimos años la más utilizada es la escala funcional paliativa (*palliative performance scale*), por lo que ha acumulado mayor evidencia y su empleo se recomienda (cuadro VI-4).

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDADES CRÓNICAS DE ENFERMEDADES TERMINALES NO NEOPLÁSICAS

Es bien conocida la existencia de un porcentaje elevado de pacientes con patologías crónicas no cancerosas en situación avanzada y fase terminal a niveles hospitalario y extrahospitalario, en los que debiera utilizarse las técnicas y los principios de los cuidados paliativos. Recibir unos cuidados paliativos adecuados es un derecho de todo paciente sin expectativas de curación y con un pronóstico de vida limitado, generalmente menor de seis meses. Por tanto, se debe procurar el tratamiento paliativo en estos pacientes con el objetivo de proporcionarles bienestar y la mejor calidad de vida posible. Otro aspecto importante para tener en cuenta consiste en hacer partícipe a los pacientes de la terminalidad de la enfermedad, por lo que es importante conocer a tiempo el pensamiento del paciente acerca de su mal y sus prioridades respecto a las intervenciones terapéuticas presentes y futuras o en vías a evitar, por ejemplo, que se tomen medidas agresivas en contra de su voluntad. En los pacientes sin tumores el pronóstico es más difícil de establecer, dado que las exacerbaciones, consideradas en principio tratables o curables, no siempre responden al tratamiento y puede presentarse el desenlace. En México mueren cada año 250,000 personas mayores de 65 años de edad, de las cuales 20% son pacientes oncológicos, lo que hace pensar en el alto porcentaje de pacientes que se beneficiarían de los tratamientos y los cuidados paliativos utilizados y desarrollados ya desde hace tiempo en los pacientes neoplásicos (figura VI-2).

Enfermedad cardiaca avanzada-insuficiencia cardiaca crónica terminal

Es un síndrome clínico caracterizado por disnea, fatiga y una reducción importante de tolerancia al ejercicio de origen cardiaco que puede mejorar con cuidados paliativos en términos no tanto de expectativas de vida, sino de calidad de la misma y de alivio sintomático. Los mejores predictores de la insuficiencia cardiaca son la fracción de eyección y la tolerancia al ejercicio. Entre 50 y 60% de las personas mayores con insuficiencia cardiaca tienen normal o ligeramente disminuida la fracción de eyección (cuadro VI-5).

Enfermedad pulmonar avanzada

Es la cuarta causa de mortalidad global. Los pacientes con enfermedad pulmonar que se beneficiarían de este tratamiento paliativo, además del cáncer de pulmón, son los que presentan:

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica muy avanzada, ya terminal (que requieran oxigenoterapia continua), que incluye situaciones de bronquitis crónica con severa obstrucción fija, enfisema o fibrosis pulmonar. Es difícil hacer un pronóstico de supervivencia en estos

Cuadro VI-4. Escalas pronósticas para pacientes con enfermedad en fase terminal oncológica y no oncológica

Escala	País	Año	Criterios	Tipo de pacientes	Interpretación
Escala pronóstica de Karnofski	EUA, Australia	1948 2011	Índice funcional subjetivo	Oncológicos	Menor puntuación, peor pronóstico
Escala de Zubrod o performance status ECOG	EUA	1982	Calidad de vida	Oncológicos	Validado por OMS
Escala funcional paliativa (<i>Palliative Performance Scale, PPS</i>)	Canadá versión 2	1996 2001	Deambulación, actividad, autocuidado, ingesta, nivel de conciencia	Oncológicos, no oncológicos, paliativos agudos	Sobrevivida a 6 meses
PaP Score (<i>Palliative Prognostic Score</i>) D-PaP Score	Italia	1998 2011	Síntomas, Karnofski, laboratorios, severidad, agrega delirio	Oncológicos	Sobrevivida a 30 días
PPI (<i>Palliative Prognostic Index</i>)	Japón	1999	PPS, edema, disnea, delirio, ingesta	Oncológicos y no oncológicos	Sobrevivida a 3 semanas
Chuang Predictor Score	Taiwán	2004	Metástasis, severidad de signos y síntomas	Oncológicos	Sobrevivida a 2 semanas
PiP (<i>Prognosis in Palliative Care Study</i>)	Reino Unido versión 2	2011 2018	Diagnóstico, metástasis, síntomas, valoración mental, funcional y general	Oncológicos	Sobrevivida días, semanas, meses
FAST (<i>Functional Assessment Staging Test</i>)	EUA	1982	Condición general, deterioro funcional, expectativa de vida	Demencia	Pronóstico a 6 meses
Índice BODE (<i>Body mass index, Degree of obstruction, Dyspnoea and capacity</i>)	EUA, España, Venezuela	2004	IMC, FEV1, disnea, prueba de marcha	EPOC	Sobrevivida a 4 años
Índice PALLIAR	España	2010	Edad, característica clínica, analíticas, ECOG	No oncológicos	Mortalidad a 6 meses

Fuente: Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlos J, Monti C, Rocafort J et al.: *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica* (libro electrónico). Houston: IAHPCC Press. 2012. ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



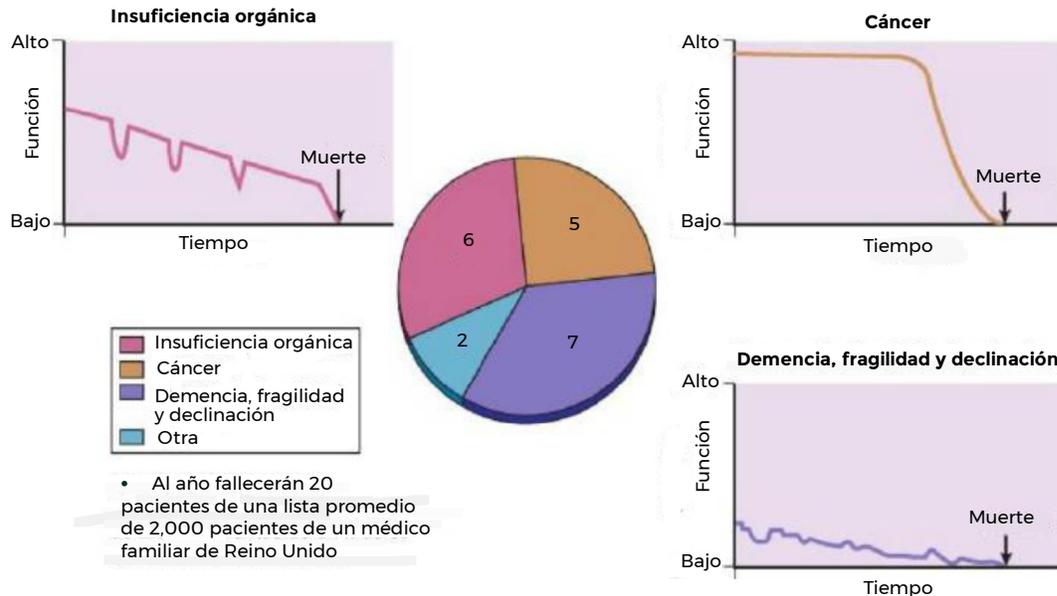


Figura VI-2. Trayectorias típicas de la enfermedad en 20 personas con enfermedad progresiva. Tomada de la referencia 7.

casos. La enfermedad pulmonar progresiva severa con hipoxemia e hipercapnia que se manifiesta con síntomas incapacitantes durante el mínimo ejercicio físico se puede considerar progresiva y en fase terminal cuando se presentan los siguientes elementos.

2. Un aumento de la frecuencia de visitas a urgencias (dos en los seis meses previos por infecciones pulmonares o insuficiencia respiratoria o una hospitalización en un año).
3. Mejoría clínica escasa tras un ingreso prolongado, con cambios gasométricos muy limitados (se reduce algo la hipoxemia pero se mantiene la hipercapnia).
4. Deterioro de la forma física, manteniéndose sin salir de casa. Nuevos criterios para la actuación sanitaria en el estado de terminalidad.
5. Incapacidad y falta de autonomía para realizar las actividades de la vida diaria con imposibilidad incluso para vestirse y confinamiento a la cama o el sillón. Los factores de mal pronóstico en la patología pulmonar incluyen edad avanzada, grado de severidad de la obstrucción, volumen espiratorio forzado en el primer segundo < 30%, falta de respuesta a los broncodilatadores del flujo aéreo valorado por dicho volumen espiratorio, coexistencia de una pobre situación funcional basal, comorbilidad importante, *cor pulmonale* por enfermedad pulmonar, no cardíaca o valvular, reagudizaciones frecuentes y severas —sobre todo a partir de los 65 años de edad—, predominio de enfisema y pérdida de peso de más de 10% en seis meses (figura VI-3).

Enfermedad hepática cirrótica

La cirrosis es el resultado común terminal de la mayoría de las condiciones que causan daño celular hepático de tal magnitud que supera a su notable capacidad de regeneración. Entre las indicaciones de cuidados paliativos se incluyen:

- Cirrosis hepática en estadio C de la escala de Child-Pugh.
- Colangitis esclerosante.
- Paciente hepático en espera de un trasplante hepático. La cirrosis compensada reduce la supervivencia a los cinco años, pero si aparecen complicaciones, sólo llegan a estos años 20% de los pacientes.

Cuadro VI-5. Clasificación de la *New York Heart Association* para la insuficiencia cardiaca

Clase	Síntomas
I	Enfermedad cardiaca, pero sin síntomas ni limitación de actividad física normal
II	Limitación leve: la actividad física normal resulta en fatiga, palpitaciones o disnea
III	Limitación marcada: incluso la actividad física menor que la ordinaria provoca fatiga, palpitaciones o disnea. El paciente está cómodo sólo en reposo
IV	Incapacidad para realizar cualquier actividad física sin incomodidad. Presenta síntomas de insuficiencia cardiaca o de síndrome anginoso



Tomado de la referencia 8.

- Ascitis refractaria a los diuréticos.
- Episodios repetidos de peritonitis bacteriana espontánea (supervivencia media de 30% en un año) con pobre respuesta a la profilaxis.
- Síndrome hepatorenal.
- Encefalopatía hepática resistente a la lactulosa.
- Sangrado recurrente de varices esofágicas resistente a la terapia (esclerosis y farmacología).
- Malnutrición y albúmina sérica < 2.5.
- Tiempo de protrombina elevado > 5 seg, índice normalizado internacional > 1.5.
- Ingesta activa de alcohol > 80 g de etanol/día.
- Pruebas positivas para infección por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C.
- Carcinoma hepatocelular (cuadro VI-6).

Enfermedades renales crónicas avanzadas

En la enfermedad renal crónica existe un deterioro irreversible de las funciones de ambos riñones que conlleva una alteración de casi la totalidad de los sistemas del cuerpo. En las fases terminales de la insuficiencia renal fracasan las dos funciones fundamentales de los riñones. Por un lado falla la función de eliminación debido al deterioro casi total del filtrado glomerular, la cual se objetiva mediante un aclaramiento de creatinina muy bajo, dando lugar al complejo síndrome urémico. Por otro lado, fracasa también la función endocrina de los riñones, disminuyendo de forma sustancial la secreción de eritropoyetina, lo que da lugar a anemia en el paciente con enfermedad renal crónica y sus consecuencias. En las fases terminales de la función renal la única solución sería la hemodiálisis.

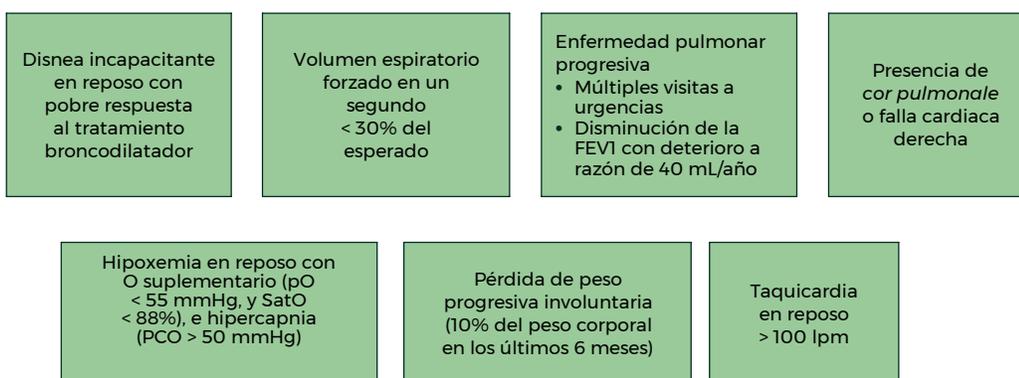


Figura VI-3. Tomada de la referencia 8.

Cuadro VI-6. Criterios clínicos y de laboratorio

	1	2	3
Encefalopatía	No	De leve a moderada (grado 1 o grado 2)	Severa (grado 3 o grado 4)
Ascitis	No	De leve a moderada (responde a los diuréticos)	Severa (refractaria a los diuréticos)
Bilirrubina (mg/dL)	< 2	De 2 a 3	> 3
Albúmina (g/dL)	> 3.5	De 2.8 a 3.5	< 2.8
Tiempo de protrombina			
Prolongación de segundos	< 4	De 4 a 6	> 6
Índice normalizado internacional	< 1.7	De 1.7 a 2.3	> 2.3
Clase Child-Turcotte-Pugh obtenida por la suma de cada parámetro al puntaje (total de puntos)			
Clase A = 5 a 6 puntos (enfermedad hepática menos severa)			
Clase B = 7 a 9 puntos (enfermedad hepática moderadamente severa)			
Clase C = 10 a 15 puntos (enfermedad hepática muy severa)			

Tomado de la referencia 8.

sis, pero en muchos de los pacientes mayores se asocian situaciones o pluripatología que los excluyen de regímenes de hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Las causas más frecuentes de exclusión de la diálisis son la edad avanzada, la diabetes, la demencia, el evento cerebrovascular y el estado de coma, así como los efectos intolerables de la diálisis. Otros factores de pronóstico negativos son la sintomatología urémica franca (confusión, náuseas, vómitos refractarios, prurito generalizado, diuresis menor de 400 mL/día, hipercalemia > 7, pericarditis urémica, síndrome hepatobiliar y sobrecarga intraabdominal de líquidos), la edad avanzada, la polineuropatía, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial de difícil control. Los pacientes sin diálisis son capaces de producir una pequeña cantidad de orina por una función residual renal durante varias semanas, pero 40% de ellos fallecen dentro de los dos primeros meses y 80% a los cuatro meses, siendo muy rara una supervivencia de más de seis meses. El factor pronóstico más importante para el tratamiento paliativo de un paciente con insuficiencia renal es su inclusión o no en programas de diálisis. Cuando se descarta la inclusión en diálisis se cuenta con los criterios analíticos de la insuficiencia renal crónica terminal, que hacen susceptible la inclusión en cuidados paliativos: pacientes con anuria posdiálisis y pacientes con aclaramiento de creatinina ≤ 10 mL/min (15 mL/min para diabéticos), lo que se corresponde de forma orientativa con una cifra de creatinina en sangre ≥ 8.0 mg/dL. Si hay dificultades para recolectar la orina de 24 h, se puede calcular el filtrado glomerular y la aclaración de creatinina según la fórmula:

$$\text{Aclaramiento de creatinina} = \frac{(140 \text{ edad en años}) \times \text{peso corporal en kg}}{\text{Creatinina plasmática} \times (72 \text{ hombres; } 85 \text{ mujeres)}}$$

Demencias

Es muy difícil predecir qué pacientes fallecerán en seis meses porque el proceso demencial no es la primera causa de muerte, sino las complicaciones secundarias a la propia enfermedad. Con los nuevos criterios para la actuación sanitaria en la terminalidad se ha visto que algunos pacientes con niveles mentales muy bajos sobreviven varios años con los cuidados adecuados. Por tanto, es difícil establecer cuándo los pacientes con demencia avanzada son candidatos a la terapia paliativa al ser tratados, como se ha dicho, de una enfermedad de larga duración, pero la *National Hospice Organization* establece los siguientes criterios orientadores:

1. Demencia de severidad suficiente.
2. Aparición por vez primera de varias complicaciones médicas.

La severidad de la demencia que justifica el ingreso en la unidad de cuidados paliativos consiste en la etapa 7-C de la escala de evaluación funcional. Las características de este estadio que tienen correspondencia con la situación de demencia en estado terminal son el deterioro cognitivo severo medido por escalas de evaluación cognitiva, el paciente desconectado con el medio y que no reconoce a sus familiares, el mutismo total, la pérdida de la capacidad para deambular, la incapacidad para mantener una conversación significativa, la imposibilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, la incontinencia rectal y vesical ocasional, la disfagia para tragar sólidos o líquidos, y la presencia de complicaciones médicas severas.

Las complicaciones más frecuentes capaces de agravar el deterioro del paciente con demencia terminal son:

1. Infecciones urinarias de repetición, muchas veces llevando a bacteremias y sepsis.
2. Infecciones respiratorias como la neumonía, muchas veces en relación con aspiración bronquial por trastornos de la deglución o disfagia para tragar sólidos o líquidos.
3. Úlceras por presión hasta grado 3 o 4, que no se consideran curables.
4. Fiebre recurrente después de ciclos de antibióticos.
5. Desnutrición y pérdida de peso > 10% en seis meses.

Estos diversos criterios restrictivos deben ser tomados con reserva en relación con la incertidumbre pronóstica de la demencia avanzada y la posibilidad de su reversión con un manejo adecuado (cuadro VI-7).

Enfermedad de Parkinson

Se trata de un síndrome neurodegenerativo progresivo de curso clínico que no se modifica con la terapéutica actual, aunque gracias a ella la esperanza de vida se ha hecho superponible a la población control.

Es necesario crear desde un principio una buena relación médico-paciente, porque el paciente debe comprender que la medicación y la rehabilitación sólo ofrecen un alivio sintomático, por lo que tanto el médico como los familiares deben brindarle apoyo moral para que acepte la convivencia incapacitante con una enfermedad neurológica crónica.

El paciente con enfermedad de Parkinson avanzada (estadio V de la escala de Yahr) es completamente dependiente, precisa ayuda para todo y permanece sentado o en cama. Tiene una gran tendencia a las caídas y presenta en ocasiones temblores violentos, fluctuaciones de respuesta a la levodopa, inestabilidad postural, temblor y cambios mentales, incluida la demencia. Las caídas tienden a ocurrir en algunos pacientes cuando entran de forma brusca e impredeciblemente de un periodo *on* a un periodo *off*.

En 90% de los pacientes con enfermedad de Parkinson se aprecia una pérdida del volumen pulmonar que está relacionada con la severidad de la enfermedad y que es causada más probablemente por la rigidez y la debilidad de la musculatura torácica más que por una enfermedad intrínseca pulmonar. Este dato es importante para prevenir y tratar de manera precoz las posibles complicaciones respiratorias, como las neumonías, enseñándole al paciente ejercicios de respiración desde las fases iniciales de la enfermedad (cuadro VI-8).

Ictus y coma

Los pacientes que entran en coma después de un evento cerebrovascular agudo rara vez sobreviven si éste persiste más de tres días. Se debe tener la especial precaución de evaluar a los pacientes posictales por si se estabilizan o empiezan a mejorar.

Cuadro VI-7.

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Características
GDS 6. Defecto cognitivo grave	6. EA moderada-grave	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones Olvida a veces el nombre de su cónyuge o de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporoespacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Recuerda su nombre y diferencia a los familiares de las personas desconocidas Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
	6a	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones
	6b	Incapaz de bañarse correctamente
	6c	Incapaz de utilizar el excusado
	6d	Incontinencia urinaria
	6e	Incontinencia fecal
	7. EA grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras; con frecuencia se observan signos neurológicos
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras
	7b	Sólo es capaz de decir una palabra inteligible
	7c	Incapacidad para deambular sin ayuda
	7d	Incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda
	7e	Pérdida de la capacidad para sonreír
	7f	Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida

GDS: *Global Deterioration Scale* de Reisberg; FAST: *Functional Assessment Staging*; EA: enfermedad de Alzheimer.

Los criterios de la *National Hospice Organization* para cuidados paliativos en los pacientes con evento cerebrovascular crónico son:

Cuadro VI-8. Estadios de la enfermedad de Parkinson

Estadio 1	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad exclusivamente unilateral Sin afectación funcional o con mínima afectación
Estadio 2	<ul style="list-style-type: none"> Afectación bilateral o axial (línea media) Sin alteración del equilibrio
Estadio 3	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad bilateral Discapacidad moderada Alteración de los reflejos posturales
Estadio 4	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad gravemente discapacitante Capacidad para caminar o permanecer de pie sin ayuda
Estadio 5	<ul style="list-style-type: none"> Confinamiento en cama o en silla de ruedas si no tiene ayuda

Tomado de la referencia 9.

1. Demencia después del *ictus*, equivalente a la etapa 7-C de la escala de evaluación funcional.
2. Estado funcional de Karnofsky bajo, de 40 o inferior.
3. Pérdida de peso de 10% en seis meses o menos.
4. Albúmina sérica < 2.5.

Los pacientes en coma se beneficiarían del ingreso en una unidad de cuidados paliativos si muestran tres de las cuatro siguientes condiciones:

1. Respuesta anormal del tronco cerebral.
2. Falta de respuesta a la estimulación dolorosa.
3. Falta de respuesta a los estímulos verbales.
4. Creatinina sérica mayor de 1.5 mg/dL. Existen variables clínicas sencillas y de fácil obtención en la cabecera del paciente que pueden ayudar a establecer el pronóstico vital a corto y mediano plazos en los pacientes con *ictus*.

Así, para Jover y col. los factores que predijeron mejor la mortalidad de los eventos cerebrovasculares en el primer mes fueron una puntuación en la escala de coma de Glasgow < 7, la presencia de hemianopsia y la naturaleza hemorrágica del *ictus*; por otro lado, una edad mayor de 70 años, la diabetes mellitus, la arritmia completa por fibrilación auricular y la parálisis de las extremidades anticipan una menor supervivencia anual del *ictus*.

Esclerosis lateral amiotrófica

La esclerosis lateral amiotrófica es una enfermedad que degenera todas las motoneuronas tanto superiores como inferiores. La combinación de debilidad y atrofia de los pequeños músculos de la mano y del antebrazo, las fasciculaciones y los reflejos vivos con una falta de alteraciones sensoriales sugieren fuertemente su diagnóstico.

Es más frecuente entre los 40 y los 50 años de edad; a veces actúa con tal velocidad que deja poco o ningún tiempo para el ajuste emocional y la planificación. En general los pacientes mueren al cabo de tres años de la aparición de los primeros signos. En quienes desarrollan una parálisis bulbar en un estadio precoz de la enfermedad y en los pacientes más jóvenes en los que los signos clínicos se limitan a las células de la asta anterior la supervivencia suele ser aún menor.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Con el advenimiento de los inhibidores de las proteasas la mortalidad por SIDA ha empezado a declinar, pero no todos los pacientes responden a estos agentes y muchos no pueden con el tratamiento o no cumplen con él. Serán considerados susceptibles a tratamiento paliativo:

1. Los pacientes con un recuento de CD4 (células T) \leq a 25 y una carga viral plasmática \geq 100,000 copias/mL.
2. Los pacientes con un estado funcional disminuido que sea \leq a 50 en la escala de Karnofsky.
3. Los pacientes con SIDA con una de las condiciones que sugieren una fase avanzada:
 - Enfermedad del sistema nervioso central o linfoma sistémico de pobre respuesta.
 - Atrofia: pérdida de más de 33% de la masa corporal.
 - Bacteremia por *Mycobacterium avium complex*.
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - Sarcoma de Kaposi visceral refractario.
 - Insuficiencia renal en ausencia de diálisis.
 - Infecciones por *Cryptosporidium* refractarias.
 - Toxoplasmosis refractaria.
 - Insuficiencia hepática avanzada.

El paciente con mayores número y frecuencia de enfermedades intercurrentes tiene más alta probabilidad de morir antes. La combinación de tratamiento antirretroviral que reduzca la carga viral

plasmática de forma estable por debajo de las 50 copias/mL ha sido responsable del declive de la mortalidad por SIDA en los últimos tres años. En la actualidad se consideran factores de pronóstico negativos la aparición de cualquier afectación neurológica directa por el virus y la existencia de una enfermedad tumoral. Una elevación de la carga viral empeora el pronóstico e indica un aumento de la replicación del virus por incumplimiento de los tratamientos preventivos y un fracaso de los antivirales, así como la aparición de resistencias en el virus.

Poliulceración con inmovilismos irreversibles

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud y de su calidad de vida, ya que determina el grado de independencia.

Muchas enfermedades comunes son con frecuencia causa de inmovilidad:

1. Enfermedades reumatológicas: artrosis/artritis, osteoporosis/fracturas, polimialgia.
2. Enfermedades neurológicas: evento cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, hidrocefalia normotensiva, neuropatías periféricas, deficiencias neurosensoriales, demencias.
3. Enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, hipotensión ortostática.
4. Enfermedades respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencias respiratorias restrictivas.
5. Neoplasias en fase terminal.

En las residencias asistidas la mortalidad de los pacientes con deterioro funcional alcanza hasta 50% en un plazo de seis meses. El anciano inmovilizado tiene un alto riesgo de aparición de complicaciones médicas, en especial de las úlceras por presión, más aún si es dependiente en las actividades básicas de la vida diaria. El mejor tratamiento de la inmovilidad es una prevención precoz e intentar ante todo cuadro de inmovilidad un programa de reentrenamiento, sobre todo si es debida a desuso.

Las úlceras por presión mantenida se producen en la mitad de los pacientes encamados mayores de 70 años de edad. Tienen una importante influencia sobre la imagen corporal y su adaptación a la enfermedad y se asocian a importantes complicaciones, como la infección local y la sepsis, que pueden aumentar la mortalidad hasta 50%.

La úlcera es toda lesión que aparece en cualquier parte del cuerpo que sufre o sobre la que se ejerce una presión prolongada sobre un plano duro, independiente de la posición en la que permanezca el paciente. Además de la presión mantenida, el paciente encamado recibe el efecto de fuerzas indirectas de fricción o rozamiento.

La primera aumenta cuando la cabecera de la cama está elevada por encima de 30°, lo que a su vez permite la aparición de una fuerza de deslizamiento hacia los pies. Como factores de riesgo para la producción de úlceras se puede citar la edad avanzada, la sequedad de la piel, la falta de elasticidad, la disminución de la grasa subcutánea, la inmovilidad o la permanencia prolongada en cama por fracturas, espasticidad, contracturas, pérdida de sensibilidad, enfermedades neurológicas —como estados comatosos—, alteraciones de la circulación, problemas respiratorios, problemas endocrinos (diabetes, obesidad, malnutrición), hipoalbuminemia, incontinencia, tratamientos con agentes corticoides, afecciones mecánicas y diversos factores psicosociales (depresión, soledad, deterioro de la propia imagen, falta de higiene); es decir, una gran cantidad de situaciones para tener en cuenta en la prevención de dichas úlceras, pues el hecho de que un paciente esté en fase terminal no implica que se deba claudicar ante el objetivo de evitar la aparición de úlceras por presión.

CRITERIOS DE REFERENCIA A UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Este trabajo está enfocado en esclarecer el método de referencia a un equipo especializado, dejando de lado el primero y el segundo niveles de atención, que son tema de múltiples publicaciones al

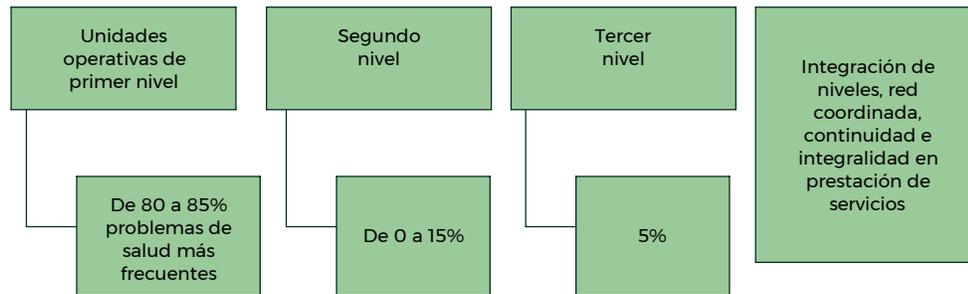


Figura VI-4. Tomada de la referencia 10.

respecto, ya que al ser parte de un abordaje integral existen discusiones acerca de la pertinencia de ofrecerlos, pues intervienen factores como la precisión en el diagnóstico, el uso adecuado de los recursos hospitalarios (procedimientos quirúrgicos, valoraciones por parte de especialistas, estudios de imagen y de laboratorio, entre muchos otros), los aspectos bioéticos, etcétera. Lo que se aborda en este trabajo son las consideraciones a tomar en cuenta por los médicos de otras especialidades no familiarizados ampliamente con los cuidados paliativos para referir adecuadamente a los pacientes que así lo requieran a un hospital general de tercer nivel de atención (figura VI-4).

Detección de los pacientes para su referencia

Entre los aspectos (físicos, psicológicos, del equipo médico) a tomar en cuenta en la evaluación inicial de un paciente, en el que se desee solicitar una valoración por parte del equipo de cuidados paliativos, no hay que olvidar los factores básicos que se realizan aplicando diferentes escalas; la comúnmente inicial es la que valora la esfera de la funcionalidad y la actividad física, ya que ésta junto con la independencia funcional son prioridades importantes para los pacientes con enfermedades avanzadas en su lucha por mantener una vida lo más cercana a la normalidad.

Algunas de las más comunes y las utilizadas en la unidad de cuidados paliativos del Hospital Central Militar son:

- Índice de Karnofsky.
- Escala de estado funcional del *Eastern Cooperative Oncology Group*.
- Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton.
- Escala diagnóstica del *delirium* (*Confusion Assessment Method*).

Como se mencionó, el abordaje de cuidados paliativos en un tercer nivel de atención por parte de un equipo especializado requiere una adecuada referencia y la aplicación de múltiples instrumentos de evaluación que finalmente orientan acerca de la necesidad del abordaje por parte del especialista en la materia. La *National Comprehensive Cancer Network* indica que el abordaje por parte de un especialista en cuidados paliativos es pertinente cuando existe uno o más de los criterios que se muestran en el cuadro VI-9 y las figuras VI-5 y VI-6. Existen también otros instrumentos que abordan el momento de referencia al Servicio de Cuidados Paliativos, como el instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios sociales y de salud, creado por el Departamento de Salud de Cataluña, que basado en las necesidades paliativas evaluó 10 rubros de selección, comenzando con la “pregunta sorpresa”, la cual se le plantea al equipo médico tratante: “¿Le sorprendería que su paciente falleciera en los próximos 12 meses?” Si la respuesta a esta primera pregunta es negativa, pero la respuesta es positiva en el resto de los rubros, el paciente es candidato al abordaje. Los criterios restantes, de acuerdo con la última versión de 2016 se agrupan en las siguientes categorías:



Cuadro VI-9. Características del paciente

- Paciente con diagnóstico amenazante para la vida
- Opciones limitadas de tratamiento antineoplásico, debido a:
 - Acceso limitado al tratamiento antineoplásico
 - Enfermedad avanzada
 - Comorbilidades múltiples o severas
 - Declive funcional rápido o pobre estado funcional
- Necesidad de establecer objetivos de tratamiento
- Negativa a comunicar las directrices anticipadas
- Alto riesgo de pobre control del dolor a pesar del tratamiento convencional, ejemplo:
 - Dolor neuropático
 - Dolor irruptivo o incidental
 - Dolor severo asociado a angustia/sufrimiento psicosocial o familiar
 - Escalamiento rápido de dosis de opioide
 - Alergias medicamentosas múltiples o historia de efectos adversos múltiples relacionados con el dolor o el tratamiento sintomático
- Preocupación acerca del abuso de drogas o alcohol
- Sobrecarga elevada de síntomas no relacionados con el dolor, especialmente los refractarios al tratamiento convencional
- Sufrimiento o angustia elevados
- Visitas frecuentes al departamento de urgencias
- Necesidad de cuidado en una unidad de terapia intensiva (especialmente si involucra falla multiorgánica o soporte mecánico prolongado)
- Barrera en la comunicación
 - Lenguaje
 - Alfabetismo
 - Discapacidad
- Solicitud del paciente de adelantar la muerte

Tomado de la referencia 10.

1. Demanda o necesidad de la atención médica, la primera realizada por los familiares y la segunda detectada por el equipo de salud.
2. Indicadores generales de severidad y progresión: declive funcional, nutricional o cognitivo en los últimos seis meses. Son persistentes, progresivos y no se relacionan entre sí (p. ej., dismi-

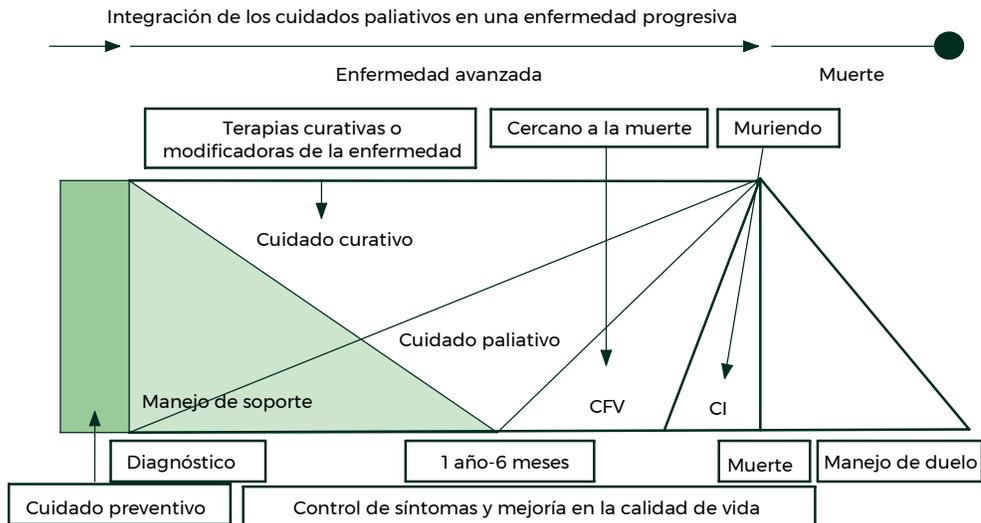


Figura VI-5. CFV: cuidado al final de la vida; CI: cuidado integral. Tomado del Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. DOF 2018.

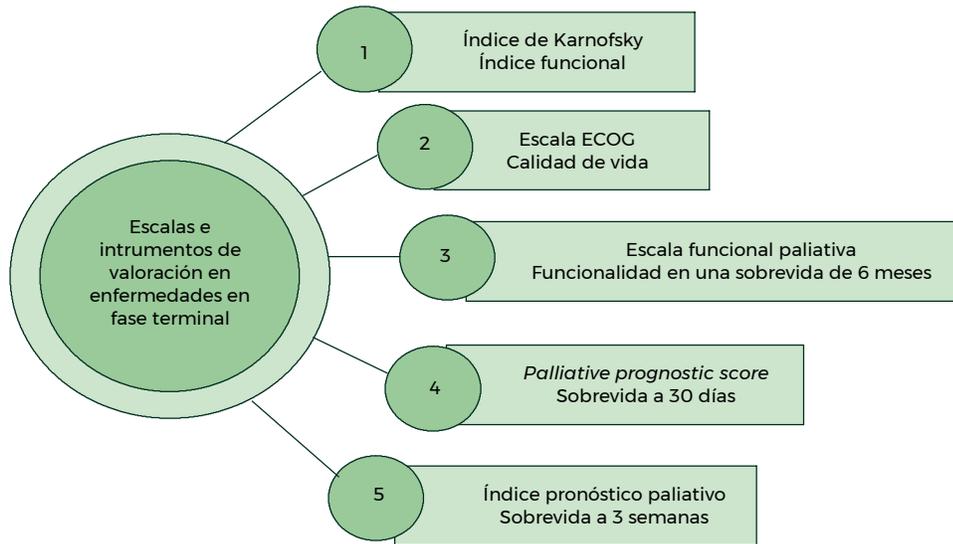


Figura VI-6. Tomada de la información captada en la referencia 2. ECOG: *Eastern Cooperative Oncology Group*.

- nución del puntaje de la escala funcional, del índice de Karnofsky, índice de Barthel, pérdida de peso < 10 kg, disminución en la calificación del *test* minimal de al menos cinco puntos).
3. Dependencia severa de acuerdo con las escalas funcionales específicas (p. ej., índice de Karnofsky).
 4. Síndromes geriátricos recurrentes o persistentes.
 5. Síntomas persistentes o refractarios al tratamiento (dolor, disnea, *delirium*, náusea, etcétera).
 6. Aspectos psicosociales (p. ej., vulnerabilidad social, distrés del paciente/familia/cuidador).
 7. Multimorbilidad (p. ej., enfermedades coexistentes avanzadas).
 8. Uso recurrente de recursos médicos y hospitalarios (visitas frecuentes a urgencias en el último mes).
 9. Indicadores específicos (cáncer avanzado, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, demencia, enfermedades neurodegenerativas, etcétera).

Es muy importante recalcar que las situaciones en que sea necesario el abordaje paliativo no contraindican ni limitan las medidas de tratamiento específico de la enfermedad si éstas están indicadas o pueden mejorar el estado y/o la calidad de vida de los pacientes. No sirve para determinar el pronóstico ni la supervivencia, ni para rechazar medidas terapéuticas curativas (cuadro VI-9).

La detección de un paciente paliativo es compleja y variada, y requiere enfoques múltiples; el mero diagnóstico de enfermedad avanzada no es suficiente si no se toman en cuenta todos los aspectos que conforman al paciente. La finalidad de los cuidados paliativos no es curar la enfermedad, sino aliviar los síntomas que causa y mejorar de forma general la calidad de la vida de los pacientes y sus familiares. Pueden ayudar a los pacientes a vivir lo más confortablemente y son una necesidad humanitaria urgente para las personas con cáncer u otras enfermedades crónicas mortales; se necesitan sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de pacientes cuya enfermedad se encuentra en fase avanzada y tienen pocas probabilidades de curación, por lo que es necesaria su adecuada identificación para optimizar los recursos hospitalarios tanto humanos como materiales (figura VI-7).



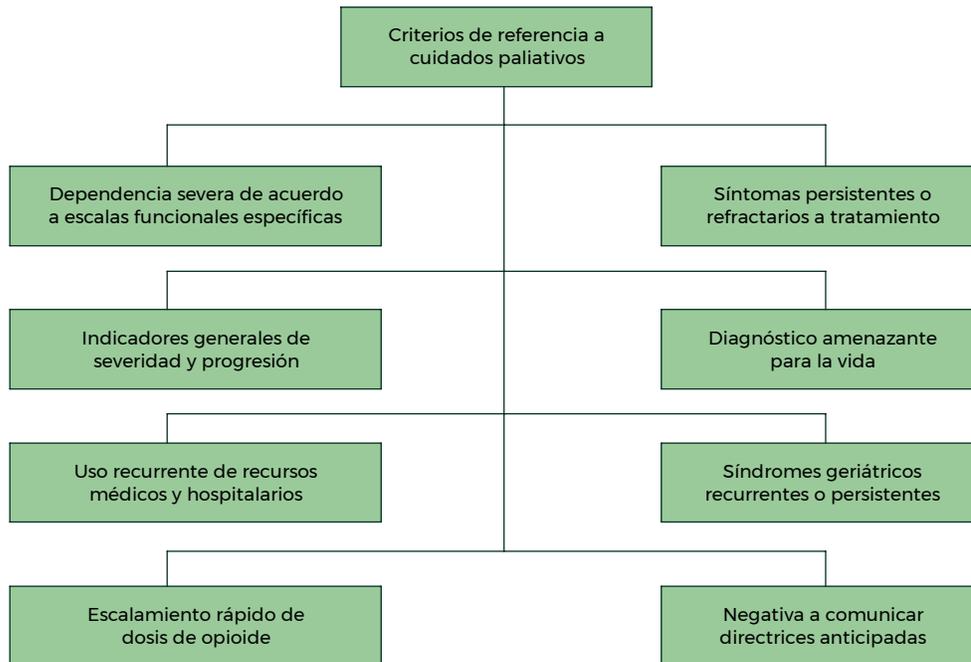


Figura VI-7. Tomada de de la referencia 10.

CONCLUSIONES

Finalmente se concluye que la enfermedad crónica en fase terminal se presenta en un número importante de personas, asociada a síntomas multifactoriales que involucran a la familia y la sociedad. Las enfermedades de causa no oncológica en este estado son más frecuentes y de mayor duración que las oncológicas; muchas veces están relacionadas con más de una causa. En la literatura científica existen diversas definiciones y se investiga mucho acerca de los instrumentos de detección y las escalas de pronóstico, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y de vida del paciente y su entorno, por lo que es necesario que el sistema de salud se adapte a estos importantes cambios.

Todos los instrumentos y las escalas presentados toman en cuenta los aspectos clínicos, sociales, psicológicos y emocionales de los pacientes y su entorno, ofreciendo una amplia gama de criterios de selección para referir adecuadamente al paciente a un equipo especializado en un tercer nivel de atención médica; sin embargo, las interrogantes que pueden surgir al pensar en enviar a cuidados paliativos son: ¿en verdad los profesionales de la salud están familiarizados con abordajes médicos que se enfocan en no en curar, sino en acompañar y confortar?, ¿se debe inculcar la ideología de los cuidados paliativos desde la formación básica o esperar hasta los posgrados médicos?, ¿cuál es el límite ético entre el encarnizamiento terapéutico y el enfoque meramente de confort?, ¿el equipo de salud está listo para enfrentarn su propia mortalidad al ayudar a otros en la última etapa de su vida? La respuesta a estas preguntas está fuera del alcance de este trabajo, dejando la puerta abierta a futuras investigaciones.

REFERENCIAS

1. Consejo de Salubridad General: *Guía de manejo integral de cuidados paliativos*. México, 2018
2. *Guía de práctica clínica. Cuidados paliativos en pacientes adultos. Evidencias y recomendaciones*. México, IMSS, 2017.
3. **Amado J, Oscanoa T**: Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horiz Med (Lima)* 2020;20(3).
4. **Connor SR, Sepúlveda BMC**: *Global atlas of palliative care at the end of life*. Londres, Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2014.
5. **Salas CT, Vicente SF, Valentín MV, de Miguel Sánchez C, Sanz LIB et al.**: *Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid*. Madrid, 2008.
6. **Pastrana T, de Lima L, Wenk R, Eisenchlos J, Monti C et al.**: *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*, Houston, IAHP Press, 2012.
7. **Amado JP, Vásquez R, Huari RW, Sucari A, Oscanoa T**: Patients with end-stage oncologic and non-oncologic disease in emergency service of an Urban Tertiary Hospital. *Indian J Palliat Care* 2018;24(1):25-27.
8. **Navarro SR, Valls RM, Castellano VE**: Atención a pacientes crónicos avanzados no oncológicos con necesidad de cuidados al final de la vida en un hospital de media y larga estancia. *Medicina Paliativa*. 2011; 18(2):54-62.
9. **Sánchez IM**: *Factores pronósticos de terminalidad no oncológica en cuidados paliativos*. Tesis. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, 2013.
10. **Babarro AA, Cano LR, Aguilar AG**: Criterios de selección de pacientes con enfermedades no oncológicas en programas y/o servicios de cuidados paliativos. *Med Paliativa* 2010;17(3):161-171.
11. Sociedad Española de Cuidados Paliativos: *Guía de cuidados paliativos*. 2014.
12. **Alonso JP**: Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Cien Saúde Coletiva* 2013;18(9):2541-2548.





IMSS

CAPÍTULO VII

**Introducción a la guía de manejo paliativo en el
paciente terminal del Consejo de Salubridad General**

Nayeli Guadalupe Magaña Camacho



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida sana de las personas nacidas en 2015 es de 63.1 años a nivel mundial: 64.6 años para las mujeres y 61.5 años para los hombres.¹

La dinámica demográfica, la evolución y la modernización del sistema de salud mexicano en la última década muestran un aumento de la esperanza de vida, que en 1990 fue de 70.93 años y llegó a 75.49 años en 2022.²

La tasa de defunciones registradas de enero a marzo fue de 19.9, por lo que disminuyó 9.4, en comparación con el periodo de 2021, que fue de 29.3.³

El envejecimiento poblacional supone un aumento de la participación de los adultos mayores en la conformación de la población, evidenciando una tasa de crecimiento mayor de 4% anual que la llevará a constituir aproximadamente la cuarta parte de la población nacional en 2050.⁴

Derivado de la mejora en las condiciones de salud en México y del incremento de la esperanza de vida, las enfermedades crónicas que implican padecimientos de larga duración con una progresión generalmente lenta constituyen la principal causa de muerte, a pesar de las defunciones ocasionadas por la pandemia por COVID-19. Durante el periodo de enero a junio de 2022 las cuatro principales causas de muerte a nivel nacional fueron las enfermedades cardíacas (20%), el COVID-19 (18%), la diabetes mellitus (14%) y los tumores malignos (7.6%).³

De acuerdo con la OMS, el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo. En 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, teniendo como factores de riesgo el tabaquismo, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física; es de especial importancia mencionar que más de 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países con ingresos económicos bajos y medios.¹

En México, igual que en otros países de ingresos medios, el mayor énfasis en los programas contra el cáncer están orientados a la prevención y el tratamiento; sin embargo, la mayor parte de las neoplasias son diagnosticadas en etapa avanzada, lo que disminuye las posibilidades de curación, obteniendo altos costos para su diagnóstico, tratamiento y un mayor sufrimiento de los pacientes y sus familiares.⁵

El diagnóstico tardío y el deseo de recibir tratamiento curativo, sin importar si este aporta beneficio, en algunos casos excluyen la implementación de un manejo de cuidados paliativos oportuno.⁶



Es sabido que los pacientes del área paliativa presentan múltiples síntomas que pueden ser aliviados con intervenciones apropiadas, mejorando la atención de las personas en fase avanzada y terminal, por lo que es un elemento esencial de calidad de la atención para el sistema de salud.⁵

La OMS define los cuidados paliativos como “Los cuidados activos y totales que se brindan a los pacientes con enfermedad que no responde al tratamiento curativo, con el objetivo de proporcionar calidad de vida, evitando el sufrimiento en el paciente y su familia”. Considera que la calidad de vida ocurre a partir del control del dolor y la sintomatología de la enfermedad terminal, brindando psicoterapia y apoyo espiritual para los pacientes y los familiares.¹

Mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos es el objetivo primordial de los cuidados paliativos, ya que permite analizar la toma de decisiones, influye en los estudios de sobrevida y evalúa el costo-beneficio y el apoyo familiar. La OMS en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud han establecido los cuidados paliativos como un programa prioritario, principalmente en el tratamiento del cáncer.⁷

La 67ª Asamblea Mundial de la Salud para el Fortalecimiento de los Cuidados Paliativos hace énfasis en la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización internacional, pues garantiza el suficiente acceso a esas sustancias con fines médicos y científicos fabricadas con elementos fiscalizados, entre otros, y analgésicos opioides, como la morfina, y en la orientación de la OMS acerca de la forma de garantizar el equilibrio de las políticas nacionales sobre sustancias fiscalizadas: orientación para la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos fiscalizados.⁸

Actualmente más de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año, por lo que se prevé que la necesidad de ellos crecerá debido al envejecimiento de las poblaciones y al aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas a nivel mundial, teniendo en cuenta la importancia de los cuidados paliativos para los niños y reconociendo que los Estados miembros deberían contar con estimaciones de las cantidades de medicamentos sometidos a fiscalización internacional que se necesitan.⁸

Un paciente candidato a recibir cuidados paliativos cursa con una enfermedad o condición avanzada crónica e incurable que puede incluir trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos, degenerativos y oncológicos independientemente del pronóstico de sobrevida.⁹

En el país un gran porcentaje de pacientes con enfermedades no transmisibles en fase avanzada podrían aliviar su sufrimiento y mejorar la calidad de vida al incorporar la medicina paliativa a la atención médica, considerando que la enfermedad terminal se manifiesta como un padecimiento avanzado, progresivo e incurable, sin respuesta al tratamiento específico, con síntomas multifactoriales y pronóstico de vida limitado. Cuando no existen posibilidades de curación los cuidados paliativos son la mejor opción.⁶

GENERALIDADES

El médico proporcionará los cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico del estado terminal de la enfermedad y se le haya informado al paciente que las opciones que existen consisten en cuidados paliativos, respetando su decisión (Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, capítulo IV artículo 166 bis 9) y solicitando el consentimiento informado del paciente por escrito ante dos testigos para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal. Suspender un tratamiento es la opción más razonable no sólo por la falta de eficacia demostrada o esperada de un fármaco o intervención, sino por las posibles consecuencias, que pueden volver aún más sombríos la situación y el pronóstico médico del paciente.⁹

En el pasado se decía que el territorio para cuidados paliativos era sólo del médico especialista; sin embargo, en la NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos en los puntos 5.6 y 5.7 se menciona que el médico tratante es el

responsable de prescribir y explicar el plan de cuidados paliativos de manera clara al paciente y familiar o tutor, así como informar acerca de los beneficios esperados con la aplicación de ellos.¹⁰

Según el artículo 166 bis 1 de la Ley General de Salud:

- I. Enfermedad en estado terminal: todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado, con un pronóstico de vida para el paciente menor de seis meses.
- II. Cuidados básicos: higiene, alimentación e hidratación, y en su caso manejo de la vía aérea permeable.
- III. Cuidado paliativo: cuidado activo y total de las enfermedades que no responden al tratamiento curativo. Implica el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.
- IV. Paciente en situación terminal: persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible, con un pronóstico de vida menor de seis meses.
- V. Obstinación terapéutica: adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía.
- VI. Medios extraordinarios: constituyen una carga demasiado grave para el paciente, cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; se podrán valorar estos medios en comparación con el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello.
- VII. Medios ordinarios: son útiles para conservar la vida del paciente en situación terminal o para curarlo, y no constituyen para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener.
- VIII. Muerte natural: proceso de fallecimiento natural de un paciente en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y espiritual en su caso.
- IX. Tratamiento del dolor: medida proporcionada por los profesionales de la salud orientada a reducir el sufrimiento físico y emocional producto de una enfermedad terminal, con el fin de mejorar la calidad de vida.¹¹

Criterios de terminalidad

La enfermedad terminal es definida por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos como “la enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y en la que concurren numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que produce un gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo sanitario, muy relacionados con la presencia, explícita o no, de muerte y con un pronóstico de vida menor de seis meses”.¹²

La enfermedad oncológica en fase terminal es el cáncer con diagnóstico histológico demostrado en estadio clínico IV, metástasis cerebral, medular, hepática o pulmonar múltiple, que ha recibido terapéutica estándar eficaz y/o se encuentra en situación de escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico.¹³

Se entiende por enfermedad no oncológica en fase terminal la enfermedad o insuficiencia crónica irreversible de un órgano, independientemente de la causa primigenia que la originó, en el estadio más avanzado y sin respuesta al mejor tratamiento disponible.¹³

Fases de la evolución de la enfermedad progresiva

Es indispensable integrar la atención paliativa durante cada fase de la enfermedad, de tal manera que el paciente reciba atención oportuna y de calidad hasta el final de la vida (figura VI-5 en la página 65). Así, el manejo debe consistir en:

1. Intención curativa.
2. Soporte sintomático.



3. Cuidados paliativos.
4. Paciente cercano a la muerte.
5. Agonía.
6. Manejo del duelo. Lo más importante es que se incluye al manejo de soporte de forma conjunta en la atención del paciente con enfermedad avanzada.⁶

GENERALIDADES SOBRE EL ABORDAJE DE LOS SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

De acuerdo con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, se debe aplicar los siguientes principios:

1. Evaluar antes de tratar, prestando atención al mecanismo fisiopatológico. Además evaluar la intensidad, el impacto físico y emocional, y los factores que provoquen o aumenten cada síntoma.
2. Explicar las causas de estos síntomas en términos que el paciente comprenda, así como las medidas terapéuticas.
3. La estrategia terapéutica a aplicar siempre será mixta, en general de la situación de enfermedad terminal y específica para cada síntoma, apoyándose de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Además se deben fijar los plazos para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que puedan aparecer.
4. Monitoreo de los síntomas mediante el uso de instrumentos de medida estandarizados y esquemas de registro. Esto ayuda a puntualizar los objetivos, sistematizar el seguimiento y mejorar la terapéutica al poder comparar resultados.
5. Atención a los detalles para optimizar el grado de control de los síntomas y minimizar los efectos secundarios adversos de las medidas terapéuticas que se aplican.¹²

La valoración del dolor necesita una evaluación completa y multidisciplinaria para determinar la causa y medir la intensidad. Para su manejo se recomienda la escalera analgésica, que en el primer escalón indica antiinflamatorios no esteroideos para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides; el segundo escalón de la escalera recomienda opioides débiles para los dolores moderados; en el tercer escalón de la escalera analgésica se utilizan opioides fuertes para dolor severo; y el cuarto escalón incluye técnicas intervencionistas. Es importante mencionar que la terapia adyuvante se debe incluir en cualquier escalón de acuerdo con el tipo de dolor presentado.¹⁴

En la atención al dolor en cuidados paliativos se recomienda realizar una evaluación integral, teniendo en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión en el paciente y su familia. Para valorar el dolor se recomienda el uso de escalas validadas, como la escala visual análoga o el cuestionario breve del dolor. La evaluación del dolor y la eficacia del tratamiento deben ser continuas y requieren ser documentadas y efectuadas en intervalos regulares, y después de iniciar el tratamiento; se debe instruir a los pacientes para informar acerca de algún cambio en las características del dolor para permitir así una reevaluación apropiada y la consiguiente modificación del tratamiento.⁹ La anorexia se define como la incapacidad del paciente para comer normalmente, cuya causa principal es la propia carga tumoral, aunque también influyen el miedo al vómito, la saciedad precoz, la disfunción autonómica, el estreñimiento, el dolor y la fatiga, las alteraciones bucales, la hipercalcemia, la ansiedad y la depresión, así como los efectos secundarios del tratamiento. El tratamiento consiste en medidas generales y farmacológicas, como esteroides en dosis bajas y acetato de megestrol.¹⁵

Los pacientes con tos en cuidados paliativos requieren una evaluación individualizada para diagnosticar y tratar las causas específicas de la tos. En el caso del cáncer pulmonar debería valorarse

la quimioterapia paliativa. Para la elección de fármacos, se recomienda evaluar otros síntomas acompañantes (dolor, disnea), el uso previo de opioides, las posibles interacciones farmacológicas y la vía de administración.⁹

La náusea y el vómito se presentan en 30 a 40% de los pacientes en fase terminal. Sus causas pueden consistir en iatrogenia (opioides), alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hiponatremia), obstrucción intestinal e hipertensión endocraneal; el tratamiento consiste en medidas generales y agentes antieméticos.¹⁶

El estreñimiento es un síntoma que aparece hasta en 90% de los pacientes terminales. Sus causas principales son inactividad, deshidratación, alteraciones metabólicas, fármacos (opioides, anticolinérgicos) y factores propios del tumor o del tratamiento. El tratamiento incluye prevención, medidas no farmacológicas y empleo de laxantes.¹⁶

FUTILIDAD TERAPÉUTICA

El término se refiere a una intervención dirigida hacia un paciente gravemente enfermo con poca o ninguna posibilidad de mejoría. Por futilidad se entiende la intervención médica excesiva (en cuanto a esfuerzo y recursos), con pocas oportunidades de modificar el resultado clínico final de un paciente. En este caso lo más razonable es suspender cualquier terapéutica por la carencia evidente de éxito de tal acción o medicación, y así evitar posibles efectos indeseables.⁶

PRINCIPIO DE DOBLE EFECTO

En el artículo 166 bis 16 de la Ley General de Salud se especifica que los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un paciente en situación terminal, aun cuando con ello se pierda el estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor o cualquier otro síntoma refractario del paciente.¹¹

MODELO DE ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los modelos de atención de los cuidados paliativos constituyen el conjunto de actuaciones dirigidas a dar una respuesta integrada a las necesidades físicas, psicoemocionales, familiares, espirituales y sociales del paciente paliativo y su familia. Estos cuidados deben ser administrados por cualquier profesional de la salud que tenga contacto con estos casos y por equipos específicos en situaciones complejas (figura VII-1).

La figura VII-2 representa un modelo gráfico que integra los tres niveles de atención e involucra la participación de los servicios hospitalarios, de urgencias y ambulatorios, así como atención domiciliaria. El flujo de la atención es bidireccional y no tiene una entrada o salida específica, pero la atención en el primer nivel de atención debe ser considerada de manera prioritaria. Los cuatro servicios pueden realizar el diagnóstico, la evaluación y el seguimiento del paciente. El tránsito del paciente entre los servicios ambulatorios, hospitalarios y domiciliarios dependerá de la presencia o ausencia de los síntomas refractarios.⁶

El Instituto Mexicano del Seguro Social implementa procesos para el cuidado de pacientes paliativos en los tres niveles de atención.

El primer nivel de atención está constituido por la Unidad de Medicina Familiar, que brinda atención mediante médicos familiares; el segundo nivel de atención lo constituyen los Hospitales Generales Regionales y los Hospitales Generales de Zona a cargo de médicos internistas, enfermeras y trabajadoras sociales, además de los grupos ATHODO (Atención Hospitalaria Domiciliaria). El tercer nivel está constituido por las Unidades Médicas de Alta Especialidad, como el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI", que cuenta con la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.



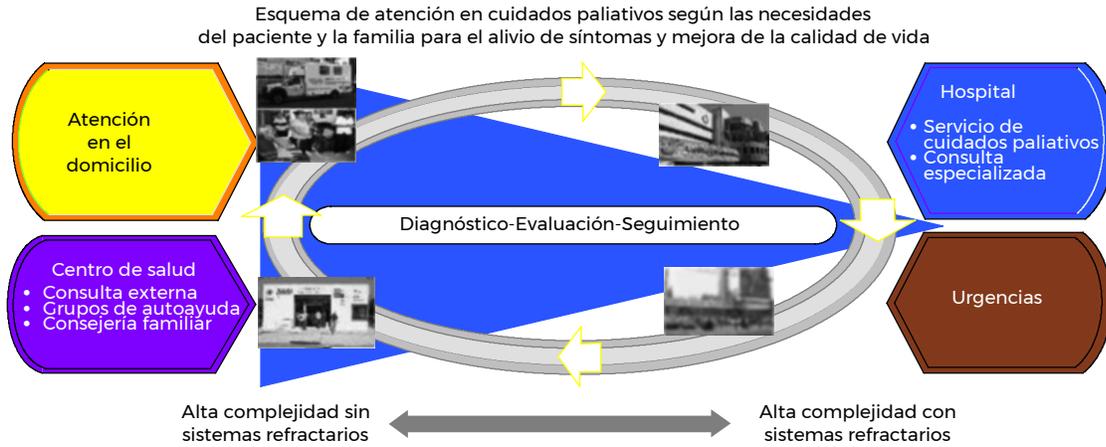


Figura VII-1. Modelo de atención en cuidados paliativos. Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Secretaría de Salud Departamento de Cuidados Paliativos de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

tivos donde son tratados los pacientes con dolor de severa intensidad que no respondieron a los tratamientos previamente brindados y los síntomas de difícil control, así como los ámbitos espiritual y psicológico, a través de un equipo multidisciplinario. La clínica está a cargo del Dr. José de Jesús Salvador Villafaña Tello como Jefe de Servicio y de la Dra. Sonia Daniela Morales Escareño

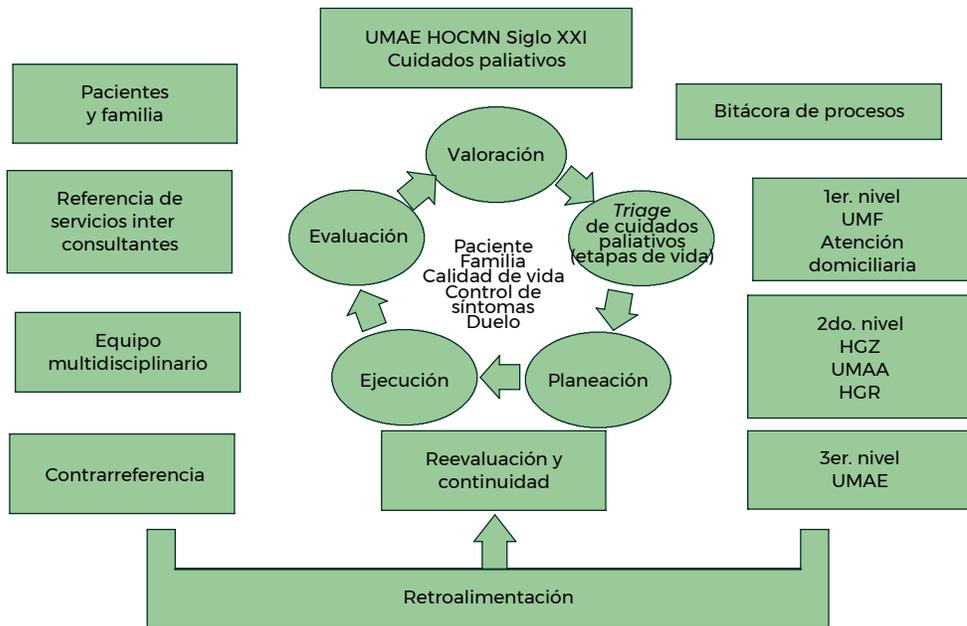


Figura VII-2. Modelo de cuidados paliativos en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAe) del Centro Médico Nacional (CMN) "Siglo XXI". HO: Hospital de Oncología; UMF: Unidad de Medicina Familiar; HGZ: Hospital General de Zona; HGR: Hospital General Regional; UMAA: Unidad Médica de Atención Ambulatoria. Tomada de la referencia 18.

como médica adscrita, además de ser la profesora titular del Curso de especialización de medicina paliativa.¹⁹

FUNCIONES DE LOS EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

La intervención de los equipos especializados específicos se debe basar en los principios de calidad (efectividad y eficiencia), la ética médica y el trato humanitario. Prioritariamente se debe enfocar en la atención paliativa de los casos de mediana y alta complejidad y proporcionar asesoría para el control y el seguimiento de los pacientes paliativos en el primer nivel de atención.¹⁹

El modelo de atención paliativa debe proporcionar de manera segura opioides y garantizar que el suministro esté disponible de forma continua y constante sin distinciones para satisfacer las necesidades de los pacientes, siguiendo los principios del equilibrio a través de regulaciones, políticas y recomendaciones vigentes a nivel nacional.¹⁹

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: *La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias*. Comunicado de prensa. Ginebra, 2016.
2. Consejo Nacional de Población: *Indicadores demográficos básicos 1950-2050*.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía: *Estadísticas a propósito del día mundial de la población. Datos nacionales*. Comunicado de prensa Núm. 358/22. 2022:1-6.
4. **Villagómez O**: Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. En: Consejo Nacional de Población: *La situación demográfica de México 2009*. México, CONAPO, 2009.
5. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. *DOF*, 2014.
6. Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos *DOF*, 2018.
7. **González C, Méndez J et al.**: Cuidados paliativos en México. *Rev Méd Hosp General Méx* 2012;75(3).
8. 67ª Asamblea Mundial de la Salud. *Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*, 2014.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social: *Guía de práctica clínica. Cuidados paliativos en pacientes adultos. Evidencias y recomendaciones*. México, IMSS, 2017.
10. *Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos*.
11. Ley General de Salud. Artículo 166 bis. *DOF*, 2009.
12. Sociedad Española de Cuidados Paliativos: *Guía de cuidados paliativos*. 2014.
13. **Amado J, Oscano T**: Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horiz Med (Lima)* 2020.
14. Ministerio de Salud Pública: *Tratamiento del dolor oncológico en adultos. Guía de práctica clínica*. Ecuador, 2017.
15. **Ruiz V et al.**: Acetato de megestrol: una revisión sistemática de su utilidad clínica para la ganancia de peso en los enfermos con neoplasias y caquexia. *DARE*, 2002.
16. **Galve CE**: *Manejo de los síntomas más frecuentes en cuidados paliativos*. 2004.
17. **Villafaña JJ**: *Foro Internacional "Promoviendo las oportunidades de los cuidados paliativos en México: calidad de vida y control del dolor"*. México, 2013.
18. **Villafaña JJ, Pérez ML**: *Modelos de atención en cuidados paliativos IMSS. Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos*. Consejo de Salubridad General, 2017.
19. **Knaul MF et al.**: Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief an imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. *Lancet* 2018;391(10128):1391-1454.







CAPÍTULO VIII

Pasos para el abordaje de malas noticias

José Roberto Serrano Cuéllar



INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos surgieron ante las necesidades de atención de los pacientes con enfermedades potencialmente mortales y sus familiares; pueden ocurrir en el domicilio y dentro del sistema de salud en las unidades médicas de primero, segundo y tercer niveles de atención, así como en los centros para pacientes terminales. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida a través del alivio al sufrimiento físico, psicosocial, emocional y espiritual. Es una labor que no solamente se limita al médico, sino que es extensiva a muchos tipos de profesionales sanitarios y voluntarios; se consideran beneficiosos para los sistemas de salud porque reducen la tasa de hospitalizaciones innecesarias evitando la sobrecarga de servicios y el mejor aprovechamiento de recursos. No obstante, de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud, anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, de las cuales 39% tienen enfermedades cardiovasculares, 34% padecen cáncer, 10% sufren neumopatías crónicas, 6% tienen VIH/SIDA y 5% sufren diabetes mellitus. Desgraciadamente 86% de las personas que precisan cuidados paliativos no tienen acceso a ellos, 83% de la población a nivel mundial no tiene acceso a tratamientos para manejo del dolor y 98% de los niños que requieren este tipo de atención viven en países subdesarrollados. Hay una gran brecha entre las necesidades de atención y la verdadera cobertura en el ámbito de la medicina paliativa; una parte importante de la labor en cuidados paliativos es el acompañamiento, así como el adecuado abordaje de las malas noticias, lo cual es el tema central del presente capítulo.¹

¿QUÉ ES UNA MALA NOTICIA?

Es frecuente que los médicos, los pacientes y los familiares se introduzcan en la fase terminal mediante una conversación en la que se tiene que informar sobre lo sombrío del diagnóstico o de la ausencia de tratamientos curativos para el proceso que sufre el paciente. Tarde o temprano para el clínico llega el momento de dar un diagnóstico de cáncer o explicarle al paciente o a su familia que la enfermedad pulmonar o cardíaca que padece no va a mejorar. La experiencia, por la propia naturaleza de la conversación, puede resultar desagradable o estresante tanto para el profesional como para el paciente o sus familiares. Además, si es poco hábil al informar las malas noticias, se puede generar un sufrimiento añadido para el paciente o su familia y, como consecuencia, deterio-



rar la relación futura con el profesional que dio las malas noticias. Por el contrario, saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional en el paciente en el momento de ser informado, permitiendo que vaya asimilando la nueva realidad poco a poco y al mismo tiempo se afiance la relación personal sanitario-paciente.²

La variedad de posibles malas noticias es realmente amplia en el ejercicio de las profesiones sanitarias. Las malas noticias pueden asociarse a diagnósticos menos “severos”, como enfermedades crónicas, como la diabetes; a incapacidades o pérdidas funcionales (como impotencia); a un tratamiento cruento, doloroso o exigente; o incluso a información que para el médico es aparentemente banal o neutra.

Puede ser que el diagnóstico simplemente llegue en un momento inoportuno, como una angina inestable que precisa intervención quirúrgica justo la semana antes de que se case una hija, o puede ser que la prueba de esfuerzo persista positiva a pesar del tratamiento, o quizá el albañil de mediana edad reciba un diagnóstico incompatible con el desempeño de su trabajo. A veces una fractura de tobillo es una mala noticia porque impide realizar el viaje que hacía tiempo que el paciente llevaba planeando.²

La mala noticia tiene al menos un componente objetivo (la “severidad” de la mala noticia a la que se hace referencia cuando se informan enfermedades “graves”) y otro componente subjetivo que depende del propio paciente. Por ello los pacientes responden a las malas noticias influidos en gran medida por el contexto psicosocial en el que viven. No es de extrañar que las malas noticias sean recibidas de diferente manera por cada persona.

Las reacciones a la mala noticia dependen también de la edad, las obligaciones personales y familiares, la experiencia previa de enfermedad, los valores, las creencias, etcétera, del paciente. Podríamos concluir que una mala noticia, en definitiva, es un conflicto entre las expectativas que tenía el paciente antes de recibirla y las expectativas que ésta le proporciona. No obstante, normalmente una mala noticia suele asociarse a enfermedades como el cáncer o una enfermedad terminal. Algunas definiciones parecen apuntar directamente en esta dirección: “una mala noticia es cualquier información que ensombrece drásticamente las perspectivas de futuro de la persona a la que se informa”. “El 2 de octubre de 1996 salí de mi casa siendo una persona, y cuando volví era otra diferente”. Esta frase, que corresponde al ciclista Lance Armstrong y se refiere al día que le dijeron que tenía un cáncer testicular con metástasis, da idea del impacto que puede producir una mala noticia.²

MODELOS PARA EL ABORDAJE DE MALAS NOTICIAS

Dar malas noticias es inherente a la práctica clínica cotidiana, sin importar el campo de acción del médico, sea de primer contacto, especialista o subespecialista, y el medio en que se desenvuelve, pues es parte del quehacer diario. Constituye una experiencia estresante, complicada y poco confortable que tiene un papel fundamental en el manejo de los pacientes; saber manejar las malas noticias puede disminuir el impacto emocional puesto que permite que la persona vaya asimilando una nueva realidad de forma paulatina, brindándole las herramientas cognitivas y emocionales para enfrentarla.

El éxito de cualquier entrevista clínica radica en la calidad de la comunicación médico-paciente, el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva constituye una de las principales competencias a desarrollar en la formación de un buen médico, puesto que alcanzarla aumenta la precisión diagnóstica y la eficiencia en términos de adherencia al tratamiento y el seguimiento. Para su aprendizaje es necesario tener en cuenta la serie de conocimientos, habilidades y actitudes que deben adquirirse, a la luz de la evidencia científica y sociológica; hoy en día se cuenta con múltiples recursos para su enseñanza y aprendizaje, como la Guía Calgary-Cambridge, que representa un marco de referencia que delinea y organiza las habilidades específicas apoyadas por la investigación para comunicarse de manera efectiva con los pacientes.^{3,4}

La Guía Calgary-Cambridge ha sido utilizada en todos los niveles de educación médica puesto que facilita el desarrollo sistemático de habilidades comunicacionales y sirve como base para ofrecer una retroalimentación estructurada; es importante mencionar que no debe considerarse como una guía rígida, sino como una con considerable flexibilidad que permite ser aplicada en médicos con estilos y personalidades muy diferentes. De forma esquemática, se puede resumir que la guía menciona una serie de tareas involucradas en cualquier entrevista médica: construir la relación, dar estructura a la entrevista, iniciar la entrevista, recoger información, explicar, planificar y por último, cerrar la entrevista (cuadro VIII-1). La construcción de la relación y la estructura de la entrevista deben mantenerse a lo largo de toda la consulta; el resto sigue un orden secuencial, considerando que las habilidades necesarias para cada interacción dependerán de la situación que se enfrente y de los resultados, a veces diferentes, que el médico y el paciente estén tratando de alcanzar.^{4,5}

Uno de los principales retos entre las tareas de comunicación en la consulta es la generación de una relación de confianza, para lo cual serán fundamentales las adecuadas preparación y planificación que incluyan contar con la información correcta y asegurar un ambiente de privacidad. Asimismo, habrá que echar mano de los elementos de la comunicación no verbal, lo que incluye la proximidad y la postura, el contacto visual y la expresión facial, el contacto físico y una buena modulación de los momentos de voz-silencio. Dar malas noticias representa un área especialmente difícil de la comunicación médico-paciente, por lo que es indispensable considerar algunos aspectos adicionales a los ya expuestos.^{4,5}

Hasta hace bien poco tiempo era frecuente no decirle el diagnóstico a los pacientes. En un estudio americano de 1961 se mostró que 88% de los médicos ocultaban sistemáticamente el diagnóstico de cáncer a sus pacientes. En México 20 años después todavía se usaban eufemismos, como “Tiene una inflamación pulmonar crónica” para describir un carcinoma bronquial y se hacían “informes dobles” para ocultar el verdadero diagnóstico. Lo común era “decirle al paciente lo menos posible, lo justo como para que se sometiese al tratamiento”. Se llegaba al extremo de entregar un informe al paciente en el que aparecía la etiqueta de “inflamación crónica” en el lugar destinado al diagnóstico; mientras que el informe destinado a la familia y al médico de cabecera contenía el diagnóstico correcto.^{2,6}

Según las encuestas realizadas en España en la década de 1990, 60% de los entrevistados deseaban que sus familiares fuesen informados en caso de padecer cáncer, pero al preguntarle lo mismo a personas que ya tenían un familiar enfermo de cáncer el porcentaje se elevaba a 73%. Es posible que tanto los médicos como los familiares, guiados por un deseo de protección y con la intención de evitar el sufrimiento de los pacientes, estuvieran tratando de ocultarles una información verdaderamente dolorosa. No obstante, el estudio de Oken también mostraba que la mayor parte de los pacientes querían saber el diagnóstico. Las encuestas más recientes corroboran esta tendencia: 81% de las personas quieren conocer su diagnóstico en caso de padecer cáncer y sólo 9.6% manifiestan que ocultarían a sus familiares un diagnóstico de cáncer. Lo que ocurre es que en las últimas décadas, y en consonancia con los valores sociales imperantes, el modelo paternalista de atención a los pacientes está siendo reemplazado por otros modelos que priman más la autonomía del paciente y su derecho a la información.^{2,6}

En la actualidad se piensa que la información clara y honesta acerca del diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento brindan la oportunidad de que el paciente tome las decisiones sobre su asistencia más acordes a sus valores y objetivos personales. Una persona no informada no puede tomar decisiones adecuadamente, lo que resulta imprescindible ante las crecientes posibilidades de una mayor y más agresiva tecnología diagnóstica y terapéutica de las neoplasias. Además de tomar sus propias decisiones respecto al proceso podrá, si lo desea y/o lo necesita, solucionar otros asuntos de índole laboral, familiar, etcétera. Un importante motivo para informar es el relativo al acompañamiento: si el paciente y su entorno conocen el diagnóstico y el pronóstico de la enfer-

Cuadro VIII-1. Algunas habilidades específicas para cada tarea de la entrevista (adaptada de guías Calgary-Cambridge)⁵

Etapas de la entrevista		Construyendo la relación
Proporcionando estructura		
Avanza de una sección a otra, utilizando enunciados que señalicen cambios o transición	Iniciando la sesión Establece el contacto inicial Saluda al paciente y obtiene su nombre Se presenta, aclara su rol y la naturaleza de la entrevista; obtiene consentimiento si fuera necesario Identifica el (los) motivo(s) de la consulta Identifica los problemas del paciente con preguntas abiertas Escucha atentamente el planteamiento inicial del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta	Demuestra comportamiento apropiado: contacto visual, postura Si lee o toma notas, lo hace de manera que no interfiera con el diálogo o la relación
Está atento a los tiempos y a mantener el foco de la entrevista	Recogiendo información Utiliza preguntas abiertas y cerradas en forma equilibrada Facilita en forma verbal o no verbal las respuestas del paciente Clasifica los enunciados del paciente que no resultan claros o que necesitan ampliación	Acepta la legitimidad del punto de vista y los sentimientos del paciente; no juzga
Durante el examen físico explica el proceso, pide permiso. Estructura la entrevista siguiendo una secuencia lógica	Resume periódicamente para verificar su comprensión Determina activamente la perspectiva del paciente (expectativas, miedos) Explicación y planificación Proporciona la cantidad y el tipo de información correcta Contribuye a que el paciente recuerde y comprenda de manera precisa Incita al paciente a formular preguntas Logra un entendimiento y planificación en común: incorporando la perspectiva del paciente Cerrando la sesión Establece junto con el paciente los pasos a seguir por el paciente y el médico Resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados Verificación final: checa que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan	Reconoce y verbaliza las emociones evidentes en el paciente Brinda apoyo, expresa interés, comprensión, predisposición para ayudar

medad pueden compartir el sufrimiento que comporta y vivir este periodo del final de la vida de forma más significativa. La realidad es que, aunque no se informe, el paciente siempre se entera de que va a morir; pero en este caso llega a la muerte en un estado de angustiosa soledad. Cuando los médicos ocultan las malas noticias, además de disminuir la autonomía del paciente, corren el riesgo de perder su confianza cuando descubren que se les ha ocultado información. Lo cierto es que hoy en día sólo en muy raras ocasiones sería éticamente admisible ocultar las malas noticias.²

La dificultad de dar malas noticias radica en el temor del médico a causar dolor, al fracaso terapéutico, a las potenciales consecuencias legales y a la reacción de los familiares, pero también a no saber cómo actuar ante una respuesta emocional intensa y a cómo expresar sus propias emociones. Pese a ello, hay que recordar que lo más importante para los pacientes será:

1. Ser atendido por un médico competente, honesto y atento con él.
2. Que el médico utilice un lenguaje entendible.
3. Que el médico le dé libertad de hacer las preguntas que considere necesarias.

Por su parte, lo importante para los familiares es:

1. Establecer una alianza terapéutica con el cuidador principal.
2. Aliviar los miedos.
3. Entender la evolución y las posibilidades de tratamiento.
4. Observar privacidad, actitud, claridad y competencia del médico.
5. Contar con tiempo para responder sus preguntas.^{7,8}

El método EPICEE (E: entorno, P: percepción del paciente, I: invitación, E: empatía y E: estrategia) (de las siglas SPIKES, que significan S: *setting*, P: *perception*, I: *invitation* o *information*, K: *knowledge*, E: *empathy*, S: *summarize* o *strategize*) fue propuesto por Baile y Buckman, con base en encuestas y en su propia experiencia, y representa la guía de seis pasos más conocida a nivel internacional para dar malas noticias, de la cual se habla brevemente a continuación.^{8,9}

E: entorno adecuado para dar malas noticias:

- Utilizar un lugar privado, en el que estén presentes el médico, el paciente y si éste lo desea, su familiar o acompañantes.
- El médico debe estar sentado de manera que pueda mantener contacto visual y físico con el paciente, por ejemplo, apretarle el hombro o darle la mano.
- Repasar los detalles de la historia clínica y confirmar el diagnóstico, preparar mentalmente lo que se tiene que decir y la manera de hacerlo.
- Tener tiempo suficiente para poder responder preguntas.⁹⁻¹¹

P: percepción del paciente acerca de su situación médica actual:

- Preguntar al paciente qué sabe de su enfermedad, identificar el nivel de comprensión y tener estrategias para personalizar la información.
- Estimar el nivel cultural del paciente.
- Respetar la negación, las palabras y las emociones expresadas, su lenguaje no verbal e inclusive la negación.⁸⁻¹⁰

I: invitación al espacio del paciente:

- Pedir permiso al paciente para darle la noticia; se debe tener en cuenta que no todos los pacientes desean saber los detalles de su diagnóstico.
- Preguntarle directamente qué desea saber: “¿Quiere que comentemos todos los detalles?, ¿Quiere conocer la evolución de la enfermedad?, ¿Cómo quiere que manejemos la información?”⁹⁻¹¹

C: comunicarle al paciente la información:

- Evitar términos médicos, hablar claro y con lenguaje sencillo.
- Dar la información de forma pausada, permitiendo que el paciente pueda asimilarla.

Cuadro VIII-2. Método ABCDE para el abordaje de malas noticias^{12,13}

<p>A (<i>advance preparation</i>): preparación avanzada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pregunte al paciente qué sabe y entiende de su enfermedad • Pregunte a familiares o personas cercanas de la red de apoyo • Elija un lugar tranquilo donde no sea interrumpido • Prepárese emocionalmente • Escoja las frases/palabras que va a utilizar • Practique cómo dar malas noticias
<p>B (<i>build a therapeutic relationship</i>): creación de una buena relación y ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elija un lugar probado donde no haya interrupciones • Cuente con sillas adecuadas para el paciente y el familiar • Siéntese cerca del paciente en caso de necesitar contacto físico si se considera apropiado • Bríndele tranquilidad al paciente acerca del dolor, el sufrimiento y el abandono
<p>C (<i>communicate well</i>): comunicación adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sea directo • No use eufemismos ni terminología médica • Permita términos como cáncer y muerte • Permita el silencio • Si tiene contacto con el paciente, que sea prudente • Haga repetir al paciente lo que entendió • Programe citas adicionales • Utilice métodos como repetición, explicaciones escritas o gráficas
<p>D (<i>deal with patient and family</i>): desarrollo de acuerdos con la familia y el paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe la reacción del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta fisiológica: discute, se eleva, se retira, conserva la calma • Respuesta cognitiva: negación, culpa, incredulidad, aceptación • Respuesta afectiva: rabia, miedo, ansiedad, impotencia, desesperación, vergüenza, culpa, tristeza, alivio, duelo anticipado • Escuche activamente, explore sentimientos del paciente y exprese empatía
<p>E (<i>encourage and validate emotions</i>): aliento y validación de la expresión emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca dar la noticia a otros en nombre del paciente • Corrija la información distorsionada • Evalúe el efecto de la nueva noticia y lo que significa para el paciente • Pregunte por necesidades, planes a corto y mediano plazos • Busque intencionadamente tendencias suicidas • Refiera al paciente a otras especialidades si se requiere mayor soporte • Realice el seguimiento del paciente • Procese sus propios sentimientos

- Confirmar que el paciente está comprendiendo; pueden utilizarse recursos de apoyo, como dibujos o imágenes. El lenguaje no verbal debe brindar tranquilidad y seguridad.
- Evitar dos cosas: la sinceridad expresada con brusquedad y el optimismo exagerado o engañoso. Hay que recordar que no es necesario dar periodos de supervivencia.
- Permitir que el paciente interrumpa y haga preguntas.^{8,9}

E: empatía y emociones del paciente:

- Entender la situación que está viviendo el paciente, permitir los periodos de silencio y el llanto.
- Identificar y etiquetar las emociones, comprender y respetarlas así como indagar más y ofrecer apoyo.
- La conversación puede apoyar al paciente a través de frases como “¿Qué sentimientos le genera esta noticia?”, “Es normal sentirse mal”, “Debe ser duro para usted”, “¿Qué otras cosas le preocupan?”, “Veré como puedo ayudarle con esta situación”.^{8,9}

E: estrategias y conclusiones:

- Diseñar un plan terapéutico; recordarle que el equipo médico está de su lado.

- Darle al paciente un pronóstico realista, recalcar las opciones para el alivio de los síntomas y asegurarle que no será abandonado.
- Realizar un resumen con el paciente sobre el tema hablado para comprobar si entendió el mensaje.^{9,10}

Por su parte, el método ABCDE —descrito por Rabow y Mcphee— consiste en revisar detalladamente el caso clínico del paciente a fin de brindar información confiable.^{12,13}

Un punto fundamental para considerar en este proceso es la denominada conspiración del silencio, la cual se puede definir como el acuerdo implícito y explícito al que llega la familia, el entorno o los profesionales de la salud de cambiar la información que se le brinda al paciente con la finalidad de ocultarle el diagnóstico, la gravedad y el pronóstico de la situación clínica por la que está atravesando. Hay que considerar que constituye una barrera importante para la buena comunicación, puesto que lleva al aislamiento y al desarrollo de sentimientos de soledad en el paciente, y lo vuelve marginado y desconfiado, imposibilitándolo para comunicar el sufrimiento natural.^{14,15}

Algunas pautas que pueden ayudar a salir de la conspiración del silencio son el reconocimiento de su existencia y las razones que han llevado al familiar a realizarlas, aceptarlas y legitimizarlas, interesarse por las repercusiones de esta actitud sobre el familiar y pedir permiso para hablar con el paciente y luego de hacerlo nuevamente hablar.^{15,16}

CONCLUSIONES

Para dar malas noticias se requiere un ambiente que brinde protección y seguridad al médico, a los familiares y a los pacientes, con la finalidad de que sean lo menos estresantes en el entorno de su vida. Se requieren empatía, calidez humana y sobre todo respeto hacia la persona, en especial se necesita un trato humano, ya que es una noticia que cambiará el rumbo y la directriz desde el momento que se otorga hasta el desenlace de la vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: *Cuidados paliativos*. 2020.
2. Vandekieft GK: Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001;64(12):1975-1978.
3. Bascuñán ML: Comunicación de “malas noticias”. *Rev Med Clín Condes* 2013;24(4):685-693.
4. Moore P, Gómez G: La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Méd Chile* 2010;38:1047-1054.
5. Quevedo AMP, Benavente CMH: Aportaciones de la psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. *Ciencias Psicol* 2019;13(2):317-332.
6. Ekberg S, Parry R, Land V, Ekberg K, Pino M *et al.*: Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC Palliative Care* 2021;20:186.
7. Rodríguez SJJ, Vandekieft GK: La comunicación de malas noticias. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001;64(12):1975-1978.
8. Guerra TA, González GE: Transmisión de malas noticias en la consulta. *Actas Dermosifiliogr* 2013;104(1):1-3.
9. Herrera A, Riosa M, Manríquez JM, Rojas G: Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Breaking bad news in clinical practice. *Rev Méd Chile* 2014;142:1306-1315.
10. Baile W *et al.*: SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-311.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliner G, Beale EA *et al.*: Spikes-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2014;5:302-311.
12. León AD, Huarcaya VJ: El duelo y cómo dar malas noticias en medicina. *An Fac Med* 2019;80(1):86-91.



13. **Rodríguez SJJ:** *Comunicación clínica: cómo dar malas noticias*. 2010.
14. **Rosenzweig MQ:** Breaking bad news: a guide for effective and empathetic communication. *J Nurse Pract* 2009;5:508-515.
15. **Dean A, Willis S:** The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos international. *Int J Palliat Nurs* 2016;22(6).
16. **Ramírez IMT, Ramírez de la Roche OF:** Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *Aten Fam* 2015;22(4).



IMSS

CAPÍTULO IX

Respuesta psicológica a la enfermedad

Juan Miguel Ortiz Moreno



INTRODUCCIÓN

Según las estadísticas mundiales de cáncer, en 2020 se presentaron cerca de 19.3 millones de nuevos casos de cáncer y casi 10 millones de muertes por cáncer en todo el mundo.¹

En México el cáncer constituye la tercera causa de muerte. Los tipos de cáncer más comunes entre los hombres mexicanos son el de próstata, de colon y recto, de testículo, de pulmón y gástrico. En las mujeres mexicanas los cánceres más frecuentes son el de mama, de tiroides, del cuello uterino, del cuerpo uterino y de colon y recto.²

Una de las responsabilidades de los trabajadores de la salud es comprender las experiencias subjetivas de enfermedad de los pacientes para diseñar intervenciones terapéuticas que modulen las respuestas conductuales o emocionales de los pacientes, disminuyan su angustia y mejoren sus resultados médicos. La experiencia clínica y la investigación demuestran que las variables de la enfermedad, como la gravedad, la cronicidad o la afectación de los sistemas orgánicos, no pueden predecir la respuesta de un individuo a una determinada enfermedad médica. Más bien es en el ámbito de la experiencia subjetiva del individuo de una enfermedad que uno puede comenzar a comprender sus respuestas emocionales y conductuales. Durante las últimas décadas ha habido un trabajo considerable en los campos de la psicología de la salud y la psiquiatría que intenta explicar la enorme variedad de respuestas individuales al estrés de la enfermedad y dar cuenta de estas diferencias interindividuales. La determinación de que una respuesta psicológica a la enfermedad sea problemática debe basarse en el impacto que la respuesta tiene sobre el paciente, la adherencia del paciente a los planes terapéuticos y el funcionamiento social del paciente. No existe una forma correcta de caracterizar las respuestas psicológicas a la enfermedad. Las formulaciones psicodinámicas, los estilos de afrontamiento y los tipos de personalidad ofrecen diferentes perspectivas que pueden o no ser útiles para comprender la respuesta de un paciente en particular. En este ensayo se abordan distintos aspectos de la respuesta psicológica a la enfermedad y cómo abordarlos, las influencias de los tipos de personalidad, los estilos de afrontamiento y los mecanismos de defensa en las experiencias subjetivas de enfermedad de los pacientes; así como la negación, las respuestas emocionales a la enfermedad, las respuestas conductuales a la enfermedad y el abordaje médico dependiendo de las distintas personalidades.^{3,4} A continuación se describe un esquema del modelo de respuesta psicológica a la enfermedad descrito por Levenson³ (figura IX-1).



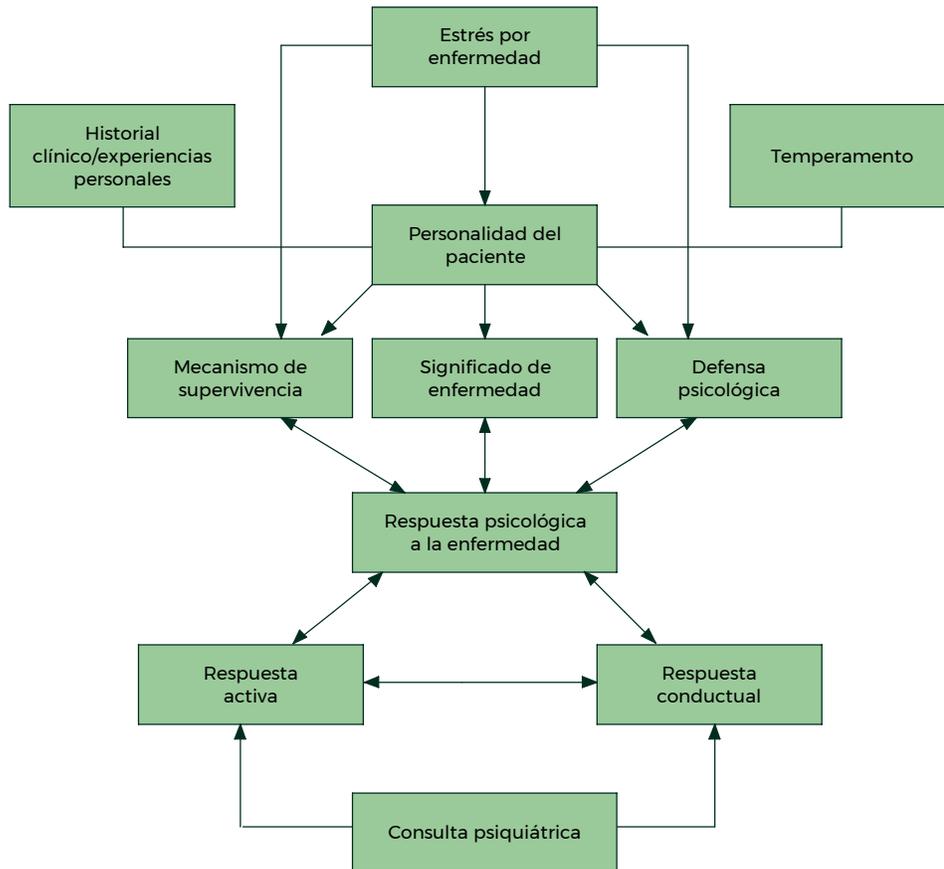


Figura IX-1. Algoritmo del estrés por enfermedad.

DESARROLLO

Mecanismos de defensa

Son procesos psicológicos automáticos mediante los cuales la mente enfrenta una amenaza psicológica (p. ej., el miedo a la muerte o a la deformidad) o un conflicto entre un deseo y las demandas de la realidad o los dictados de la conciencia. Las defensas generalmente se conceptualizan como procesos intrapsíquicos que están en gran medida fuera de la conciencia del individuo. A veces no se puede soportar la realidad. En esos momentos la mente juega malas pasadas. La mente distorsiona la realidad interna y externa para que un observador pueda acusarnos de negación, autoengaño e incluso deshonestidad. Las defensas de la mente, como los mecanismos inmunitarios del cuerpo, protegen al brindar una variedad de ilusiones para filtrar el dolor y permitir calmarnos. Una comprensión básica del concepto de defensa y varios mecanismos de defensa puede proporcionarle al psiquiatra en el entorno médico otra lente a través de la cual examinar a un paciente y predecir o explicar.⁴ Existe una jerarquía de mecanismos de defensa clasificados en cuatro niveles de adaptabilidad: psicótico, inmaduro (o límite), neurótico y maduro. Esta jerarquía se basa en el grado en que cada defensa distorsiona la realidad y cuán efectivamente permite la expresión de deseos o necesidades sin consecuencias externas adversas. Los pacientes a menudo emplean muchos mecanismos

de defensa diferentes en diversas situaciones o bajo distintos niveles de estrés. Cuando un paciente usa de manera inflexible y constante las defensas de nivel inferior a menudo esto es consistente con un trastorno de la personalidad. Los pacientes en estados psicóticos suelen emplear ciertas defensas; la psicoterapia generalmente es ineficaz para alterarlos y puede estar indicada la medicación antipsicótica. Las defensas inmaduras son características de los pacientes con trastornos de la personalidad, especialmente los trastornos de la personalidad del grupo B, como el trastorno límite de la personalidad. A diferencia de las defensas inmaduras, las defensas neuróticas no suelen irritar a los demás y se experimentan de forma más privada: son menos interpersonales y suelen implicar inhibiciones mentales, distorsionar la realidad menos que las defensas inmaduras o psicóticas, y pasar inadvertidas para el observador con el tacto y el momento adecuados. Las defensas neuróticas se pueden interpretar eficazmente en la psicoterapia exploratoria cuando el psiquiatra trate lo considere adecuado. Las defensas maduras “integran fuentes de conflicto... y, por lo tanto, no requieren interpretación”. El uso de defensas maduras, como el humor o el altruismo en la confrontación de un factor estresante, como una enfermedad médica, a menudo gana la admiración de los demás y puede ser inspirador.^{5,6}

Negación

Es un concepto importante y complejo, y una razón común por la que los médicos solicitan una consulta psiquiátrica. Se puede definir como “repudio consciente o inconsciente de una parte o la totalidad de los significados totales disponibles de un evento para disipar el miedo, la ansiedad u otros efectos desagradables”. Se debe distinguir de la falta de conciencia debido a un déficit cognitivo, como la anosognosia, o de la visión limitada de un paciente con esquizofrenia crónica. Los psiquiatras a menudo son llamados para ver a un paciente que “niega” una enfermedad recién diagnosticada y se les puede pedir que evalúen la capacidad del paciente para consentir o rechazar ciertos tratamientos. La negación puede ser adaptativa, protegiendo al paciente de sentirse abrumado emocionalmente por una enfermedad, o desadaptativa, evitando o retrasando el diagnóstico, el tratamiento y los cambios en el estilo de vida.

La negación parece ser una respuesta muy personal que es propensa a un doble rasero: a menudo una persona es capaz de ignorar la propia negación, incluso se siente cómoda con ella, pero considera anormal la negación de otras personas. La declaración de un médico de que un paciente está “en negación” puede referirse a varias situaciones diferentes:

1. El paciente rechaza el diagnóstico.
2. El paciente minimiza los síntomas de la enfermedad o no parece apreciar sus implicaciones.
3. El paciente evita o retrasa el tratamiento médico.
4. El paciente parece no tener una reacción emocional ante el diagnóstico o la enfermedad.

La gravedad de la negación varía según la naturaleza de lo que se niega, los mecanismos de defensa predominantes en funcionamiento (p. ej., supresión, represión, negación psicótica) y el grado de accesibilidad a la conciencia; negar todas las implicaciones de una enfermedad, como la muerte inevitable, puede ser adaptativo porque facilita la esperanza y una mejor calidad de vida. Del mismo modo, la negación de ciertas reacciones emocionales a la enfermedad, como el miedo o la desesperanza, podría permitir que un paciente se mantenga motivado durante un tratamiento completo. La educación por parte de los médicos sobre las opciones de tratamiento y la alta probabilidad de curación podría cambiar drásticamente las respuestas emocionales y conductuales del paciente y evocar alivio y esperanza.

Ayudar al paciente a nombrar sus respuestas emocionales y comprender por qué están presentes puede ayudar al paciente a sentirse comprendido. Esto puede facilitar la aceptación de un plan de tratamiento individualizado que involucre adecuadamente los medicamentos, la psicoterapia, la psicoeducación u otras intervenciones.⁷⁻⁹

Ira

Respuesta emocional común a una enfermedad médica que puede ser la respuesta emocional más difícil de enfrentar para los médicos. Esto es particularmente cierto cuando la ira se dirige hacia ellos o se expresa como rechazo al tratamiento. Los pacientes con estilos o trastornos de personalidad paranoide, narcisista, límite o antisocial son particularmente propensos a expresar ira ante una enfermedad médica. Las reacciones reflejas comunes incluyen contraatacar o distanciarse del paciente. Son posibles muchas maniobras, como una redirección discreta de la ira del paciente hacia objetivos más productivos (p. ej., lejos del rechazo del tratamiento y hacia la planificación con el oncólogo para atacar la enfermedad a través de una quimioterapia potencialmente curativa). Ayudar al equipo a responder adecuadamente al paciente es igual de importante. Ver la ira expresada como algo natural y difuminar la intensidad del afecto puede ayudar a restablecer relaciones de colaboración con el paciente.¹⁰⁻¹²

Ansiedad y miedo

Es probable que los pacientes experimenten universalmente cierto grado de ansiedad en el ámbito médico. El grado de ansiedad varía en gran medida según el individuo y la situación. Los pacientes con trastornos de ansiedad premórbidos tienen más probabilidades de experimentar ansiedad severa cuando se enfrentan a una enfermedad médica. El paciente con un estilo de personalidad dependiente puede experimentar una aguda ansiedad en la hospitalización ante la separación de su sistema de apoyo. Es probable que el paciente obsesivo se vuelva ansioso si el plan de tratamiento o el diagnóstico siguen sin estar claros. La intrusión del entorno médico puede provocar ansiedad en el paciente esquizoide.

Las psicoterapias, la educación sobre la enfermedad y los tratamientos y el uso juicioso de la medicación pueden disminuir en gran medida la ansiedad del paciente. Aunque el miedo (generalmente relacionado con una amenaza o peligro específico) y la ansiedad (la sensación de nerviosismo o aprensión que se experimenta al enfrentar amenazas inciertas) son emociones distintas a menudo se manejan de manera similar. Es importante obtener específicamente lo que el paciente teme: dolor, muerte, abandono, desfiguración, dependencia, discapacidad, etcétera. La tranquilidad general suele ser ineficaz y, de hecho, puede ser perjudicial porque el paciente puede percibirla como poco empática, superficial, falsa o condescendiente. La empatía y la tranquilidad adaptadas a los temores específicos del paciente pueden ofrecer un alivio.¹³

Tristeza

Se evoca en situaciones de pérdida. La enfermedad médica puede conducir a múltiples tipos de pérdida: pérdida de la función física o del rol social, pérdida de la capacidad para trabajar, pérdida de la búsqueda de una meta o sueño, o pérdida de una parte del cuerpo. Las pérdidas internas de órganos o funciones de órganos pueden ser tan significativas como las pérdidas externas, como la amputación de una extremidad. Los pacientes con trastornos del estado de ánimo no tratados pueden tener más probabilidades de desarrollar una depresión clínicamente significativa ante una enfermedad médica. La tristeza puede ser la manifestación principal de un trastorno de adaptación, que es común en los pacientes médicamente enfermos. Hacer una analogía con el proceso de duelo suele ser apropiado y ayuda a normalizar la tristeza del paciente. El duelo por una pérdida lleva tiempo, un hecho que a menudo se pasa por alto en los entornos médicos.¹⁴ Es importante que el médico transmita una sensación de esperanza adecuada. La descripción de ejemplos reales de resultados positivos de otros pacientes en situaciones similares a menudo puede ser útil. Incluso cuando la tristeza del paciente representa una reacción normal parecida al duelo, los médicos a menudo se ven tentados a recetar medicamentos antidepressivos, deseando que el paciente se sienta mejor. En tales casos el especialista en medicina psicosomática puede redirigir el plan de trata-

miento a intervenciones que tengan más probabilidades de ser útiles, como psicoterapia, atención pastoral y, a menudo lo más importante, más tiempo para hablar con el médico tratante primario.¹⁵

Culpabilidad

Algunos pacientes experimentan la enfermedad como castigo por pecados reales o imaginarios. Aclarar que la enfermedad no es culpa del paciente y, por tanto, confrontar la culpa es una técnica útil. Los pacientes también pueden experimentar culpa relacionada con comportamientos anteriores o actuales que promueven la enfermedad, como fumar, no adherirse a los regímenes de medicación o llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo. La educación de los miembros de la familia puede ser fundamental si culpan al paciente de manera inapropiada por la enfermedad. Si el paciente es religioso, se debe considerar el asesoramiento de un capellán del hospital o del miembro del clero apropiado. La enfermedad de la vergüenza se experimenta universalmente como una lesión narcisista hasta cierto punto. Los pacientes narcisistas son más susceptibles de sentir vergüenza ante una enfermedad médica. Los pacientes pueden ver la enfermedad como resultado de comportamientos anteriores. Es importante que los médicos adopten una postura sin prejuicios y eviten culpar a los pacientes por sus enfermedades. Las respuestas críticas y de desaprobación son contraproducentes, aumentan la vergüenza de los pacientes y muchas veces conducen a la evitación del tratamiento. A menudo se sienten tentados a regañar al paciente, pensando que esto es necesario para evitar la confabulación con su actuación y la falta de tomar en serio su enfermedad. Tales respuestas suelen ser humillantes para el paciente, son ineficaces para motivar el cambio de comportamiento y a menudo empeoran el círculo vicioso del incumplimiento.^{15,16}

RESPUESTAS CONDUCTUALES A LA ENFERMEDAD

Las respuestas conductuales de los pacientes a la enfermedad varían muchísimo dentro de un espectro que va desde la inadaptación hasta la adaptación. Las respuestas adaptativas pueden simplemente merecer aliento o elogios. A los psiquiatras en el entorno médico a menudo se les pide que atiendan a pacientes cuyas respuestas conductuales a la enfermedad o la hospitalización son desadaptativas e interfieren con su tratamiento. Al comprender la experiencia subjetiva, el estilo de personalidad, los mecanismos de defensa y las estrategias de afrontamiento del paciente se pueden diseñar intervenciones terapéuticas para ayudar a cambiar las respuestas del paciente a conductas más adaptativas.³

RESPUESTAS ADAPTATIVAS

Búsqueda de apoyo

Enfrentar una nueva enfermedad médica u hospitalización puede ser muy agotador incluso para el individuo mejor adaptado.

Los pacientes que tienen la suerte de contar con redes de apoyo social bien desarrolladas pueden beneficiarse enormemente del apoyo de amigos y familiares. Los pacientes con conflictos acerca de la dependencia pueden tener más dificultades con esta tarea; la psicoterapia puede normalizar esta necesidad y ayudar a los pacientes a comunicarse con los demás. La derivación a grupos de apoyo para pacientes también puede ser útil para muchos de ellos, pues pueden aprender de las experiencias de otros que enfrentan la misma enfermedad y sentirse menos solos.¹⁴⁻¹⁶

Altruismo

El comportamiento altruista, como ofrecerse como voluntario para recaudar fondos para el cáncer de mama, convertirse en un defensor de los trasplantes que se reúne con pacientes preoperatorios y comparte experiencias con ellos, o participar en una caminata sobre el SIDA, puede representar



Cuadro IX-1. Abordaje médico dependiendo del tipo de personalidad²¹

Tipo de personalidad	Características a enfatizar al brindar atención	Ejemplos de escenarios clínicos
Depresivo analítico	<ul style="list-style-type: none"> • Enfatice la centralidad de su dolor personal y sufrimiento • Evite enfatizar la "recuperación", que puede verse como inaceptable ("el sufrimiento demuestra fuerza" [depresivo]) o falso ("el sufrimiento es mi boleto para relación" [anacrítico]) • El manejo crónico se lleva a cabo ya sea como parte de más sufrimiento (depresivo) o para el beneficio de otros (anacrítico) • Considere intervenciones paradójicas: anticipe la dificultad, venda menos los resultados; use dobles negativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor siente que el paciente está tratando de fastidiarlo teniendo interminables quejas • Un paciente está "invertido en el papel de enfermo" (para diferenciarlo del trastorno ficticio) • Incumplimiento del paciente ("simplemente no quiere comer" o "no funcionará con fisioterapia")
Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> • Poner más énfasis en los recursos disponibles que en el tratamiento • El objetivo es "trabajar juntos" en el viaje • Expresar admiración por el sacrificio personal que por los demás donde corresponda • Piense en términos de necesidades a largo plazo: el foco está en las necesidades que resultados • La atención regular a menudo es bien recibida • Elógios por su devoción a los demás • Si se invierte malsanamente en los demás = reorientarse hacia el hecho de que pueden ayudar a los demás sólo cuando están atendiendo adecuadamente al autocuidado • Si está emocionalmente agotado: brinde admiración genuina por su deseo de ayudar a otros emparejado con un suave apoyo mientras convalecen 	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas o la función del paciente empeoran cuando el alta se acerca • Un paciente que está interesado en un mayor nivel de atención pero no aparenta la necesidad • Persona que sólo necesita alguien con quien hablar • El paciente que retrocede en el hospital ("actuando como un niño")
Contradependiente	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente más joven (frecuentemente con experiencia en enfermería) que se presenta esencialmente con "fracaso para prosperar" • El paciente con parésia de conversión • La persona que constantemente descarrila la conversación en quejarse de cómo todos los demás en su vida son necesitados 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente más joven (frecuentemente con experiencia en enfermería) que se presenta esencialmente con "fracaso para prosperar" • El paciente con parésia de conversión • La persona que constantemente descarrila la conversación en quejarse de cómo todos los demás en su vida son necesitados
Ansioso-evitativo y fóbico	<ul style="list-style-type: none"> • Valida el poder/status de tu profesión • Modele la confianza y trate de incrementar e inspirar confianza en ellos • Desarrollar una alianza hacia objetivos específicos, un paso a la vez • Use lenguaje de posibilidad ("listo" o "es hora"), no de comodidad • Anticipar la necesidad de múltiples ensayos antes del progreso 	<ul style="list-style-type: none"> • El proveedor cuya preocupación es visiblemente mayor que la del paciente (es decir, representación de la ansiedad del paciente) • El paciente que accede explícitamente a participar (evita conflictos) pero no cumple (temoriza sobre aspectos de la atención) • El paciente propenso a desarrollar respuestas fóbicas al cuidado (comer [sitofobia] o extracción de sangre [sangre/lesiones/fobia a las inyecciones])
Obsesivo-compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca detalles, folletos u otros materiales educativos disponibles • Reconocer su discernimiento y altos estándares 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente con demandas excesivas de detalles durante el estudio • Un paciente que se apresura a llamar la atención

Cuadro IX-1 (continuación). Abordaje médico dependiendo del tipo de personalidad²¹

Tipo de personalidad	Características a enfatizar al brindar atención	Ejemplos de escenarios clínicos
Esquizoide	<ul style="list-style-type: none"> • Felicite los cuando muestren una sana dedicación a su salud/cuidado • Garantizar la consistencia; evitar ponerse a la defensiva cuando se le cuestione sobre cualquier incoherencia o su comprensión • Si es especialmente compulsivo: proporcione tareas, horarios o tareas concretas como parte de su participación en el cuidado • A menudo se prefieren las interacciones emocionalmente moderadas • Ofrezca el espacio personal que sea posible • Use un lenguaje corporal compacto para ser visto como no amenazante • Respetar al paciente y sus (a veces) no convencionales intenciones 	<p>incluso sobre contradicciones menores o cambios en la atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un paciente que se desespera ansiosamente ante algunos contratiempos incontrolables <ul style="list-style-type: none"> • Peculiaridades sociales que conducen a la sospecha de psicosis y al inicio inapropiado de antipsicóticos • El paciente que es callado, no comunicativo y etiquetado como "cauteloso" • El paciente incorrectamente llamado "ansioso" o "deprimido"
Somatizante	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar recomendaciones concretas • Use términos psicológicos menos abiertos (estresado por ansioso, deprimido por deprimido, fuera de sí por disociado, harto por enojado) • Presta atención a sus palabras para adoptar su terminología • El enfoque está en el manejo de los síntomas en lugar de la resolución • Los objetivos deben basarse en las motivaciones del paciente • Ordenar pruebas, procedimientos y referencias sólo como se indica 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente que niega un malestar psicológico evidente cuando se le pregunta directamente • El paciente cuyos síntomas multisistémicos son refractarios al tratamiento óptimo • El paciente que está más preocupado por tener síntomas que por el impacto de esos síntomas en el funcionamiento o la calidad de vida
Histórico-histriónico	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar un enfoque de apoyo, sin prejuicios • Siempre mantenga límites saludables, especialmente cuando el paciente es tímido • Ofrezca elogios razonables según corresponda • Los gestos seleccionados, las expresiones faciales y las influencias pueden reflejarse pero juiciosamente, protegiéndose contra la promulgación • Permitales repetir sus miedos o preocupaciones con frecuencia 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente que se siente falso ("montando un espectáculo") en lugar de hablar sobre preocupaciones médicas urgentes • El paciente que habla en generalidades (discurso impresionista) llevando al equipo a cuestionar su capacidad • El paciente que hace propuestas sexuales y usa lenguaje sugerente al proveedor



Cuadro IX-1 (continuación). Abordaje médico dependiendo del tipo de personalidad²¹

Tipo de personalidad	Características a enfatizar al brindar atención	Ejemplos de escenarios clínicos
Narcisista	<ul style="list-style-type: none"> Refleja casualmente su confianza en sí mismo Comunique su propia experiencia y conocimientos Aliarse con ellos en una búsqueda compartida de la excelencia Evite cuestionar sus afirmaciones a menudo exageradas Si no se involucra con el cuidado: recuérdelos que merecen el mejor cuidado posible y que no pueden obtenerlo sin su participación 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente que se niega a participar porque se siente irrespetado Equipo primario en una batalla de egos con el paciente ("simplemente no escuchan") El paciente que demanda al "experto" o al "responsable" y que muchas veces desprecia a los aprendices o a los proveedores de nivel medio
Paranoico	<ul style="list-style-type: none"> Evite un estilo terapéutico cálido: se prefiere una interacción directa y cortés Proporcione sólo detalles relevantes, limitando las conversaciones triviales y las bromas Evite la confrontación siempre que sea posible Sea uniformemente respetuoso y cuídese de responder a los desaires interpersonales con microagresiones Aliarse con su sentido de que el mundo ha sido injusto y asociarse con ellos para abordar las barreras juntas Establezca límites muy claros y firmes Cuide sus emociones de cerca 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente que parece desconfiado por naturaleza, que lee las cosas que se dicen El paciente que ha hecho varias amenazas de litigio si no se cumplen ciertas demandas El paciente que realiza ataques interpersonales que llevan a los proveedores a estar "en contra" del paciente
Psicopático y sádico	<ul style="list-style-type: none"> Sea consistente y cortés: evite conversaciones casuales Si no cumple con la atención: explique que sus decisiones los afectan a ellos mismos y a su yo futuro Si es abiertamente malicioso/sádico: protéjase a sí mismo, al resto del personal y a otros pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente despreocupado y no adherente ("simplemente no parece importarle") El paciente que cuenta mentiras e historias engañosas desapasionadamente El paciente simulado participó en actos (por ejemplo, la ingestión de un cuerpo extraño) que representan una hostilidad velada hacia los demás o "el sistema"
Límitrofe <i>borderline</i>	<ul style="list-style-type: none"> Proporcione estabilidad emocional independiente y especialmente en respuesta a sus cambios emocionales Evite la jerga y las frases triviales: sea directo, específico y coherente Abrace la honestidad genuina/brutal Sea claro acerca de establecer y mantener límites firmes y consistentes En entornos de atención multidisciplinarios: trabaje siempre en equipo para evitar divisiones entre los médicos 	<ul style="list-style-type: none"> El paciente con impulsividad que conduce a la atención angustiada de los demás (comportamiento cortante, parasuicida) El paciente cuyo equipo de tratamiento está exasperado y en guerra entre ellos Un paciente que amenaza con sabotear la atención si no recibe lo que quiere (p. ej., rechaza la insulina si no recibe también una benzodiazepina) El equipo que está trabajando más duro (a menudo mucho más duro) que el paciente

Cuadro IX-1 (continuación). Abordaje médico dependiendo del tipo de personalidad²¹

Tipo de personalidad	Características a enfatizar al brindar atención	Ejemplos de escenarios clínicos
Paciente traumatizado	<ul style="list-style-type: none"> • En general, no explore los detalles del trauma en entornos agudos • Sea explícito acerca de respetar los límites personales, especialmente los límites físicos • Priorizar la confianza y la seguridad • Ser coherente, predecible y claro en las explicaciones • Si se desencadena fácilmente: modifique sus interacciones y el entorno en función de las señales traumáticas conocidas • Para obtener una evaluación cognitiva precisa, evite dar pistas al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente que solicita el alta en contra del consejo médico después de ser desencadenado (el paciente asustadizo) • Rechazar ciertos aspectos de la atención sin una razón clara
Paciente con deterioro cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Al solicitar la participación, anime al paciente a "hacer lo mejor que pueda" • Evitar corregir al paciente cuando se equivoca, lo que puede ser desalentador • Adopte la técnica de Colombo (preguntando ingeniosamente sobre cosas que se discutieron anteriormente en la entrevista) • Empoderar al paciente pidiéndole que le explique las cosas 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente que deja de hablar con ciertos proveedores (cuyo comportamiento o apariencia pueden servir como señal de trauma) o cuando todo el equipo está presente • El paciente que no participará en la evaluación de la capacidad (usando fanfarronadas, gracia o capacidad verbal retenida) • El paciente que acepta un curso de atención después de una reunión familiar y se olvida al día siguiente • El paciente al que se le ha dado un diagnóstico difícil (p. ej., cáncer) varias veces, pero cada vez se olvida de que se lo dijeron y tiene una reacción de duelo al enterarse de la noticia como si fuera la primera vez



una respuesta altamente adaptativa a la enfermedad. Una de las tensiones comunes de la enfermedad es el impacto en la autoestima y el sentido de productividad de un individuo. Al ayudar a los demás, los pacientes sienten un sentido de propósito y gratificación que puede contribuir a mejorar su estado de ánimo. Generalmente el psiquiatra consultor sólo necesita apoyar y alentar tales comportamientos. Para muchos pacientes con enfermedades graves la participación voluntaria en la investigación puede tener el mismo efecto. Para los que sufren enfermedades terminales la participación en la investigación puede proporcionar un sentido de propósito y esperanza al contribuir al potencial de nuevas opciones de tratamiento en el futuro. Aunque generalmente nadie afirmaría que una enfermedad médica es beneficiosa para el individuo afectado, a menudo ayuda a motivar la falta de adherencia al tratamiento, ya sea que el enojo sea apropiado para la situación o sea producto de una patología del carácter. También pueden estar involucrados diversos grados de negación. Las intervenciones específicas para situaciones clínicas en las que la ira y la negación son los principales motivadores de la falta de cumplimiento se analizaron anteriormente en este capítulo en la sección “Negación” y en la subsección “Ira”. La confianza de los pacientes en los médicos que recomiendan su tratamiento es un factor determinante importante de su probabilidad de cumplir con el régimen de tratamiento. Los médicos deben ganarse la confianza de sus pacientes mediante la creación de una buena relación y una comunicación directa y honesta. Los pacientes con trastornos psicóticos o patologías importantes del carácter pueden tener especial dificultad para confiar en sus cuidadores. La desconfianza y la paranoia pueden desempeñar un papel en el cumplimiento de los regímenes de tratamiento por parte de estos pacientes.¹⁴⁻¹⁶

Cada persona tiene una forma única de relacionarse consigo misma, con los demás y con el mundo, y estas relaciones se fusionan para convertirse en la propia personalidad. La caracterización de los estilos de personalidad es una tradición intuitiva y tradicional que se remonta a milenios. Las consideraciones acerca de la personalidad son especialmente relevantes en medio de la atención médica, pues las características de personalidad de un paciente se acentúan comúnmente a medida que la experiencia de la enfermedad requiere adaptación. Cada personalidad se presenta brevemente en el cuadro IX-1. Este enfoque proporciona una heurística clínicamente informada para hacer de la personalidad una parte significativa de la relación clínica. Es decir, cuando las características de personalidad de un paciente se exageran en los entornos médicos el médico puede responder modificando su énfasis en ciertos aspectos de la interacción clínica.¹⁸⁻²⁰

CONCLUSIÓN

La respuesta psicológica a la enfermedad se deriva de la psicología y la psiquiatría, según los pocos estudios que se han realizado en los últimos años; sin embargo, está bien estipulado cómo el cuerpo y la mente humana responden al trauma, que en este caso viene siendo la enfermedad, tanto desde la perspectiva del paciente como de quienes lo rodean, incluido el personal de salud. Por eso que hay que relacionarlo íntimamente con el duelo, saber cómo van a responder los pacientes dependiendo de su tipo de personalidad y abordarlos de esta manera; nadie experimenta en cabeza ajena, por eso la empatía es fundamental para encarar estas situaciones.

Hay que llevar a cabo un manejo interdisciplinario para mejorar la calidad de la atención de los pacientes y derivarlos a psicología o a psiquiatría si es necesario. Como no es fácil encarar una adversidad, en este caso la enfermedad, se requiere toda la ayuda posible.

REFERENCIAS

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I et al.**: Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *Cancer J Clin* 2021;71(3):209-249.

2. **Padilla RN, Monroy TR, Sandoval SC, Vera BLE, Patiño LME et al.:** Cancer prevention programmes in Mexico: are we doing enough? *Ecancermedalscience* 2020;14(997):997.
3. **Groves MS, Muskin PR:** Psychological responses to illness. En: Levenson JL: *The American Psychiatric Association Publishing textbook of psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry*. 3ª ed. Washington, American Psychiatric Association, 2018
4. **Mesa GP, Ramos CM, Redolat R:** Cuidado de pacientes oncológicos: una revisión sobre el impacto de la situación de estrés crónico y su relación con la personalidad del cuidador y otras variables moduladoras. *Psicooncología* 2017;14(1):93.
5. **Harbishettar V, Krishna KR, Srinivasa P, Gowda M:** The enigma of doctor-patient relationship. *Indian J Psychiatry* 20149;61(Suppl 4):S776.
6. **Panczyk M, Iwanow L, Zarzeka A, Jaworski M, Gotlib J:** Communication skills attitude scale: a translation and validation study in a sample of registered nurses in Poland. *BMJ Open* 2019;9(5):e028691.
7. **Stanze H, Schneider N, Nauck F, Marx G:** I can't get it into my head that I have cancer...-A qualitative interview study on needs of patients with lung cancer. *PLoS One* 2019;14(5):0216778.
8. **Núñez EJC, Fajardo GA, Buchán DPE, Bernaldez RR:** Allergy and acute leukaemia in children with Down syndrome: a population study. Report from the Mexican inter-institutional group for the identification of the causes of childhood leukaemia. *Br J Cancer* 2013;108(11):2334-2338.
9. **Huamani DJA, Paredes AAC:** *Estrés y estrategias de afrontamiento: estudio en familiares de pacientes con cáncer en la ciudad de Lima*. 2018.
10. **Oldham MA:** Personality-informed care: speaking the language of personality. *Psychosomatics* 2020;61(3):220-230.
11. **Forgiony SJO, Bonilla CNJ, Moncada GAJ, Castañeda AJG, Rey KFA et al.:** Desafíos terapéuticos y funciones de las redes de apoyo en los esquemas de intervención del cáncer. *Arch Venez Farmacol Ter* 2019; 38(5):653-660.
12. **Shiraly R, Mahdaviazad H, Pakdin A:** Doctor-patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians. *BMC Family Pract* 2021;22(1):1-7.
13. **Di Giuseppe M, Ciacchini R, Micheloni T, Bertolucci I, Marchi L et al.:** Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. *J Psychosom Res* 2018;115:76-86.
14. **Di Giuseppe M, Miniati M, Miccoli M, Ciacchini R, Orrù G et al.:** Defensive responses to stressful life events associated with cancer diagnosis. *Mediterr J Clin Psychol* 2020;8(1).
15. **Izci F, Erdogan ZI, Ilgün AS, Çelebi E, Alço G et al.:** Impact of personality traits, anxiety, depression and hopelessness levels on quality of life in the patients with breast cancer. *Eur J Breast Health* 2018;14(2):105.
16. **Conversano C, Di Giuseppe M, Miccoli M, Ciacchini R, Di Silvestre A et al.:** Retrospective analyses of psychological distress and defense style among cancer patients. *Clin Neuropsychiatry* 2020;17(4):217.
17. **Conversano C, Ciacchini R, Orrù G, Di Giuseppe M, Gemignani A et al.:** Mindfulness, compassion, and self-compassion among health care professionals: what's new? A systematic review. *Front Psychol* 2020;11:1683.
18. **Baziliansky S, Cohen M:** Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Stress Health* 2021;37(1):3-18.
19. **Giulietti MV, Vespa A, Ottaviani M, Berardi R, Balercia G et al.:** Personality (at intrapsychic and inter-personal level) associated with quality of life in patients with cancer (lung and colon). *Cancer Control* 2019;26(1):1073274819880560.
20. **Roso BF, Alonso LIMD, Bento L, Sánchez GB, Herraez I et al.:** Analysis of personality traits in patients with Hodgkin lymphoma. *J Clin Med* 2021;10(8):1631
21. **Oldham MA:** Personality-informed care: speaking the language of personality. *Psychosomatics* 2020;61(3):220-230.





IMSS

CAPÍTULO X

Abordaje del paciente difícil

Lizbeth María Beltrán Ayala, Raisa Benítez Martínez



La palabra “paciente” viene del latín *pati/patior*, que significa “sufrir”, dando el significado de sufriente o sufrido, haciendo referencia a la persona que padece una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud define “paciente” como “persona que padece física y corporalmente, y en especial quien se halla bajo atención médica”.¹

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación entre el médico y su paciente es algo más que una mera técnica o algo aprendido en una clase, es una interacción entre dos seres humanos, los cuales son seres complejos llenos de emociones y sentimientos, por lo que se debe considerar una interacción humana.²

La relación médico-paciente que se torna difícil no siempre es responsabilidad del paciente, sino que a veces también recae en el médico, convirtiéndose en una “relación difícil médico-paciente”.³

La toma de decisiones para el adecuado tratamiento requiere dos elementos:⁴

- Tener una alta tolerancia a la incertidumbre.⁴
- Saber que existe la confianza necesaria en el conocimiento acerca de la relación médico-paciente-familia y la enfermedad o lesión que se está tratando.⁴

¿QUÉ ES UN PACIENTE DIFÍCIL?

A lo largo del tiempo han surgido diferentes definiciones de “paciente difícil”, pero aquí se mencionan las más destacadas:

- O’Dowd: es un grupo heterogéneo de pacientes frecuentemente afectados por enfermedades relevantes, cuyo único rasgo común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que los atienden.
- Ellis: el paciente difícil simplemente consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que el médico lee su nombre en el listado de pacientes del día.

Una frase interesante de Freud señala que “No me gustaban esos pacientes... Me hicieron enojar y me sentí irritado al experimentarlos, ya que parecían tan distantes de mí mismo y de todo lo que es humano”.

Con estas definiciones se concretan algunas características importantes de los pacientes difíciles:

- Puede causar estrés en el equipo médico.
- Los pacientes rechazan al equipo de salud.
- Mayor exigencia de atención por parte del equipo.
- Los pacientes hacen que por diferentes circunstancias que se mencionan en este capítulo sean rechazados por el médico.

Estas cuatro características se pueden presentar en conjunto o ser independientes una de otra en los pacientes.

Epidemiología

Se estima que entre 1 y 3% de los usuarios que son atendidos diariamente en las consultas son catalogados como pacientes difíciles por los diversos profesionales de la salud.⁵ Sin embargo, las estadísticas no son confiables, lo que seguramente está ligado a la adaptación que sufre el médico con el trato de estos pacientes.³

PERFIL DEL PACIENTE DIFÍCIL

El paciente difícil presenta algunas de las siguientes características que lo perfilan a este grupo:⁶

- El paciente que entra en esta categoría suele ser un frecuentador considerable.
- Normalmente refiere sentirse insatisfecho de los servicios de salud que recibe.
- Su presencia se siente negativa en el conjunto de los profesionales de salud.
- El paciente presenta más problemas de salud crónicos que otros pacientes de iguales sexo y edad.
- Genera mayor tiempo en la consulta, más derivaciones a otros especialistas y gasto en la prescripción de tratamientos.
- Refieren los padecimientos, sean agudos o crónicos, de forma exagerada, compleja y variada.
- Regularmente sus redes de apoyo (familia, sociedad, trabajo) son nulas, escasas y con frecuencia conflictivas.
- Suelen tener una relación intensa con sus profesionales de referencia.

TIPOS DE PACIENTE

- **Paciente pasivo dependiente:** gran frecuentador, es ingenuo en su actitud seductora y halagadora y en la conciencia de que necesita ayuda ilimitada. Ve a los médicos como seres inagotables con posibilidades tecnológicas ilimitadas. "A pesar del pequeño progreso, estoy agradecido."⁷

¿Cómo tratarlo?:

- Establecer límites al paciente:
- Dar por escrito las recomendaciones de forma clara. Agendar cita para mejorar el apego del paciente al tratamiento.
- Establecer límites para horarios de llamadas telefónicas.
- Etiquetar los medicamentos con dosis, vía de administración, horario y nombre.
- No prometer lo que no se puede cumplir, por ejemplo, prometer un medicamento no cubierto por la institución.
- Hacer responsable al paciente:
- Establecer una comprensión de la naturaleza y la gravedad de su enfermedad.
- Enfatizar la importancia de la adecuada adherencia al tratamiento.
- Si es necesario, explicarle la importancia de los cambios en el estilo de vida.

- El paciente debe ser consciente de que la mejora que presenta es por el tratamiento y la adherencia a él y no por el médico.
- **Paciente emotivo seductor:** el fenotipo es similar al anterior paciente, pero con un componente emocional, seductor y favorecedor más pronunciado. Su actitud no es infantil y cuenta con un elemento de manipulación emocional profesional. No es hostil.⁷
- **Paciente masoquista:** no cuenta con características de ser ingenuo ni seductor, ni agradecido ni hostil. Es común que rechace ayuda mediante la fórmula “no hay nada que hacer”, pero consulta frecuentemente por el mismo motivo. Al resolver un motivo de consulta enseguida aparece otro. Incumple con las indicaciones médicas y siempre logra justificarse (por efectos secundarios a la medicación). A menudo tiene síntomas de depresión y parece buscar una ganancia secundaria de su condición.⁷
¿Cómo tratarlo?
 - Dichos pacientes no creen en la promesa de tranquilidad u optimismo, por lo que hay que tratar de evitar tales comentarios durante las entrevistas.
 - Evitar comentarios de fuerzas o logros.
 - No realizar comentarios insensibles.
 - No intentar convencerlos de que la enfermedad no es tan seria como ellos creen.
- **Paciente que somatiza:** paciente con síntomas recurrentes de diversa intensidad y carácter que resisten cualquier explicación biomédica.⁷
¿Cómo tratarlo?
 - Ser amable y educado.
 - Explicar claramente las estrategias utilizadas para llegar a un diagnóstico definitivo.
 - Explicar su papel en el proceso y sus limitaciones.
 - Reconocer la actitud sospechosa del paciente, que nunca debe pasar inadvertida.
 - Hacerle saber al paciente que comprende sus puntos de vista, pero que no necesariamente está de acuerdo con ellos.
- **Paciente exigente agresivo:** es un gran demandante. Suele emplear actitudes despectivas, agresivas, culpables, íntimas o profesionales. Defiende sus derechos; sin embargo, no se da cuenta de la gran dependencia o “miedo al abandono” que se esconde detrás de su actitud. Su actitud es un mecanismo de defensa contra un mundo hostil.⁷
¿Cómo tratarlo?
 - Se debe crear un lenguaje claro y sencillo que tanto los médicos como los pacientes puedan entender, lo que les permitirá comunicar mejor sus síntomas y signos.
 - Establecer hipótesis respecto al padecimiento.
 - Centrarse en los problemas en orden de prioridad para que puedan priorizarse uno a la vez en cada consulta, programar consultas y brindar a los pacientes la atención adecuada para cada trastorno.
 - No se debe ceder a las demandas del paciente para no perder la credibilidad, la competencia clínica y el valor profesional como médico.
 - Preguntar sobre eventos que hayan marcado la vida del paciente.
 - De preferencia el paciente debe ir acompañado de algún familiar.
 - Haga citas regulares con estos pacientes; en lugar de evitarlos recomiende verlos cada dos semanas, obviando la necesidad de consultar con otro problema de salud (real o imaginario).
 - Evite ciertos comentarios o actitudes, como quejarse de la enfermedad mental con todos los pacientes, porque la mayoría no la aceptan.
 - Cabe recalcar lo importante que es no enojarse y no agredir al paciente, lo que suele ser un intento por restaurar la autoridad del médico, perdida por las razones mencionadas.

- **Paciente incumplidor negador:** hay tres categorías en este grupo.
 1. El que fracasa por falta de autoconciencia o falta de información sobre sus problemas.
 2. El que no sigue las indicaciones médicas porque se siente autónomo y cree tener valores suficientes para resolver las cosas por sí mismo, a pesar de sentirse susceptible y bien informado.
 3. El que tiene un carácter autodestructivo y por eso incumple con el régimen médico.⁷

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PACIENTE DIFÍCIL

Hall consideró que sería interesante estudiar no sólo la situación del paciente difícil, sino también de los profesionales que lo atendieron, por lo que sugirió cambiar el término “paciente difícil” por “contacto o relación difícil”.⁸

Son muchos los factores que inciden en la relación médico-paciente y, como se mencionó, depende no sólo de factores del paciente, sino también de factores relacionados con los profesionales de la salud y el entorno (figura X-1).

Factores derivados del paciente

1. Patología que presenta: abarca desde alguna enfermedad grave que influye en la pérdida de la autonomía.²
2. Personalidad del paciente: es un factor no modificable, por lo que el personal de salud debe aprender a afrontar las diferentes personalidades. Las barreras encontradas son enfermedades psicológicas que impactan con su cuidado personal y las barreras culturales, espirituales y de comunicación.²
3. Circunstancias en que se desenvuelve el paciente: nivel socioeconómico que dificulta el apego al tratamiento, ausencia de seguro médico, entorno familiar y social problemático, nivel cultural y experiencias negativas con el personal de salud (figura X-2).⁹

Factores relacionados con el profesional

1. Personalidad: ego del personal médico, alteraciones en la salud, problemas familiares, alta carga laboral, personalidad, dificultad para las explicaciones en términos coloquiales.



Figura X-1. Factores que influyen en el paciente difícil.

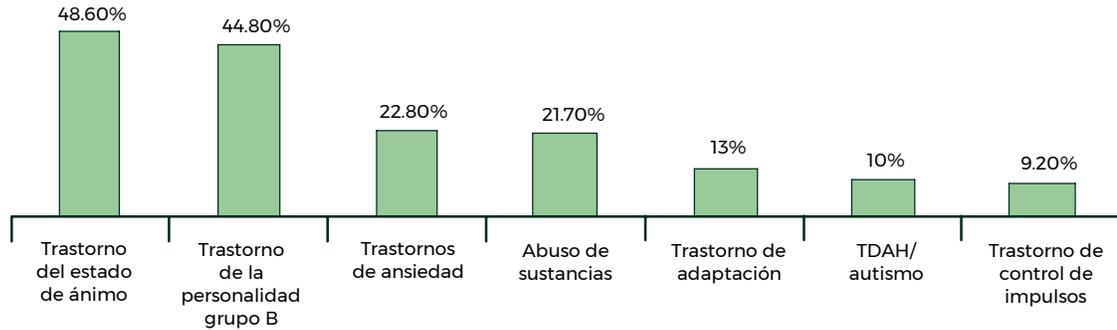


Figura X-2. Prevalencia de "pacientes difíciles" en los trastornos psicológicos. Tomada de Koekkoek et al., 2010. TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

2. Circunstancias en las que se desenvuelve: experiencias previas con pacientes difíciles, estrés en el ámbito laboral, insatisfacción laboral, poca experiencia en contenidos psicosociales, no darle seguimiento al paciente, no tener autocuidado de la salud mental.

Factores relacionados con el entorno

Características físicas y organizativas del centro: infraestructura inadecuada, dificultad en la accesibilidad del paciente, difícil acceso al consultorio, tiempos de espera prolongados, mala planificación de la consulta e interrupciones durante la consulta.

MANEJO DEL PACIENTE DIFÍCIL

Espinoza señala que "No es posible cambiar al paciente difícil o problemático ni su enfermedad o sus circunstancias, pero sí se puede mejorar el modo de afrontarlo (de fondo, no sólo de forma)".

Los médicos pueden influir en la estructura de la consulta, ya que es ahí donde se interactúa con el paciente y es posible lograr una mayor satisfacción para ambas partes. Es importante que el médico tenga presentes todos los factores mencionados para influir positivamente en la consulta. Cuando se presente un caso extremo, en el que el médico realizó todos los esfuerzos y no ha tenido resultados, será necesario derivar al paciente con otro profesional (figura X-3).⁸

PROFESIONALISMO MÉDICO

"Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos."

El papa emérito Benedicto XVI lo expresó también de modo muy claro en su carta encíclica *Deus caritas est* 15, cuando dice:³

"Un primer requisito fundamental es la competencia profesional, pero por sí sola no basta. En efecto, se trata de seres humanos, y los seres humanos necesitan siempre algo más que una atención sólo técnicamente correcta. Necesitan humanidad. Necesitan una atención cordial" (figura X-4).³

De acuerdo con Quill (1989), los pasos que habría que realizar para resolver las dificultades serían los siguientes:⁸

- Reconocer que existen una o más barreras, sean directas o indirectas, a la interacción con el paciente, explicadas a continuación:
 - Señales de que existe una barrera en la relación terapéutica:

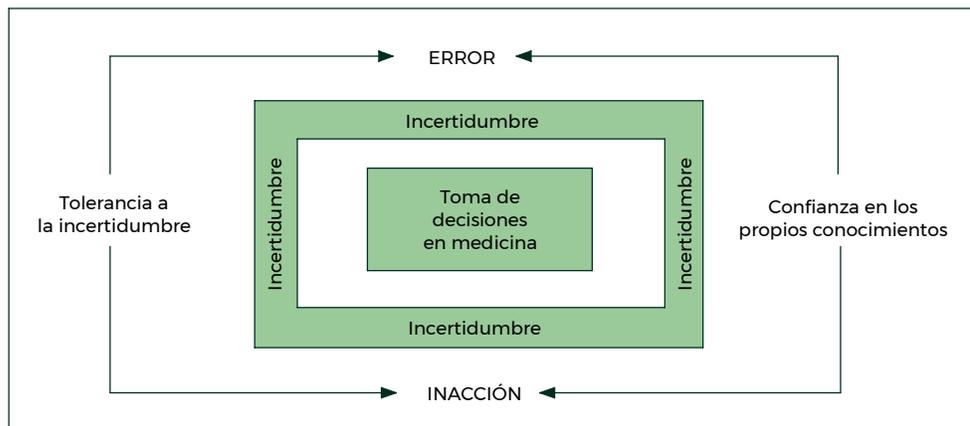


Figura X-3. La toma de decisiones acerca de cómo llevar adelante la consulta ante un paciente difícil genera en el equipo de salud una incertidumbre. Tomada de la referencia 4.

- Incoherencias entre la información verbal y no verbal del paciente.
 - Disonancia cognitiva.
 - Resistencia inesperada por parte del paciente.
 - Malestar del profesional.
 - Falta de cumplimiento de las prescripciones.
 - Exacerbación de una enfermedad crónica.
 - Una vez que se identifican las dificultades el siguiente paso es refinarlas y definir las a través de la generación de hipótesis y la exploración de datos.¹⁰
- Es importante identificar estas causas porque no siempre se trata de trastornos evidentes, así como compartir el proceso con el paciente; involucrarlo en la identificación de la causa del trastorno es beneficioso para el trabajo en equipo y las relaciones adulto-adulto.¹¹
- Una vez que se ha identificado un problema se deben tomar medidas para abordarlo.

Las estrategias que los profesionales pueden utilizar para hacer frente a los obstáculos son:⁷



Figura X-4. Elementos del profesional médico para aplicar en el paciente difícil.

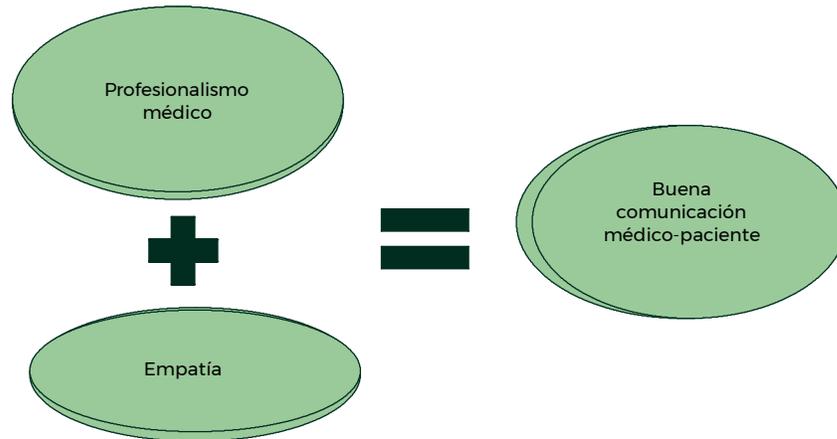


Figura X-5. Enfrentamiento del “paciente difícil”.

- La colaboración mediante el establecimiento de prioridades, el fomento de la toma de decisiones compartida y la promoción del trabajo en equipo.
- El uso apropiado del poder, estableciendo límites claros.
- La empatía a través de la escucha y la comprensión.

CONCLUSIONES

El profesor J. Pablo Jiménez en su publicación “La consulta por problemas emocionales en Atención Primaria”, que fue presentada en el IV Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria en Santiago de Chile, aporta las siguientes “reglas para sobrevivir a situaciones difíciles” (figura X-5).⁶

1. No hacernos responsables de cosas que se escapan de nuestro control.
2. Hacernos cargo de nosotros mismos, cuidarnos, si no, no podremos hacernos cargo de nadie.
3. Es más fácil prevenir que curar. Hay que evitar caer en situaciones difíciles.
4. Si nos molestamos o nos enfadamos, hay que conectar con lo que está pasando, contestando a tres preguntas: qué estoy sintiendo, qué quiero y qué puedo hacer.
5. Pedir apoyo cuando se necesite y permitir que los demás sientan lo que están sintiendo.
6. En una situación difícil hay cuatro opciones: abandonarla, cambiarla, aceptarla o recontextualizarla (intentar esto último).
7. Si nunca nos equivocamos, nunca aprenderemos.
8. Si una situación se convirtió en difícil y no pudimos hacer nada al respecto, entonces hay que examinarla después y considerar qué podríamos hacer una próxima vez para evitar ese mal desenlace.
9. Sólo podemos tomar decisiones con la información que tenemos en ese momento. Si no basta, hay que tratar de ganar tiempo para reunir más.
10. La vida no es justa, pero tampoco es una contienda. Lo mejor se logra de la colaboración y no del triunfo sobre los otros.
11. Debemos partir de donde el paciente está, y él está en el único lugar al que ha podido llegar.

REFERENCIAS

1. Álvarez CR: Paciente y padeciente. *Rev Fac Med* 2014;57(5):3-4.

2. **Guerrero VD, Guerrero VA, Escobar ZO, Herrera AJ:** La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo Conocimiento* 2022;7(4):1038-1056.
3. **Espinoza GR:** El paciente difícil y profesionalismo médico. *Rev Cir* 2019;71(3):270-273.
4. **Cherjovsky R:** El paciente difícil. *Rev Cicat* 2020;6(9):34-39.
5. **Ágreda J, Yanguas E:** El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *AN Sis San Navarra* 2001;4(2):65-72.
6. **Jiménez JP:** El manejo de pacientes “difíciles”. La consulta por problemas emocionales en Atención Primaria. En: *IV Congreso Nacional de Médicos de Atención Primaria*. Santiago de Chile, Módulo Salud Mental, 2007.
7. **Espíldora M:** La relación clínica con el paciente. *Aten Primaria* 2000;25(6):443-447.
8. **Merino I, Del Castillo A, Saldaña C:** El manejo de pacientes difíciles. ¿Qué ocurre cuando el paciente y el terapeuta no se entienden? *C Med Psicossom* 2016;118:15-24.
9. **Mathers N, Jones N, Hannay D:** Heartsink patients: a study of their general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995;45:293-296.
10. **Martín MN:** La relación clínica con el paciente difícil. *Aten Primaria* 2013;25(6):443-447.
11. **Mas GX, Cruz DJ, Fañanás LN, Allué BA, Zamora CI et al.:** Paciente de trato difícil en atención primaria: una aproximación cuantitativa y cualitativa. *Aten Primaria* 2003;31(4):214-221



IMSS

CAPÍTULO XI

Intervencionismo en medicina paliativa

Yolanda Marisa Ruiz Liñán



La incidencia de cáncer en el mundo será cada vez mayor de acuerdo con el reporte de cáncer mundial publicado por la Organización Mundial de la salud (OMS). El dolor en los individuos con cáncer es un síntoma con alta prevalencia. Las tasas más altas de dolor informadas corresponden a los cánceres de cabeza y cuello, próstata, útero, otros cánceres genitourinarios, de mama y de páncreas.^{1,2}

La prevalencia de dolor en los pacientes en tratamiento activo se estima que va de 24 a 73%. Se calcula que los pacientes con enfermedad avanzada o terminal tienen una prevalencia de dolor de 58 a 69%. En 35% de los pacientes con cáncer el dolor es de moderado a severo, pero en la fase avanzada se presenta en 80%. Sorprendentemente, los pacientes en remisión de la enfermedad informan una prevalencia de dolor entre 21 y 46%. De todos los pacientes con dolor por cáncer, más de un tercio califican el dolor como moderado o severo.¹

El dolor puede estar asociado al propio diagnóstico, pero también a los procedimientos diagnósticos o al tratamiento. En 55% de los pacientes se presenta dolor por el tratamiento del cáncer, como la radioterapia, la quimioterapia o los tratamientos hormonales. Aproximadamente un tercio de los pacientes presentan dolor crónico después del tratamiento curativo, lo que repercute en su calidad de vida y las actividades de la vida diaria.^{2,3}

Algunos factores de riesgo para incremento del dolor son el sexo femenino, la edad mayor de 65 años y los estadios avanzados del cáncer.²

Se ha estimado que el dolor por cáncer se maneja bien en 75 a 90% de los pacientes con cáncer, siguiendo la escalera de la Organización Mundial de la Salud; sin embargo, en 10 a 25% del resto de los pacientes el control deficiente del dolor se asocia a una disminución de la calidad de vida, además algunos pacientes experimentan efectos secundarios sistémicos intolerables de los enfoques tradicionales de manejo del dolor que requieren la consideración de enfoques alternativos y las vías de administración para lograr el alivio. Para estos pacientes los procedimientos anestésicos intervencionistas son fundamentales para mejorar el funcionamiento diario y la calidad de vida y reducir los efectos secundarios de los medicamentos.¹

Los medicamentos analgésicos son sólo una parte del tratamiento del dolor por cáncer y se debe adoptar un enfoque integrado para el tratamiento del dolor por cáncer; esto debe incorporar:⁴

1. Tratamientos antitumorales primarios.
2. Terapia analgésica intervencionista.



3. Una variedad de técnicas no invasivas, como intervenciones psicológicas y de rehabilitación.

Las técnicas de intervención incluyen bloqueos nerviosos, bloqueos neurolíticos, bloqueos simpáticos y administración de fármacos intratecales. Los pacientes con dolor refractario al tratamiento farmacológico y/o con efectos secundarios limitantes de la dosis relacionados con los analgésicos pueden lograr el control del dolor con la disminución de 50% de los medicamentos, mediante técnicas de intervención cuando se usan solas o, más frecuentemente, en combinación con terapia sistémica.^{2,4}

Aún existe discordancia en la manera como las técnicas intervencionistas pueden ser integradas en la estrategia terapéutica. Los procedimientos intervencionistas son efectivos, proporcionan disminución del dolor y de la carga de síntomas, disminuyen la ingesta de opioides y presentan un riesgo de complicación muy bajo.²

BLOQUEOS NERVIOSOS ECOGUIADOS

El perfil de los candidatos para realizar dichos procedimientos de intervencionismo ecoguiados implica una patología compatible con los patrones de distribución del dolor neuroanatómico y los individuos sin psicopatología, ganancia secundaria y grados más bajos de carga de enfermedad. Los estudios aleatorizados han encontrado que las inyecciones que se realizan como parte de un enfoque multimodal son más efectivas que las que se realizan como terapia independiente.⁵

Los bloqueos de nervios periféricos o de plexos pueden utilizarse cuando el dolor se produce en el campo de uno o más nervios periféricos, o si el dolor es causado por complicaciones, como una fractura patológica u oclusión vascular; siempre se utilizan junto con la analgesia combinada sistémica y en combinación con el abordaje multimodal aplicado a todos los dolores por cáncer.⁵

El ultrasonido tiene la ventaja de que la calidad de la imagen es superior en los equipos modernos y cada vez es más portátil, no invasivo, sin exposición a radiación y ampliamente disponible de manera diagnóstica y terapéutica en el consultorio, a pie de cama y en las visitas domiciliarias. Con la demostración en tiempo real de los hallazgos se puede facilitar la discusión del plan terapéutico y facilitar la relación médico-paciente. Se puede visualizar no solamente el sitio de interés para un procedimiento intervencionista, sino también las estructuras circundantes, como el pulmón, la pleura o la vasculatura, ofreciendo un perfil de seguridad y disminuyendo el riesgo de lesión vascular o depósito intravascular, aunado a que también se visualizan las estructuras en tiempo real.⁶

Hay numerosas intervenciones guiadas por ultrasonido, como la aplicación de anestésicos locales, corticosteroides, dextrosa y plasma rico en plaquetas, y la ablación por radiofrecuencia, con una alta efectividad.⁶ Algunos procedimientos guiados por ecografía son el bloqueo del plexo celiaco, la neurólisis del plexo hipogástrico superior, la neurólisis del ganglio impar y la infiltración de toxina botulínica en las glándulas parótidas y las glándulas submandibulares para el tratamiento de la sialorrea.⁶

La ecografía en un modelo de cuidados paliativos mejora la calidad de vida de las personas en fase terminal que la mayor parte del tiempo permanecen inmóviles y deseando el método diagnóstico y de tratamiento menos invasivo.³

BLOQUEOS SIMPÁTICOS

Los bloqueos simpáticos y la neurólisis son utilizados en el dolor oncológico visceral refractario. Algunas estructuras nerviosas son el objetivo, según la localización primaria del tumor o las metástasis a distancia responsables de la presentación del dolor. La fluoroscopia, el ultrasonido o la tomografía son realizados mediante guía para asegurar la localización adecuada de la aguja cercana a la localización del objetivo.²

Los bloqueos diagnósticos ayudan a identificar los generadores de dolor y diferenciar el origen del dolor, que puede visceral o somático. Las estructuras abdominales superiores, como el tracto gastrointestinal del esófago al colon transverso, el páncreas, el hígado, los uréteres y los vasos abdominales tienen inervación del plexo celiaco. Las estructuras abdominales inferiores y pélvicas, como la vejiga, la próstata, los testículos, las vesículas seminales, el colon sigmoidees, el útero, los ovarios, el fondo de la vagina y el recto, son inervadas por el plexo hipogástrico superior. El ganglio impar proporciona inervación al perineo, el recto distal, el ano, la uretra distal, la vulva y el tercio inferior de la vagina.²

Bloqueo del plexo celiaco

El plexo celiaco está formado por los nervios esplácnicos mayor, medio e inferior; se localiza alrededor de la arteria celiaca y de la raíz de la arteria mesentérica superior, en sentido retroperitoneal posterior al estómago y al páncreas, y anterior al diafragma. Se localiza a nivel del cuerpo vertebral L1, aunque varía entre el borde inferior de T12 y el borde superior de L1. Algunos abordajes posteriores percutáneos son transaórticos, antecurales, retrocurales y esplácnicos; de manera anterior se ha descrito uno endoscópico transgástrico realizado por los gastroenterólogos.²

El ganglio celiaco proporciona eferencias simpáticas al tracto gastrointestinal, por lo que el bloqueo genera hipotensión ortostática y diarrea por acción parasimpática sin oposición. Algunas complicaciones potenciales son el hematoma retroperitoneal, la toxicidad por anestésico local, la lesión renal y el neumotórax. El riesgo de complicaciones neurológicas es menor de 1%; una de ellas puede ser la paraplejía por lesión a la arteria de Adamkiewicz que irriga la médula espinal. El alcohol deshidratado es el agente más común, pues tiene la ventaja de que genera disrupción de las redes neuronales difusas. Los volúmenes por usar van de 15 a 50 mL de alcohol de 50 a 100%. Algunos estudios sugieren el uso de 40 mL. En los estudios recientes se han demostrado mejores resultados con la ablación por radiofrecuencia.²

Bloqueo del plexo hipogástrico superior

La técnica clásica se realiza con guía fluoroscópica con inserción de las agujas de manera bilateral a nivel de L5-S1, con resultados de disminución del dolor pélvico en 70 a 90% de los pacientes.²

Bloqueo del ganglio impar

El ganglio impar o de Walter se localiza en la superficie anterior del sacro, proporciona eferencia simpática al periné, el recto distal, la región perianal, la uretra distal, la vulva, el escroto y el tercio distal de la vagina. Se usa en pacientes con dolor por cáncer de recto, ano, vulva o alguno otro perineal. La técnica clásica se describió en 1990.

Se realiza de manera percutánea con un abordaje transcoccígeo con guía fluoroscópica; otros abordajes son las articulaciones intercoccígea y paracoccígea.²

Se ha reportado una mejoría de 60% en cuanto al dolor, sin efectos adversos significativos. Las complicaciones pueden ser disfunción motora, sexual, del esfínter urinario o del ano, y perforación del recto.²

ANALGESIA EPIDURAL E INTRATECAL

La analgesia intratecal mediante implantación de una bomba está indicada cuando el dolor oncológico es severo a pesar del uso adecuado del tratamiento farmacológico habitual o cuando la dosis está limitada por los efectos adversos.²

Una ventaja de la administración de los opioides de manera intratecal es la reducción de los efectos adversos relacionados con el opioide, permitiendo la eliminación o la reducción de los opioides orales, y la disminución de los niveles plasmáticos de ellos. La morfina intratecal y la hidromorfona



tienden a ingresar en la médula espinal en lugar de la circulación sistémica, gracias a sus propiedades hidrofílicas relativas. La dispersión del opioide estará influida por las tasas de flujo y velocidad de administración de la bomba.²

Las bombas implantables consisten en una batería y un circuito microeléctrico integrado que controla la administración del medicamento, permitiendo la modificación de ella según las necesidades del paciente y la provisión de bolos administrados por él. Las bombas más comunes son las continuas peristálticas y la compuerta con válvula.²

El sitio de localización de la punta del catéter es debatible; se recomienda colocarla en el dermatoma asociado a la fuente del dolor, aunque también hay recomendaciones del nivel según el sitio doloroso.²

La dosis intratecal inicial varía ampliamente y depende de la ingesta de opioide de base. Se sugiere calcular con una proporción de 100:1, asumiendo que los opioides sistémicos se suspenderán. Las dosis a demanda pueden programarse para que sean 10% de la dosis diaria total intratecal. Si se realizó una prueba antes de la implantación de la bomba, se recomienda que la dosis intratecal inicial sea 50% de la dosis de prueba. Hay que considerar siempre el riesgo de depresión cardiopulmonar y la admisión del paciente en un hospital para su observación. Se aconseja la proporción de 10:1 de una prueba epidural a la dosis diaria intratecal.²

Las complicaciones más comunes son el mal funcionamiento del catéter, como la migración, el enrollamiento y la oclusión de la punta. Entre las raras se incluyen la formación de un granuloma en la punta del catéter (prevalencia 8%), el hematoma epidural (0.75%), el riesgo de infección (de 0.7 a 3.2%) y las complicaciones relacionadas con el manejo quirúrgico. La cefalea pospunción dural ocurre en 15.5% de los pacientes. Los factores de riesgo que tienden a mayores complicaciones son los problemas psicológicos, la inmunosupresión, el tabaquismo, la diabetes mellitus, los desórdenes de la coagulación y la terapia anticoagulante.²

ESTIMULACIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL

Las indicaciones más comunes son en el síndrome doloroso regional complejo, el síndrome poslaminectomía, la radiculopatía crónica y el dolor neuropático y visceral refractario. Los efectos adversos relacionados con el tratamiento del cáncer son susceptibles también a la estimulación de la médula espinal. Por ejemplo 52% de los pacientes expuestos a agentes quimioterapéuticos neurotóxicos desarrollan neuropatía inducida por quimioterapia.²

VERTEBROPLASTIA Y ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Se estima que cerca de 30% de los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer presentan metástasis vertebrales en el momento del diagnóstico, y que de 30 a 70% de los pacientes presentan dolor lumbar en relación con la metástasis de columna vertebral con compromiso de varios niveles. Se sugiere que es debido a la gran vascularidad con diseminación anterógrada y siembra retrógrada a través del peso venoso de Bastón extradural avalvular. El dolor está ocasionado por crecimiento del tumor que incrementa la presión sobre en endostio desencadenando una cascada inflamatoria. En el cuerpo vertebral también se puede encontrar debilidad, la cual resulta en fracturas de compresión patológicas.²

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor con o sin patrón radicular, déficit neurológicos y deformidades espinales. El manejo apropiado de las metástasis requiere un abordaje multidisciplinario.²

La vertebroplastia se debe considerar en los pacientes con dolor severo secundario a fracturas patológicas por compresión. Se ha demostrado mejoría en la disminución del dolor, de la ingesta de opioides y de la discapacidad relacionada con el dolor. La cifoplastia tiene un menor riesgo de extravasación de cemento y mejora la corrección de la cifosis.²

La radiofrecuencia se indica en el dolor lumbar asociado a tumores en la columna vertebral, ya que es segura y efectiva. La ablación por radiofrecuencia es la aplicación percutánea de energía térmica que causa necrosis localizada de un tejido objetivo y disminuye el dolor debido a la destrucción de tejido nervioso transmisor del dolor y de los nociceptores periósticos.²

REFERENCIAS

1. **Careskey H, Narang S:** Interventional anesthetic methods for pain in hematology/oncology patients. *Hematol Oncol Clin N Am* 2018;32(3):433-445.
2. **Aman MM, Mahmoud A, Deer T, Sayed D, Hagedorn JM et al.:** The American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) best practices and guidelines for the interventional management of cancer-associated pain. *J Pain Res* 2021;14:2139-2164.
3. **Chernack B, Knowlton SE, Kohler MJ:** The use of ultrasound in palliative care and hospice. *Am J Hosp Palliat Med* 2017;34(4):385-391.
4. **Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R et al.:** Management of cancer pain in adult patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2018;29:166-191.
5. **Cohen SP, Vase L, Hooten WM:** Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet* 2021;397(10289):2082-2097.
6. **Kaye AD, Motejunas MW, Bonneval LA, Ehrhardt KP, Latimer DR et al.:** Ultrasound practice for chronic pain procedures: a comprehensive review. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2019;33:465-486.







CAPÍTULO XII

Fatiga, fiebre y anemia de origen tumoral

Alejandro Peña Carcaño, Wilson Gadiel Segovia Merlo



FATIGA

El término “fatiga” se puede utilizar para describir la dificultad o la incapacidad para iniciar una actividad (sensación subjetiva de debilidad), la capacidad reducida para mantener la actividad (fácil fatigabilidad) y la dificultad con la concentración, la memoria y la estabilidad emocional (fatiga mental). Una cuidadosa anamnesis reveló que cuando algunos pacientes usan la palabra “fatiga” se refieren a la somnolencia o a una necesidad incontrolable de dormir. Los pacientes pueden informar uno o una combinación de estos síntomas, y pueden ocurrir solos o junto con molestias localizadas.¹

La fatiga aguda dura un mes o menos, la fatiga subaguda dura entre uno y seis meses y la fatiga crónica tiene una duración mayor de seis meses. Los pacientes pueden tener un estado de fatiga crónica sin cumplir los criterios del síndrome de fatiga crónica. Es el síntoma más frecuente en los pacientes con cáncer. Casi 14 millones de sobrevivientes de cáncer informan fatiga relacionada con el cáncer, una condición intratable con tratamientos sólo marginalmente efectivos debido a su naturaleza multifactorial y compleja y su fisiopatología mal definida. Rara vez es aislado y ocurre comúnmente con otros síntomas y signos, como dolor, angustia emocional, anemia y trastornos del sueño, en grupos de síntomas.²

Cuando se relaciona con el cáncer se define como “una sensación subjetiva y persistente de cansancio, angustia, agotamiento físico, emocional y/o cognitivo, desproporcionado con cualquier actividad reciente, y que no mejora con el descanso y el sueño, interfiriendo en las actividades de la vida diaria, relacionado con el cáncer o el tratamiento del cáncer que no es proporcional a la actividad reciente e interfiere con el funcionamiento habitual”. La fatiga en los pacientes con cáncer ha sido subestimada, subdiagnosticada y subtratada.³

La Clasificación Diagnóstica de Enfermería propuesta por la NANDA-I describe la fatiga como “una abrumadora sensación sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad de trabajo físico y mental al nivel habitual”.⁴

Es una experiencia subjetiva que debe ser evaluada sistemáticamente utilizando autoinformes de los pacientes y otras fuentes de datos, examinada, evaluada y manejada de acuerdo con las guías de práctica clínica. Existen pruebas de detección de fatiga que utilizan medidas apropiadas para la edad en su visita inicial, en intervalos regulares durante y después del tratamiento del cáncer, y según esté clínicamente indicado.⁴



En la actualidad se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis (Maqbali, 2020) de 129 estudios con 71,568 pacientes que informó una prevalencia de fatiga de 49%; sin embargo, se apreció un grado significativo de heterogeneidad en otro estudio descriptivo transversal con 148 pacientes con cáncer de próstata reclutados al azar, con el objetivo de explorar la fatiga relacionada con el cáncer y su impacto en la calidad de vida. Las evaluaciones incluyeron las escalas de fatiga del cáncer EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-PR25. En 66.9% de los pacientes se experimentó fatiga relacionada con el cáncer y se registraron niveles más altos para la subescala afectiva. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que informaron IRC y los niveles más bajos de calidad de vida (media = 49.1) y aquellos que no informaron fatiga y tenían niveles más altos de calidad de vida (media = 72.1).⁵

La fatiga asociada al cáncer es un problema significativo para los pacientes con cáncer de próstata avanzado, ya que afecta su calidad de vida de varias maneras.⁶

El cáncer y los tratamientos antineoplásicos son causa de fatiga. En oncología se ha implementado un número cada vez mayor de estrategias farmacológicas y no farmacológicas para el cuidado de los pacientes con cáncer. A pesar de ello, tanto la enfermedad como su tratamiento desencadenan numerosos signos y síntomas, como la fatiga. No obstante, otras causas incluyen factores físicos, dolor, infección, fiebre, anemia, hipotiroidismo, diabetes, trastornos electrolíticos y disfunción renal, hepática y cardíaca.⁴

En otro estudio sobre la fatiga se señala que es uno de los síntomas más comunes de la leucemia mieloide aguda. Existe alguna evidencia de que la fatiga se asocia a una supervivencia más corta en las neoplasias hematológicas malignas. Este estudio prospectivo indicó el valor pronóstico de la fatiga informada por el paciente antes del inicio del tratamiento, para la supervivencia de dos años en 94 pacientes con leucemia mieloide aguda. Los modelos de regresión de Cox que controlaron los factores demográficos y clínicos mostraron que quienes padecían fatiga severa (22%) tenían tasas de supervivencia reducidas (cociente de riesgos 2,255, intervalo de confianza 95% de 1.16 a 5.60; $p = 0.019$). La exploración adicional mostró que la fatiga se asoció a concentraciones plasmáticas aumentadas de interleucina (IL) 6 y factor de necrosis tumoral alfa, pero no a factores demográficos o relacionados con la enfermedad. En conclusión, la fatiga severa antes de la quimioterapia de inducción a la remisión tiene un pronóstico de supervivencia más corta en los pacientes con leucemia mieloide aguda de todas las edades.⁷

FIEBRE

La fiebre en los pacientes neutropénicos se define como una temperatura oral única ≥ 38.3 °C o una temperatura ≥ 38.0 °C sostenida durante un periodo de una hora. La definición de fiebre se analiza con mayor detalle por separado.⁸ La definición de neutropenia puede variar según la institución, pero la neutropenia generalmente se define como un recuento absoluto de neutrófilos (RAN) $< 1,500$ o $1,000$ células/ μL , la neutropenia grave como un RAN < 500 células/ μL o un RAN que se espera que disminuya a menos de 500 células/ μL durante las siguientes 48 h, y neutropenia profunda, como un RAN < 100 células/ μL . El riesgo de infección clínicamente importante aumenta a medida que el recuento de neutrófilos cae por debajo de 500 células/ μL y es mayor ante una duración prolongada de neutropenia (> 7 días). A los efectos de esta discusión, la neutropenia severa se define como un RAN < 500 células/ μL .⁸

Hasta una tercera parte de los pacientes oncológicos presentan un cuadro febril en algún momento de la evolución. Sus causas son semejantes a las del paciente no oncológico, pero además el propio tumor puede causar fiebre. La infección es la causa más frecuente, sobre todo en el paciente con neutropenia.⁹

La fiebre puede ser el único signo de infección subyacente en los pacientes con cáncer neutropénico. La fiebre no reconocida y las infecciones no tratadas pueden provocar sepsis progresiva y posi-

blemente la muerte. El reconocimiento temprano, los antibióticos oportunos y el tratamiento son cruciales para obtener resultados favorables. La neutropenia febril es una emergencia oncológica que requiere evaluación y tratamiento inmediatos. Se asocia a altas tasas de morbilidad y mortalidad.⁹

En un estudio con la finalidad principal de evaluar el cumplimiento de las pautas de neutropenia febril de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) en pacientes adultos con cáncer y neutropenia febril en el Instituto, *UCHealth Memorial Hospital*, los objetivos secundarios fueron examinar la selección de antibióticos, los resultados del cultivo, el tiempo hasta los antibióticos, la mortalidad por todas las causas y la duración de la estancia hospitalaria.⁹

En una revisión retrospectiva de historias clínicas de un solo centro de pacientes neutropénicos hospitalizados sometidos a quimioterapia activa la neutropenia y la fiebre se definieron según las pautas de la NCCN. Un total de 223 pacientes neutropénicos fueron hospitalizados entre el 15 de octubre de 2015 y el 31 de diciembre de 2016. En total, 16 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para neutropenia con fiebre inducida por quimioterapia. El cumplimiento de los estándares de las directrices de la NCCN se observó en siete (43.8%) pacientes. Los antibióticos administrados dentro de los 60 min después de la presentación fueron el estándar más bajo, con adherencia en ocho (50%) pacientes. Se iniciaron regímenes antibióticos en monoterapia empírica en 11 (68.8%) pacientes; ocho (50%) recibieron cefepima y tres (18.8%) recibieron meropenem.¹⁰

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el cumplimiento total de las pautas de neutropenia febril de la NCCN no es el óptimo. Este estudio demostró la necesidad de iniciativas de mejora de procesos, incluida la adición de una alerta de registro de salud electrónico para señalar a los pacientes que sean sometidos a quimioterapia activa. También justifica la promoción del uso de la vía de tratamiento de la neutropenia febril del departamento de emergencias del Instituto entre los proveedores para mejorar el cumplimiento general. La fiebre puede ser el primero o único signo de que existe una infección subyacente en los pacientes con cáncer neutropénico.¹⁰

En la quinta parte de los pacientes no neutropénicos se encuentra una infección, y casi la mitad de los casos permanecen sin diagnóstico etiológico. Es necesario destacar que la fiebre tumoral es un diagnóstico de exclusión luego de un estudio exhaustivo que debe incluir policultivos (sangre, orina, etcétera) y descartar otras causas de fiebre, como síndromes reumatológicos relacionados (polimiositis y dermatomiositis, entre otros).¹⁰

En muchos casos se describe como síndrome paraneoplásico en los pacientes con linfoma, leucemias agudas y carcinoma de células renales. La fiebre neoplásica se caracteriza por fiebre intermitente, sin signos de escalofríos, escalofríos y alteraciones mentales. Los picos alternos de fiebre y la frecuencia del pulso regular se controlan para confirmar el diagnóstico. Ciertas imágenes de diagnóstico son necesarias para un diagnóstico definitivo.¹¹

El predominio de la fiebre tumoral es común en el carcinoma renal, el hepatoma y los linfomas (Hodgkin y no Hodgkin), y es de aparición más esporádica en la leucemia aguda, el osteosarcoma, el mixoma auricular, el carcinoma suprarrenal, el feocromocitoma y los tumores hipotalámicos. Se considera que resulta de la secreción de citocinas pirógenas (IL-1, IL-6, factor de necrosis tumoral, interferón) a partir de las células tumorales o por los leucocitos que estimula el tumor.¹¹

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son útiles en el tratamiento de la fiebre tumoral. Los más utilizados son la indometacina y el naproxeno. Algunos autores sugieren la utilidad de estos fármacos para distinguir entre fiebre de origen infeccioso y tumoral, ya que la última es más sensible a los AINE.¹¹

En un estudio fueron tratados dos pacientes con fiebre y sudoración. La primera era una mujer de 70 años con colangiocarcinoma con tres meses de fiebre para quien el naproxeno fue ineficaz y estaba iniciando con la quimioterapia. En las dos horas siguientes a la administración de 2.5 mg de oxibutinina cada 12 h desapareció la sudoración y nunca volvió a tener fiebre, la cual se había

elevado a 38° C. El segundo era un hombre de 52 años de edad con cirrosis y carcinoma hepatocelular con prescripción de oxibutinina en dosis de 2.5 mg cada 12 h con lisis de la fiebre en cuestión de horas y cese de la sudoración. Hasta la fecha ha pasado más de un mes sin reducción de la eficacia, por lo que se concluyó que la oxibutinina puede ser una modalidad de tratamiento exitoso para los pacientes con fiebre y sudoración que no pueden ser tratados o son refractarios a los AINE. Se justifica más investigación para garantizar la estabilidad de los resultados a lo largo del tiempo y para controlar los efectos secundarios.¹²

ANEMIA

La anemia afecta a un tercio de la población mundial y contribuye al aumento de la morbilidad y la mortalidad, la disminución de la productividad laboral y el deterioro del desarrollo neurológico.¹³

La anemia se define como una hemoglobina (Hgb) o un hematócrito menor de dos desviaciones estándar por debajo de la media correspondiente para la edad, el sexo y el estado fisiológico. La anemia se definió de acuerdo con las pautas de la NCCN como un nivel de Hgb \leq 11 g/dL. Se calificó según los criterios de terminología de eventos adversos versión 5.0 como grado 1 (Hgb \leq límite inferior de lo normal a 10 g/dL), grado 2 (Hgb $<$ 10 a 8 g/dL) y grado 3 (Hgb $<$ 8 g/dL).¹⁴

El estudio de un paciente con anemia comienza con el interrogatorio, el examen físico y los exámenes de laboratorio básicos, a saber: hemograma completo, recuento de reticulocitos y de plaquetas, perfil de hierro (ferremia, transferrinemia, saturación de transferrina y ferritina sérica), eritrosedimentación, hepatograma, función renal, perfil tiroideo, lactato deshidrogenasa y haptoglobina sérica.¹⁵

La anemia se manifiesta por síntomas como fatiga, debilidad, mareos y dificultad para respirar, entre otros. Las causas más comunes de anemia son las carencias nutricionales, particularmente de hierro, aunque las carencias de folato y vitaminas B₁₂ y A también son importantes; las hemoglobinopatías; y las enfermedades infecciosas, como el paludismo, la tuberculosis, el SIDA y las parasitosis. La anemia es un grave problema de salud pública en el mundo que afecta particularmente a los niños pequeños y las mujeres embarazadas. La Organización Mundial de la Salud calcula que en todo el mundo son anémicos 42% de los niños menores de cinco años y 40% de las mujeres embarazadas.¹³

La anemia es generalizada entre los pacientes con cáncer y afecta a entre 30 y 90% de las personas con tumores sólidos y de 26 a 85% de las que tienen neoplasias ginecológicas malignas. La etiología de la anemia en los pacientes con cáncer es multifactorial e involucra elementos relacionados con el tratamiento. La inflamación crónica asociada al cáncer y las citocinas relacionadas con el cáncer pueden mediar en la supresión de la producción de eritropoyetina y el secuestro de hierro, lo que contribuye a la anemia.¹⁶

La pérdida aguda de sangre por cirugía citorrreductora, el deterioro renal por quimioterapia y el deterioro de la médula ósea por quimioterapia, radiación u otros tratamientos también pueden contribuir a la anemia asociada al cáncer.¹⁶

La anemia en los pacientes con cáncer se ha relacionado con mayores morbilidad y mortalidad. Los síntomas de la anemia, que a menudo se presentan como dificultad para respirar, letargo, palpitaciones o síncope, pueden alterar el funcionamiento diario y contribuir a una menor calidad de vida. Numerosos estudios han demostrado asociaciones entre la anemia y una peor respuesta al tratamiento y la supervivencia en una variedad de cánceres, incluidos los cánceres de ovario, de endometrio, de cuello uterino y de vulva. En los cánceres ginecológicos la anemia se ha asociado a un control tumoral local deficiente, potencialmente relacionado con la resistencia al tratamiento mediada por la hipoxia tumoral.¹⁶

Aunque la anemia es prevalente en los pacientes con cáncer, la evidencia sugiere que faltan el estudio y el tratamiento de la anemia en el contexto oncológico.¹⁶

La anemia más común en el paciente con cáncer es la de trastornos crónicos, con un patrón normocrómico y normocítico. El perfil férrico es de una ferritina normal o alta, transferrina normal o baja y hierro sérico bajo. Se piensa que esto se debe a que las células tumorales secretan citocinas, las cuales inhiben la producción de eritropoyetina.¹⁶

También es común la anemia hemolítica, cuya causa varía en función del tumor primario. La anemia hemolítica autoinmunitaria se presenta sobre todo en las neoplasias hematológicas de linfocitos B (leucemia linfocítica crónica y linfomas), pero en ocasiones se relaciona con adenocarcinomas mucosecretorios. Se define por elevación de la bilirrubina no conjugada, la lactato deshidrogenasa y los recuentos reticulocitarios altos, la haptoglobina baja y una prueba de Coombs positiva. También puede ser una hemólisis por anticuerpos calientes o fríos.¹⁷

Existen varios tipos de anemias hemolíticas; sin embargo, todas tienen como denominador común la destrucción del eritrocito. En cuanto a su clasificación, se puede dividir en anemias hemolíticas intracorpúsculares, en las que la causa de la hemólisis radica en los eritrocitos y generalmente son hereditarias; y anemias hemolíticas extracorpúsculares, en las que la causa del proceso hemolítico es ajena a los glóbulos rojos. Cuando se producen anticuerpos dirigidos contra estructuras propias aparecen las enfermedades autoinmunitarias. La inmunopatología de las enfermedades autoinmunitarias se desencadena por la presencia de anticuerpos autorreactivos o por la activación de células T que secretan citocinas tipo Th1 que conducen a la activación de los fagocitos.¹⁷

El tratamiento consiste en la atención del tumor subyacente; a veces es útil la administración de corticoides, sobre todo en los casos que tienen que ver con tumores del sistema linfóide. Es el caso específico del síndrome de Evans, en el que se presenta anemia hemolítica con trombocitopenia autoinmunitaria. Otro mecanismo de hemólisis es la microangiopatía. También se vincula con tumores mucosecretorios (mama, próstata, páncreas, entre otros), al parecer debido a alteraciones microvasculares por crecimiento tumoral intravascular o coexistencia de coagulación intravascular diseminada (ver más adelante) con depósitos de fibrina en los pequeños vasos, lo que contribuye al atrapamiento y la destrucción de los glóbulos rojos. En el hemograma se observa aumento del recuento reticulocitario, a veces con una reacción leucoeritroblástica y abundantes esquistocitos. La prueba de Coombs es negativa. Es una anemia de mal pronóstico cuyo mejor tratamiento es el antitumoral.¹⁷

El timoma es una neoplasia de baja prevalencia originada de células epiteliales del timo cuya localización más frecuente es el mediastino anterior. Puede aparecer en localizaciones ectópicas y causar una aplasia pura de la serie eritrocitaria; sus características son ausencia de signos de regeneración tanto en sangre periférica (reticulocitos bajos) como en la médula ósea (disminución de precursores de la serie roja mientras las otras series son normales) e hipogammaglobulinemia. En algunos casos se relaciona con linfomas o leucemias y tumores sólidos. El tratamiento es la extirpación del tumor primario.¹⁸

A menudo se observa anemia por causas distintas de las paraneoplásicas, como déficit de hierro o vitamina B₁₂ secundario a radioterapia o quimioterapia, por invasión de la médula ósea, etcétera. Las anemias nutricionales se producen cuando las concentraciones de nutrientes hematopoyéticos —que intervienen en la producción o el mantenimiento de los glóbulos rojos— son insuficientes para satisfacer esas demandas. Las causas de la deficiencia de nutrientes incluyen una ingesta dietética inadecuada, mayores pérdidas de nutrientes (p. ej., pérdidas menstruales abundantes), alteración de la absorción (p. ej., falta de factor intrínseco para ayudar a la absorción de vitamina B₁₂, consumo elevado de fitato o infección por *Helicobacter pylori* que altera la absorción de hierro) o modificación del metabolismo de los nutrientes (p. ej., deficiencia de riboflavina que afecta la movilización de los depósitos de hierro).¹⁵

En un estudio prospectivo de 15,000 pacientes con cáncer 39% tenían anemia en la presentación inicial; sin embargo, sólo 40% de las personas con anemia recibieron tratamiento (BS, 2021). Las



pautas de práctica clínica en oncología de la NCCN actuales para factores de crecimiento hematopoyético recomiendan que los pacientes con un nivel de Hgb \geq 11 g/dL sean sometidos a una evaluación inmediata para detectar las posibles causas de anemia, incluidos los estudios de hierro, nutricionales y de hemólisis, para guiar el manejo clínico.¹⁴

REFERENCIAS

1. **Fosnocht KM:** Approach to the adult patient with fatigue. *UpToDate* 2022.
2. **Hoenemeyer TW:** Open-label placebo treatment for cancer-related fatigue: a randomized-controlled clinical trial. *Sci Rep* 2018;8.
3. National Comprehensive Cancer Network. 2022.
4. **Perdigão MM:** Educational technology for fatigue management related to antineoplastic chemotherapy. *Rev Bras Enferm* 2019;72.
5. **Maqbal MA:** Prevalence of fatigue in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage* 2020;167-189.
6. **Escrive EA:** Responsiveness of the new index muscular echotexture in women with metastatic breast cancer: an exercise intervention study. *Sci Rep* 2022.
7. **Lacourt TE:** Patient-reported fatigue prior to treatment is prognostic of survival in patients with acute myeloid leukemia. *Oncotarget* 2018;31244-31252.
8. **Wingard JR:** Diagnostic approach to the adult cancer patient with neutropenic fever. *UpToDate* 2022.
9. NCCN: Fever and neutropenia clinical practice guidelines in oncology. 2022.
10. **Goldsmith C:** Assessment of initial febrile neutropenia management in hospitalized cancer patients at a community cancer center. *J Adv Pract Oncol* 2018.
11. **Shah AH:** Neoplastic fever in a cancer patient: a case report and review of literature. *J Clin Studies Medical Case Rep* 2020.
12. **Smith TJ:** Treatment of neoplastic fever and sweats in two cancer patients with oxybutynin. *J Clin Oncol* 2019.
13. World Health Organization. 2022.
14. National Comprehensive Cancer Network. 2022.
15. **Chaparro CM:** Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci* 2019.
16. American Society of Clinical Cancer. 2022.
17. **Rojas MA:** Anemias hemolíticas autoinmunes, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol* 2020.
18. **Cruz CLH, Chávez MS, Arias GML:** Timoma asociado con aplasia pura de serie roja en una paciente de 78 años de edad. Informe de un caso. *Rev Hematol* 2013;2.



IMSS

CAPÍTULO XIII

Síndrome de anorexia-caquexia

Carmen Lilibeth Pulido Hernández



INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa principal de muerte en todo el mundo. La *Global Burden of Disease Cancer Collaboration* informó que hubo 17.5 millones de casos de cáncer en todo el mundo y 8.7 millones de muertes en 2015; los casos de cáncer aumentaron 33% durante la última década. Hacia el final de la vida, las personas con cáncer experimentan una carga sustancial de síntomas. Los tres principales síntomas comunes en los pacientes con cáncer al final de la vida son fatiga, dolor y anorexia (pérdida de apetito).¹

La anorexia y la caquexia son observadas comúnmente en muchas enfermedades que amenazan la vida, pero son más frecuentes en las personas con diagnóstico de cáncer. Se estima que 80% de los pacientes con cáncer avanzado desarrollarán caquexia en algún momento durante el curso de su tratamiento. La anorexia se define como la falta de deseo de comer, lo que a su vez resulta en la pérdida de peso. Si no se trata, la anorexia puede poner en peligro la vida, conducir a desnutrición severa y, lo que es peor, puede causar atrofia muscular, mejor conocida como caquexia.²

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La anorexia se define como la pérdida de apetito con o sin pérdida de peso que ocurre en la mitad de los pacientes con cáncer recién diagnosticados y en 26.8 a 57.9% de los pacientes con cáncer avanzado. La anorexia relacionada con el cáncer es un problema clínico importante e influye negativamente en el estado nutricional de los pacientes, lo que puede afectar negativamente su calidad de vida y aumentar la carga sobre los recursos de atención médica.³ También es molesto tanto para los pacientes como para sus cuidadores, que necesitan atención de apoyo por parte de los profesionales de la salud. Además la anorexia es uno de los factores pronósticos independientes para la supervivencia.³

La caquexia es un síndrome metabólico complicado relacionado con una enfermedad subyacente y caracterizado por pérdida de masa muscular con o sin pérdida de masa grasa que a menudo se asocia con anorexia, un proceso inflamatorio, resistencia a la insulina y aumento del recambio de proteínas. La caquexia provoca pérdida de peso y aumento de la mortalidad. La causa principal es el exceso de citocinas. Otros mediadores incluyen testosterona y deficiencia del factor de crecimiento similar a la insulina I, exceso de miostatina y exceso de glucocorticoides.³

En los pacientes con cáncer la prevalencia general de la caquexia oscila entre 40% en el momento del diagnóstico de cáncer y 70% en la enfermedad avanzada.⁴ En 20 a 25% de los pacientes con tumores sólidos avanzados se considera la principal causa de muerte, además de ser una comorbilidad importante que reduce la mediana de supervivencia hasta en 30%.⁵ La caquexia también está asociada a otras enfermedades crónicas, incluida la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia cardíaca crónica, la enfermedad renal crónica y las enfermedades infecciosas e inflamatorias crónicas, incluido el SIDA. Se ha identificado una supervivencia significativamente más corta en los pacientes con cáncer avanzado con caquexia en relación con aquellos sin caquexia.^{4,5}

FACTORES DE RIESGO

Una serie de factores de riesgo suelen funcionar simultáneamente causando anorexia y caquexia en un individuo con un diagnóstico de cáncer. Tanto la anorexia como la caquexia están asociadas a la falta de ingesta oral. La falta de ingesta oral lleva a un paciente con diagnóstico de cáncer a un alto riesgo de desarrollar anorexia y caquexia, que se presentan como signos físicos, mentales o fisiológicos. Un factor que contribuye a esta falta de ingesta es el tratamiento que recibe una persona enferma de cáncer.¹

Los efectos secundarios relacionados con el tratamiento que pueden contribuir al síndrome de anorexia-caquexia pueden estar relacionados con la cirugía, la radiación al tracto gastrointestinal, la quimioterapia y diferentes inmunoterapias. El tratamiento de quimioterapia a menudo provoca la supresión del apetito. La detección de un paciente cuando se le diagnostica por primera vez ayudará a determinar su estado nutricional, lo que podría aumentar su calidad de vida y retrasar los efectos negativos.⁶

El tratamiento, como la quimioterapia, no sólo puede causar falta de apetito, sino también otros efectos secundarios que dificultan la capacidad para comer.⁷ Las ulceraciones orales y la xerostomía son dos factores de riesgo mecánicos contribuyentes que crean barreras para la ingesta calórica. Las náuseas y los vómitos disuaden a las personas de querer consumir suficientes calorías. Estos factores físicos son graves para alguien que se enfrenta a un tratamiento contra el cáncer, además de que pueden combinarse con factores de riesgo adicionales que conducen a peores resultados.⁷

La edad es un factor que contribuye a la anorexia y la caquexia, y se asocia a cambios en la masa corporal, lo que puede conducir a una disminución del desgaste muscular y de la funcionalidad esquelética, más conocida como sarcopenia.⁸ Las personas de mayor edad tienden a tener más signos y síntomas asociados al tratamiento que resulta en peores resultados y son más propensos a desarrollar anorexia y caquexia.

Otro factor que contribuye es el tipo de cáncer. Las personas con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello o gastrointestinal superior tienen un mayor riesgo de padecer estas afecciones, por lo que deben ser sometidas a exámenes de detección con mayor frecuencia.⁸ La caquexia por cáncer no depende del tamaño del tumor, sino del estadio del tumor para cualquier tipo de cáncer dado (cuadro XIII-1).²

FISIOPATOLOGÍA

Cuando se produce un mayor gasto de energía junto con una disminución de la ingesta de energía las alteraciones metabólicas, la liberación de citocinas y otros factores catabólicos conducen a la anorexia y al desgaste del músculo esquelético.⁹ El proceso está mediado por citocinas proinflamatorias que puede ser producidas por el propio tumor o por el sistema inmunitario en respuesta al tumor, incluyendo el factor de necrosis tumoral, las interleucinas 1 y 6, el interferón alfa y el interferón beta. Estas citocinas pueden hacer que el cerebro experimente una saciedad temprana y anorexia, y tener un efecto catabólico directo sobre la atrofia del músculo esquelético.⁷ Las alteraciones

Cuadro XIII-1. Neoplasias malignas habitualmente asociadas a caquexia

Cáncer	Porcentaje de pacientes con caquexia
Gástrico	85
De páncreas	83
Pulmonar de células no pequeñas	61
Pulmonar de células pequeñas	57
De próstata	56
De colon	54
Linfoma no Hodgkin desfavorable	48
Sarcoma	40
Leucemia no linfocítica aguda	39
Mama	36
Linfoma no Hodgkin favorable	31

Tomado de la referencia 4.

metabólicas incluyen disminución de la gluconeogénesis, alteraciones del metabolismo de la glucosa, aumento de la tasa metabólica y cambio en el metabolismo de lípidos, proteínas y carbohidratos (figura XIII-1).⁷

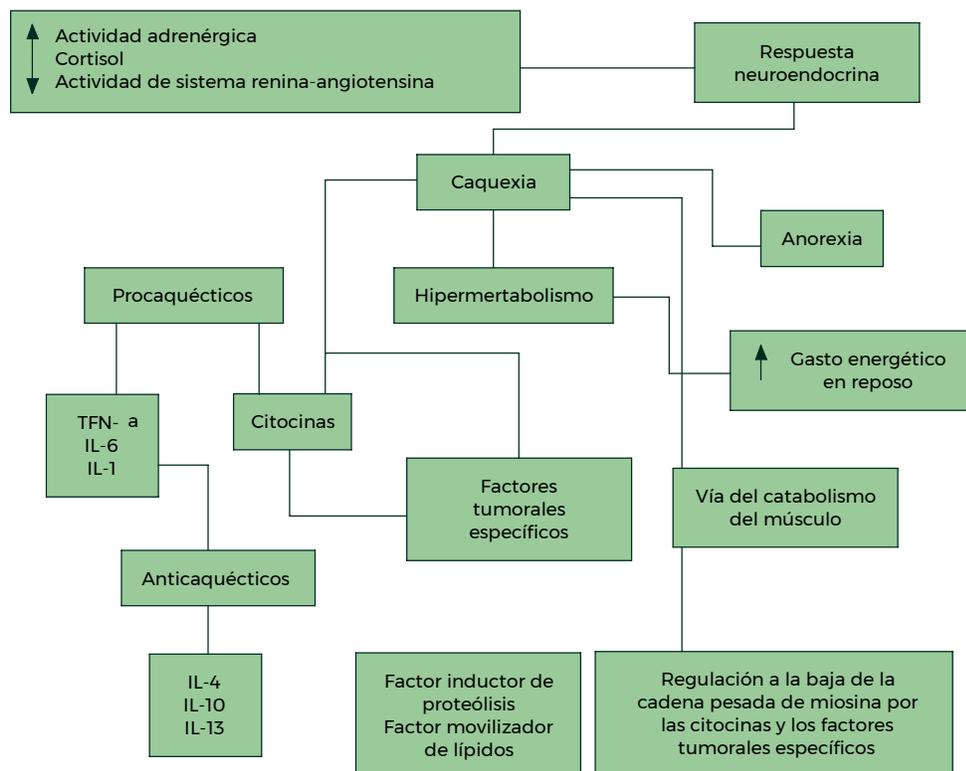


Figura XIII-1. Algoritmo de la caquexia. IL: interleucina. Tomado de Walsh D: *Medicina paliativa*. Elsevier.

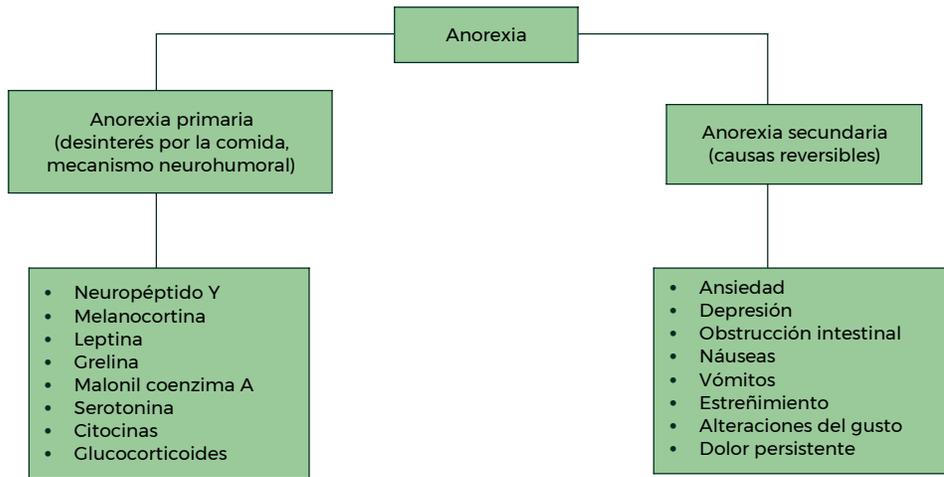


Figura XIII-2. Algoritmo de la anorexia. Tomado de Walsh D: *Medicina paliativa*. Elsevier.

Además se deben considerar otros factores que pueden conducir a la anorexia, como los síntomas del cáncer o el tratamiento del cáncer no controlados, o el miedo, la pena, la fatiga, el dolor, la ansiedad y la reacción del paciente a los cambios en la imagen corporal.¹

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las manifestaciones clínicas de la anorexia incluyen pérdida de peso involuntaria de más de 5% del peso corporal habitual, pérdida de apetito, pérdida de masa muscular, pérdida de tejido adiposo, fatiga y debilidad.¹⁰ Los cambios observados en el cuerpo son el resultado de la pérdida de tejido adiposo. La caquexia es el deterioro progresivo con atrofia muscular que se produce cuando no se cumplen los requisitos proteínicos y calóricos. Con la progresión a la caquexia se produce una pérdida equivalente de tejido adiposo y músculo. Esta pérdida de músculo esquelético y grasa distingue esta condición de la sarcopenia (figura XIII-2).¹⁰

La caquexia se define como una pérdida de peso involuntaria mayor de 5% durante seis meses, un índice de masa corporal menor de 20 y cualquier grado de pérdida de peso mayor de 2%, o sarcopenia y cualquier grado de pérdida de peso mayor de 2%.¹⁰ La caquexia se caracteriza por anorexia, pérdida de peso, atrofia del músculo esquelético y astenia. El síndrome complejo se asocia a deterioro del estado funcional, atrofia muscular, inflamación, fatiga y debilidad, movilidad reducida, saciedad temprana y complicaciones respiratorias (cuadro XIII-2 y figura XIII-3).¹⁰

Cuadro XIII-2. Características clínicas de la caquexia

- Pérdida de peso
- Anorexia
- Fatiga
- Emaciación muscular
- Estesia
- Anemia
- Edema

Obtenido de la referencia 4.

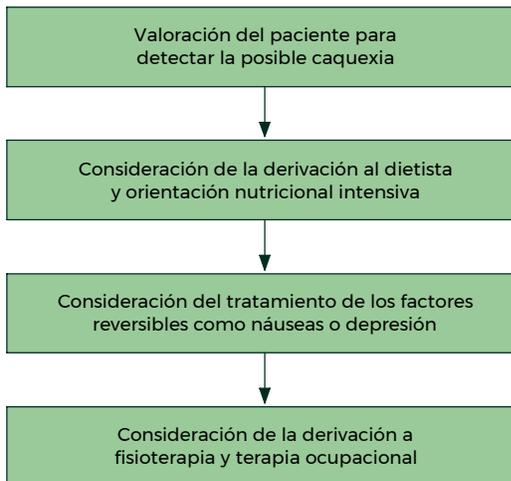


Figura XIII-3. Tomada de la referencia 12.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La caquexia por sí misma rara vez es mal diagnosticada, ya que la enfermedad subyacente causante de su inicio (p. ej., cáncer o infección por VIH) generalmente ya se conoce.

No obstante, la “pérdida de peso de razón desconocida” constituye un síntoma de presentación relativamente frecuente. El fenómeno puede ser secundario a enfermedades en las que la caquexia es habitual (p. ej., neoplasias malignas) o relacionarse con una patología no tradicionalmente vinculada a la caquexia. Los ejemplos de estas últimas son las endocrinopatías (p. ej., tirotoxicosis y diabetes mellitus), las enfermedades reumatológicas y autoinmunitarias (p. ej., poliarteritis nodosa), los trastornos gastrointestinales (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad celiaca y malabsorción), las infecciones crónicas (p. ej., tuberculosis), los trastornos psiquiátricos (p. ej., anorexia nerviosa) y los síndromes epónimos (p. ej., síndrome de Parry-Romberg).¹⁰

La atrofia musculoesquelética debida al envejecimiento (sarcopenia) en ocasiones es diagnosticada erróneamente como caquexia. La principal diferencia entre estos dos síndromes parece ser el efecto de la masa grasa. Tanto la caquexia como la sarcopenia inducen disminución de la masa muscular, pero la segunda, debido a la relativa preservación de la masa adiposa, puede no asociarse a pérdida de peso. En los hombres ancianos es frecuente el hipogonadismo (con una prevalencia en torno a 20% entre los 60 y los 80 años de edad). Los andrógenos son reguladores anabólicos esenciales de la masa de músculo esquelético, por lo que su relativa carencia en los pacientes con hipogonadismo se ha propuesto como posible causa de este tipo de atrofia muscular.¹⁰

El envejecimiento se correlaciona en términos variables con la desregulación del sistema de citocinas. Una vía común en este contexto es el solapamiento de los efectos de las citocinas proinflamatorias en la caquexia y en la sarcopenia. Aún no se han desarrollado pautas de diferenciación operativa para ambos síndromes.¹⁰

TRATAMIENTO

Intervenciones nutricionales

La terapia nutricional idealmente se inicia cuando los pacientes no están aún desnutridos.¹¹ La terapia nutricional incluye la evaluación regular de la ingesta nutricional, el cambio de peso y el índice

de masa corporal, comenzando con el diagnóstico del cáncer; su repetición depende de la estabilidad de la situación clínica.

En los pacientes con una detección anormal se debe completar con una evaluación adicional objetiva y cuantitativa de la ingesta nutricional, los síntomas del impacto nutricional, la masa muscular, el rendimiento físico y el grado del sistema de inflamación.¹¹

Se recomiendan vitaminas y minerales en cantidades iguales a la cantidad diaria recomendada y se desaconseja el uso de micronutrientes en dosis altas en ausencia de deficiencias específicas.¹² No existe una recomendación formal para el uso de ácidos grasos omega-3 como agente único para el tratamiento, pero su uso puede tener efectos positivos en el apetito, el aumento de peso y el estado funcional. Los ácidos grasos omega-3 son una fuente razonable de calorías y una opción para los pacientes que experimentan una pérdida de peso progresiva e involuntaria.¹²

En los pacientes con cáncer que no pueden comer, digerir o absorber alimentos la intervención médica nutricional, como la nutrición enteral o la nutrición parenteral, puede estabilizar el estado nutricional.¹² La nutrición parenteral se asocia a una supervivencia reducida y un aumento de las complicaciones infecciosas. La nutrición enteral está indicada si el paciente no puede comer adecuadamente a pesar de las intervenciones nutricionales.¹²

Intervenciones farmacológicas

Sólo dos clases de fármacos (progestágenos y corticosteroides) tienen pruebas suficientes sobre la eficacia y la seguridad de los estimulantes del apetito para respaldar su uso en pacientes con cáncer.¹³ Los análogos de progesterona, o más comúnmente el acetato de megestrol, se asocian a una mejora del apetito, el peso y la calidad de vida. La dexametasona ha demostrado mejoras en el apetito y la sensación de bienestar. Sin embargo, el uso de esteroides está asociado a toxicidad, como atrofia muscular, intolerancia a la glucosa e inmunosupresión y disminución de la eficacia con el tratamiento a largo plazo. Se desconocen la dosis óptima y la duración de las progestinas y los corticosteroides.^{11,13} La combinación de olanzapina y acetato de megestrol puede mejorar el aumento de peso, el apetito y la calidad de vida, pero se requieren más evaluaciones para su uso rutinario.¹¹ La anamorelina, un agonista del receptor de grelina, es uno de los agentes para la caquexia por cáncer más evaluados hasta la fecha. Su uso está relacionado con mejoras en el peso corporal, la masa corporal magra y la calidad de vida informada por el paciente.

Actualmente la anamorelina no está incluida en las opciones de tratamiento, ya que no cuenta con la aprobación de la *Food and Drug Administration* para el tratamiento de la caquexia por cáncer.¹³ Los cannabinoides son menos efectivos que otros agentes respecto al aumento de peso, el apetito y la calidad de vida.¹⁴ Otros medicamentos estudiados, pero muestran falta de beneficio o pruebas insuficientes, son la ciproheptadina, el sulfato de hidralazina, la melatonina, los inhibidores del factor de necrosis tumoral y la insulina.¹⁴

OTRAS INTERVENCIONES

Se debe promover el ejercicio de acuerdo con la tolerancia para mantener la masa corporal magra, la fuerza y el funcionamiento físico. El ejercicio regular puede ayudar a regular el apetito. Se recomienda el ejercicio de resistencia, además del aeróbico, para mantener la fuerza y la masa muscular, y disminuir el desgaste muscular. El ejercicio regular se puede atribuir a mejoras en la capacidad aeróbica, la fuerza muscular, la calidad de vida relacionada con la salud, la autoestima y la reducción de la fatiga y la ansiedad.^{5,15}

Se debe prestar atención nutricional especial a los pacientes que reciben radiación en la cabeza y el cuello, el tórax y el tracto gastrointestinal.⁵ La atención de apoyo incluye la detección y el manejo de la disfagia con evaluaciones periódicas e intervenciones profilácticas, como ejercicios de deglución.³

CONCLUSIONES

El cáncer y el tratamiento del cáncer pueden afectar el estado nutricional de los pacientes de diversas formas. Comer es una función corporal básica y a menudo es una actividad social para los pacientes. La incapacidad y la dificultad para comer pueden tener un profundo impacto físico y psicológico en los pacientes y sus familiares, y pueden provocar angustia. El síndrome de anorexia-caquexia es muchas veces una consecuencia de la presencia de enfermedad como del tratamiento del cáncer. La edad, los tipos de tratamiento y el diagnóstico son tres factores de riesgo importantes.¹⁵

El síndrome anorexia-caquexia se asocia a mala tolerancia a los tratamientos antitumorales, reducción de la calidad de vida e impacto negativo en la supervivencia.¹⁷⁴ Se ha estimado que hasta 10 a 20% de los pacientes con cáncer mueren debido a las consecuencias de la desnutrición y no al propio tumor. Por tanto, la nutrición y el tratamiento del síndrome anorexia-caquexia juegan un papel crucial en la atención multimodal del cáncer.⁴

REFERENCIAS

1. **Zhang F, Shen A, Jin Y, Qiang W:** The management strategies of cancer-associated anorexia: a critical appraisal of systematic reviews. *BMC Complement Altern Med* 2018;18(1).
2. **Oakvik J, Ready D:** Updates in cancer-related symptom management of anorexia and cachexia syndrome. *Sem Oncol Nurs* 2022;38(1):151254.
3. *Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care.* 2022.
4. **Ohnuma T, Ali MA, Adigun R:** *Anorexia and cachexia.* 2022.
5. **Crawford J:** What are the criteria for response to cachexia treatment? *Ann Palliat Med* 2019;8(1):43-49.
6. **Opsomer S, Joossens S, de Wit C, Lauwerier E, Pype P:** Couples coping with nutrition-related problems in advanced cancer: a qualitative study in primary care. *Eur J Oncol Nurs* 2019;38:76-84.
7. **Yakovenko A, Cameron M, Trevino JG:** Molecular therapeutic strategies targeting pancreatic cancer-induced cachexia. *World J Gastrointest Surg* 2018;10(9):95-106.
8. **Reid J, McKeaveney C, Martin P:** Communicating with adolescents and young adults about cancer-associated weight loss. *Curr Oncol Rep* 2019;21(2):15.
9. **Hendifar AE, Petzel MQB, Zimmers TA, Denlinger CS, Matrisian LM et al.:** Pancreas cancer associated with weight loss. *Oncologist* 2019;24(5):691-701.
10. **Rogers BJ, Syed K, Minter JF:** *Cachexia.* Florida, StatPearls, 2024.
11. **Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C et al.:** AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomized or non-randomized studies of healthcare interventions, or both. *Br Med J* 2017;358.
12. **Mochamat, Cuhls H, Marinova M, Kaasa S, Stieber C et al.:** A systematic review on the role of vitamins, minerals, proteins, and other supplements for the treatment of cachexia in cancer: a European Palliative Care Research Centre cachexia project. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2017;8(1):25-39.
13. **Bai Y, Hu Y, Zhao Y, Yu X, Xu J et al.:** Anamorelin for cancer anorexia-cachexia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 2017;25(5):1651-1659.
14. **Wang J, Wang Y, Tong M, Pan H, Li D:** New prospect for cancer cachexia: medical cannabinoid. *J Cancer* 2019;10:716-720.
15. **Jatoi A, Loprinzi CL:** Pathogenesis, clinical features, and assessment of cancer cachexia. *UpToDate* 2022.





IMSS

CAPÍTULO XIV

Síndrome de desgaste

Zaida Yareth Hernández, Fabiola Salas García



DEFINICIÓN

El síndrome de desgaste profesional, también conocido como síndrome de *burnout* es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo de trabajo; fue descrito por primera vez en 1975 por Freudenberger, como respuesta al fracaso de los mecanismos individuales para afrontar la sobrecarga de estrés crónico, caracterizado por una desproporción entre las actividades que se realizan y el cansancio que se experimenta, así como la pérdida de la capacidad para disfrutar el trabajo efectuado.¹

Chávez lo define con tres componentes principales: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.²

Una frase característica es “Ya no puedo más”, la cual tiene una alta prevalencia en los trabajadores y los estudiantes de los servicios de salud.

De igual forma, el estrés laboral es definido como “una reacción que puede tener el individuo ante las exigencias y las presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades que ponen a prueba su destreza para afrontar la situación con una consecuente respuesta fisiológica, psicológica y del comportamiento de un individuo que intenta adaptarse, dificultando el cumplimiento de sus funciones”.²

Schaufeli, Leiter y Maslach concluyeron que la definición de *burnout* varía en la literatura científica según el contexto, el alcance, la precisión e incluso las intenciones de quien la usa. Ellos observaron cinco aspectos:

- Predominio de los síntomas disfóricos, sobre todo el agotamiento emocional, e implicación de los aspectos negativos.
- El punto de mayor importancia son los síntomas mentales y conductuales más que los físicos.
- Es un fenómeno relacionado con el trabajo
- Los síntomas son observados en individuos “normales” y no patológicos; es una alteración psicosocial y no necesariamente es una enfermedad.
- Disminuyen la efectividad y el desempeño laboral, afectando la productividad.³

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del síndrome de desgaste va de 43 a 45% en los médicos generales y de 22 a 60% en los especialistas del área de la salud, destacando los médicos de atención primaria, que encabezan las listas (figura XIV-1).⁴



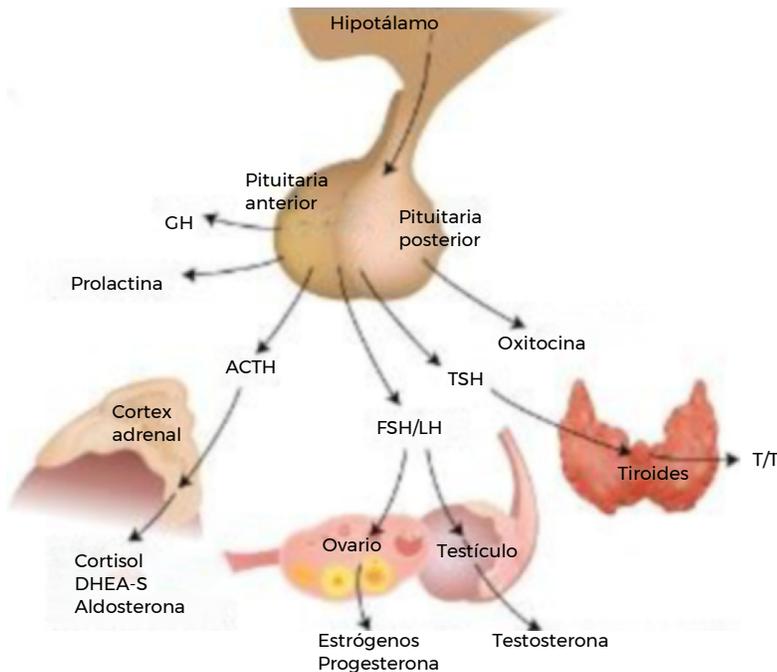


Figura XIV-1. Sistema endocrino en relación con el síndrome de *burnout*. GH: hormona del crecimiento; TSH: hormona estimulante de la tiroides; ACTH: hormona adrenocorticotrópica; FSH/LH: hormona estimulante de los folículos/hormona luteinizante; DHEA-S: sulfato de deshidroepiandrosterona; T/T: tiroxina/triyodotironina. Tomado de la referencia 8.

Además, existe una predilección por el sexo femenino, debido a la persistencia de discriminación, desigualdad y estigmas. Los enfermeros se encuentran en segundo lugar, lo cual tuvo un impacto significativo durante la pandemia por COVID-19.⁵

De acuerdo con el artículo de Juárez García A. y col., el promedio general de agotamiento emocional en los trabajadores mexicanos se percibe “Una vez al mes o menos”; en el caso de la despersonalización “pocas veces al año o menos”; y la percepción de autorrealización “una vez a la semana” y “varias veces a la semana”.³

Según Torres y col., la prevalencia de síndrome de *burnout* mostró despersonalización (95%) y agotamiento emocional (47%), y sólo 11% de realización personal. En 9% se apreció una afectación concomitante de las tres áreas evaluadas, representando la estructura del síndrome de *burnout* más severa.⁶

FISIOPATOLOGÍA

La investigación que estudia los posibles mecanismos fisiopatológicos se ha centrado principalmente en la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) y las funciones inmunitarias.⁷ En diversos estudios los pacientes con síndrome de *burnout* mostraron niveles elevados de cortisol durante la primera hora después de despertar, en comparación con los controles sanos, por lo que se considera un marcador de estrés. Por otro lado, la medición de la función del eje HHA muestra resultados heterogéneos cuando se desafía el sistema de estrés, sea farmacológicamente o durante el estrés psicosocial.⁷

La reactividad del eje HHA podría verse afectada en los pacientes con desgaste/agotamiento clínico, pero se necesitan más estudios que confirmen esto; sin embargo, se ha visto que la hormona

hipotalámica liberadora de tiotropina estimula la síntesis y la secreción de la hormona estimulante de la tiroides de la hipófisis, que a su vez actúa en la tiroides para estimular la biosíntesis y la secreción de tiroxina y triyodotironina.⁷

Se ha demostrado que el estrés agudo provoca una activación transitoria del eje HPT, y que el estrés prolongado se asocia a una disminución de la actividad, por lo que se observa una baja de energía.⁷

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son muchos, pero básicamente se dividen en individuales, sociales y organizacionales, y se sabe que son resultado de un proceso en el que el trabajador se ve expuesto a una situación de estrés laboral crónico durante al menos seis meses continuos (cuadro XIV-1).⁸

Los factores individuales incluyen el sexo femenino, debido a la persistencia de discriminación, la desigualdad, la presencia de estigmas, la edad menor de 40 años y la personalidad de tipo A y de tipo B.⁸

Los factores organizacionales se componen de la falta de claridad en las funciones asignadas, las órdenes contradictorias por parte de los jefes, la falta de información o de formación para realizar labores asignadas, las largas jornadas que generan desgaste físico, la tendencia a sobrecargarse de trabajo y la sobrecarga de trabajo los días dedicados al descanso, la familia y otras actividades.⁸

Asimismo, se presenta más en el trabajo que exige contacto con otras personas, como, las áreas de la educación y de los servicios sociales y sanitarios.⁸

En cuanto a los factores sociales, una buena red de apoyo constituye un factor protector, así como los grupos conformados por familiares, amigos y compañeros de trabajo, entre otros.⁸

Entre los factores protectores se encuentran la edad y la experiencia profesional, ya que se sabe que una persona con más experiencia tiene más seguridad y manejo de las situaciones a las que se enfrenta diariamente, lo que da como resultado un menor índice de *burnout*. Otros factores asociados son los individuos con estrategias adecuadas para el manejo del estrés y las situaciones conflictivas, y la tolerancia a la frustración, entre otros.⁸

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El síndrome de *burnout* se caracteriza por una tríada de síntomas, que en otras literaturas se han reportado como etapas; son las siguientes:

- Agotamiento emocional: en esta etapa hay una desproporción entre la labor que realiza y el quebranto de la energía, por lo que ocurre una pérdida de la capacidad para disfrutar el trabajo efectuado.
- Despersonalización: en esta etapa el profesional desarrolla actitudes de hostilidad, pérdida de la empatía y cinismo hacia las personas. Se caracteriza por el pensamiento: “Me da lo mismo”.

Cuadro XIV-1. Factores de riesgo

Individuales	Organizacionales	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Tipo de personalidad • Etapa de la carrera profesional • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Largas jornadas laborales • Ambigüedad del rol • Falta de competencia para el cargo • Alto volumen de trabajo • Atención a usuarios con alta necesidad de apoyo emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Amigos • Redes de apoyo • Grupos de oración y otras redes de apoyo social

Tomado de la referencia 192.

Cuadro XIV-2. Fases del síndrome de *burnout*

Inicial
Estancamiento
Frustración
Apatía
Síndrome de <i>burnout</i>

Tomado de las referencias 10 y 15.

- Escasa realización personal: hay una pérdida de motivación y de los ideales, acompañada de una autoevaluación negativa (“No valgo nada”).²

En el ámbito físico el trabajador puede presentar otros síntomas, como cefaleas frecuentes, cansancio injustificado y alteraciones del apetito, entre otros.²

FASES

Al inicio el trabajador presenta un gran entusiasmo por realizar el trabajo y energía, ya que en esta fase no permanece mucho tiempo bajo los efectos del estrés. Luego comienza la fase de estancamiento, pues el trabajador se va a dar cuenta de que sus expectativas no se cumplieron y de que no hay una relación de reciprocidad entre el esfuerzo y la recompensa, por lo que pasa a la fase de frustración, en la que ya empieza a manifestar sentimientos de desilusión, ansiedad y depresión, con las consiguientes apatía y desmotivación, para dar paso finalmente al síndrome de *burnout*^{9,10} (cuadro XIV-2).

De acuerdo con la severidad y la intensidad, el síndrome se clasifica en leve, moderado, grave y extremo. El cansancio es el primer síntoma que aparece y el último es el sentimiento de inadecuación personal, con la despersonalización como elemento clave⁹ (figura XIV-2).

MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

El diagnóstico se realiza mediante el análisis del entorno laboral del individuo y la aplicación de escalas, en particular el cuestionario de Maslach asistencial (*Maslach Burnout Inventory*), conformado por 22 ítems que están graduados por frecuencia y van desde “nunca” hasta “todos los días”.¹²

Mide los tres aspectos del síndrome de *burnout*:

- Subescala de agotamiento o cansancio emocional.
- Subescala de despersonalización.
- Subescala de realización personal.¹³

Se considera que se cumplen los criterios de *burnout* cuando en la escala de agotamiento emocional los puntajes son mayores de 27 puntos, de despersonalización cuando son ≥ 10 puntos y de realización personal cuando son ≤ 33 puntos. El paciente con afectación en al menos una de las dimensiones tiene riesgo de desarrollar síndrome de *burnout*.¹³

Consecuencias

- Estados ansiosos, depresivos o de deserción laboral.
- Repercusiones en el clima organizacional, baja productividad en el área laboral.
- Trastornos del carácter.
- Suicidio.

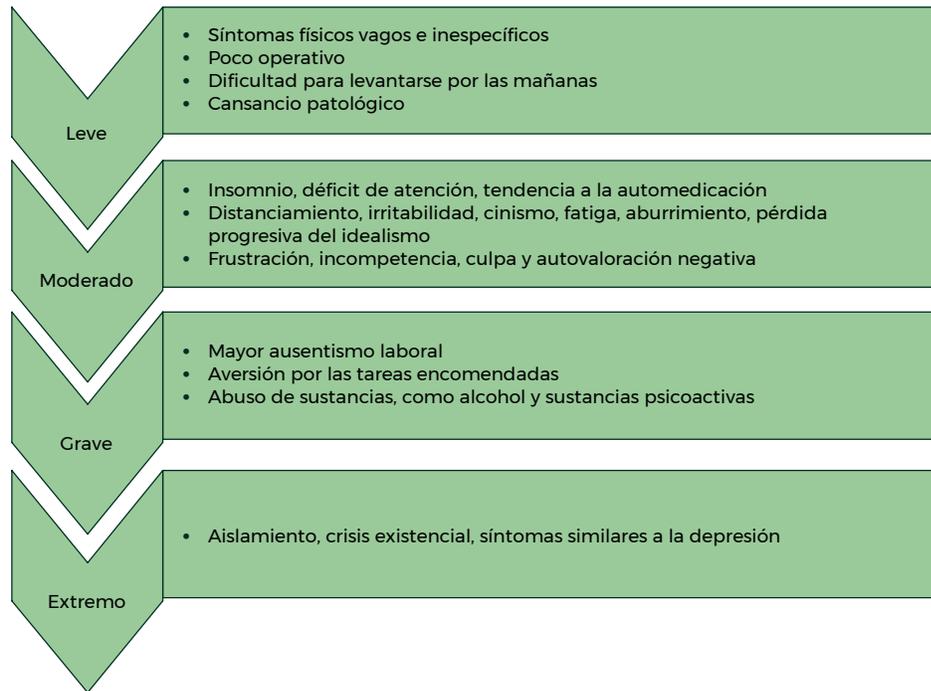


Figura XIV-2. Severidad del síndrome de agotamiento laboral. Tomado de la referencia 11.

- Disfunciones familiares graves.
- Adicciones (incluida la adicción al trabajo).
- Enfermedades cardiovasculares.
- Dolor musculoesquelético.
- Trastornos metabólicos.
- Alteraciones del sueño.¹⁴

Intervenciones

- Centradas en la persona: habilidades de regulación de las emociones, atención plena para reducir el agotamiento (taller de autocuidado, capacitación en habilidades de comunicación, yoga, masajes, *mindfulness* y meditación).
- Estructurales u organizativas: cambio en los horarios o en la carga de trabajo rotativo, capacitación en el manejo del estrés, trabajo en equipo.
- Intervención combinada: manejo del estrés, incluyendo la mejora en la interacción con los compañeros por entrenamiento personal.

Se recomienda aplicar dichas intervenciones, además del seguimiento del paciente de forma presencial, por teléfono, por correo electrónico, por video o en línea.¹⁵

REFERENCIAS

1. Xiu-jie ZV, Soong Y, Jiang T, Ding N, Tie-ying Shi: Interventions to reduce burnout of physicians and nurses. *Medicine (Baltimore)* 2020.

2. **Toala FGT, Piñeiros VI, Moreno AP, Coronel EAR, Tamayo JC et al.:** Síndrome de *burnout* en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempos de pandemia. *Rev Virtual Soc Parag Med Int* 2021
3. **Jonsdottir IH, Dahlman AS:** Mechanisms in endocrinology endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. *Eur J Endocrinol* 2019.
4. **Lozano VA:** El síndrome de *burnout* en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* 2021.
5. **Acosta TJ, Morales VL, Álvarez GG, Pino ÁY:** Síndrome de desgaste profesional en médicos del Hospital Docente Pediátrico Cerro. *Rev Habanera Cienc Méd* 2019.
6. **Lozano VA:** El aislamiento en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* 2021.
7. **Jonsdottir IH, Dahlman AS:** Mechanisms in endocrinology. Endocrine and immunological aspects of burnout: a narrative review. *Eur J Endocrinol* 2019.
8. **Rivera GÁ, Ortiz ZR, Miranda M, Navarrete FP:** Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (*burnout*). *Rev Digit Postg* 2019.
9. **Pontificia M:** *Síndrome de agotamiento laboral-“burnout”: protocolo de prevención y actuación.* Instituto de Salud Pública, Universidad Javeriana, 2016.
10. **Fidalgo VM:** *NTP 704: síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación.* Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
11. **Romito BT, Okoro EN, Ringqvist JR, Goff KL:** Burnout and wellness: the anesthesiologist’s perspective, *Am J Lifestyle Med* 2021.
12. **Valverde GS:** *Burnout en el servicio de emergencia de un hospital.* *Horizonte Méd (Lima)* 2019.
13. **Maslach C, Palo AJS:** *Maslach burnout inventory manual.* EUA, Consulting Psychologists Press, 1981.
14. **West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD:** Physician burnout: contributors, consequences, and solutions. *J Intern Med* 2018;283(6):516-529.
15. **Acosta TJ, Morales VL, Álvarez GG, Pino ÁY:** Síndrome de desgaste profesional en médicos del Hospital Docente Pediátrico Cerro. *Rev Habanera Cienc Méd* 2019;18(2).



IMSS

CAPÍTULO XV

Síntomas respiratorios: tos, disnea y derrame pleural maligno

Angélica Cuapio Gómez



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias crónicas progresivas se dividen en tres principales categorías, pero las más comunes son las que causan directamente el estrechamiento o la obstrucción de las vías respiratorias, como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las bronquiectasias. Otro tipo es el que afecta el tejido pulmonar estructural con cicatrización o inflamación, reduciendo la capacidad de expansión, cicatrización o inflamación provocada por los vasos sanguíneos. Dichas enfermedades afectan la capacidad de los pulmones para absorber oxígeno y también pueden dañar la función del corazón; aquí destaca la hipertensión pulmonar. Todos son procesos crónicos, progresivos y a menudo incurables; además el cáncer de pulmón que es producto de metástasis directamente en este órgano puede propagarse a partir de otras cepas, lo que hace que estas afecciones sean las más desafiantes en los cuidados paliativos.¹

Los síntomas más relevantes en esta población incluyen tos, disnea, edema pulmonar, fatiga, fiebre, ronquera, disfagia y halitosis. Este capítulo se centra en las tres primeras causas, las cuales incluyen insuficiencia respiratoria, deterioro funcional, alta dependencia tanto del paciente como del cuidador y uso frecuente de los servicios.² Las tasas de supervivencia más altas conducen a la progresión de la enfermedad y a un aumento del número de pacientes críticamente enfermos con síntomas.

EPIDEMIOLOGÍA

En el mundo alrededor de 11 millones de personas son diagnosticadas con cáncer cada año. Para 2030 se estiman 26 millones de casos nuevos y 17 millones de muertes.³ El cáncer de pulmón representa 12% de todos los cánceres y es el que tiene la mayor tasa de mortalidad por diagnóstico tardío. Los tumores más comunes que hacen metástasis al pulmón son el cáncer de colon, el cáncer de mama, el sarcoma de huesos y tejidos blandos, el melanoma y los tumores genitales.³ En 2020 se estimaron más de dos millones de casos de cáncer de pulmón en todo el mundo y cerca de 1.8 millones de muertes por esta causa. México registró 7,811 casos nuevos y 6,733 muertes por cáncer de pulmón.⁴

Entre los síntomas más relevantes en esta población está la tos como el más común. La prevalencia informada en diferentes países oscila entre 9 y 33%,⁵ la disnea representa aproximadamente 20%

de todas las visitas de atención primaria y casi 50% de los pacientes tienen como primer signo de cáncer el derrame pleural; los síntomas aumentan 50% tres meses antes de la muerte y 65% al morir. El derrame pleural maligno afecta a muchos pacientes de todo el mundo y tiene una morbilidad y mortalidad significativas.

Se estima que los derrames pleurales malignos afectan a 150,000 personas anualmente en EUA y a más de 100,000 en Europa.

Un análisis retrospectivo reciente que utilizó la Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados de la base de datos del Proyecto de Uso y Costo de la Atención Médica identificó 126,825 hospitalizaciones debidas a derrame pleural maligno en 2012.⁶

En México la prevalencia de tos crónica es de 7.8% en las personas mayores de 40 años de edad. Igual que en otros estudios, la prevalencia fue mayor en los hombres (11.9%) que en las mujeres (5.6%) y aumentó significativamente con el número de paquetes de cigarrillos fumados (15.7%) en las personas fumadoras de 20 años de edad o más por año, en comparación con los paquetes por año (6.3%). Las tasas de mortalidad por EPOC, enfisema y bronquitis tuvieron una tendencia ascendente de 3.9% entre 2010 y 2017, pasando de 20.74 a 21.55 muertes por 100,000 habitantes.⁷

TOS

Definición

La tos es un mecanismo de protección para expulsar materiales extraños de las vías aéreas superiores. La tos suele comenzar con una inspiración profunda, seguida del cierre de la glotis y una exhalación forzada (fase de compresión), para terminar con la apertura de la glotis para la expulsión de aire, que confiere el sonido característico.⁷

Clasificación

Clínicamente hay dos tipos de tos: de aspiración protectora espontánea y sin esputo, comúnmente asociada a tos crónica, alergias e infecciones virales. Otra clasificación señala que la tos puede ser aguda (menos de tres semanas), subaguda (de tres a ocho semanas) y crónica (ocho semanas o más) según el tiempo de aparición.⁸

La tos es un mecanismo de defensa generalmente presente en una fase temporal (aguda) para facilitar la eliminación de mucosidad, sustancias nocivas o patógenos de las vías respiratorias y los pulmones. La tos más severa puede ser causada por fumar, por una mayor exposición a irritantes o a contaminación ambiental, o por enfermedades crónicas relacionadas con la tos, y puede ser una tos crónica dañina o incluso potencialmente mortal. Por tanto, las personas con tos crónica y síndrome de hipersensibilidad a la tos a menudo buscan atención médica. En EUA la tos es el síntoma más común por el que los pacientes buscan atención médica y la segunda razón más común para hacer exámenes médicos generales.⁹

En el cáncer de pulmón la tos por obstrucción interna o externa (por linfadenopatía) de la tráquea y los bronquios proximales es el síntoma más común. La tos es un reflejo protector que expulsa cuerpos extraños y secreciones de las vías respiratorias y la laringe. La tos puede ser un síntoma o una enfermedad; se divide en tos aguda (menos de tres semanas), tos subaguda (de tres a ocho semanas) y tos crónica (ocho semanas o más), según la duración.^{9,10}

Fisiopatología

En la tos inconsciente las fibras Ad (laringe y tráquea), conocidas como “fibras de tos”, responden a estímulos mecánicos perturbadores al tocar el epitelio de la vía respiratoria, al moco, a la disminución rápida en el pH de la vía respiratoria y a las soluciones hipotónicas. No detectan estímulos de diversos mediadores inflamatorios ni de la capsaicina. Aun bajo anestesia la activación de estas fibras evoca un reflejo tusígeno.^{9,11}

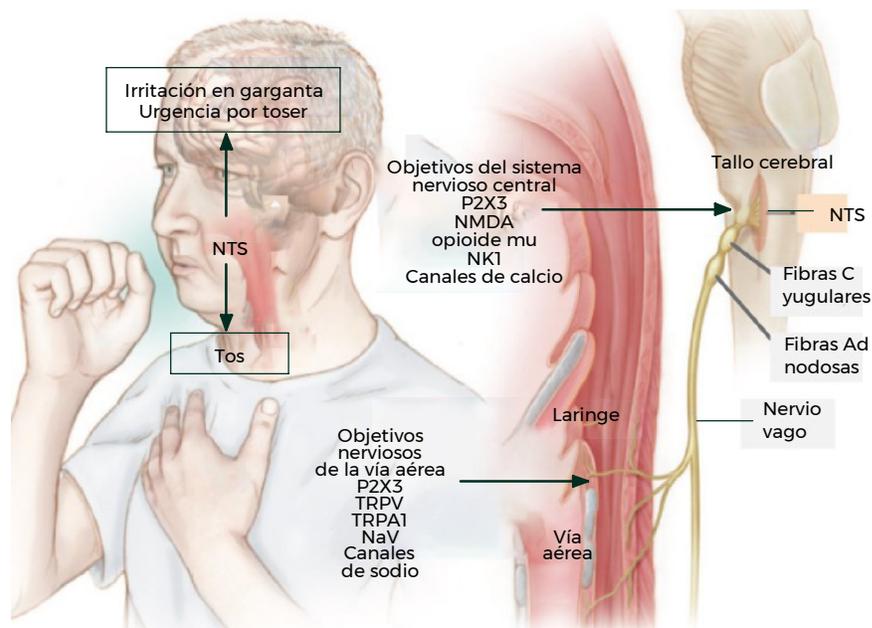


Figura XV-1. Vías ascendente y descendente del reflejo de la tos. NTS: núcleo del tracto solitario.⁹

En cambio, en la tos consciente las fibras C (pulmón, esófago) son insensibles a la distensión pulmonar y se activan en respuesta a la activación celular o la inflamación. Los estudios clínicos muestran que al respirar en lugares con moléculas con bradicinina y capsaicina se producen sensaciones provocadoras de tos; incluso si están en bajas concentraciones, estas sustancias sólo provocan la “urgencia de toser”.⁹ Los eventos mecánicos de la tos pueden ser divididos en tres fases:

1. Fase inspiratoria: inhalación, la cual genera el volumen necesario para una tos efectiva.
2. Fase compresiva: las cuerdas vocales se acercan a la línea media, mientras los músculos espiratorios se contraen, generando una presión intratorácica positiva de hasta 300 mmHg.
3. Fase espiratoria: la glotis se abre con un flujo espiratorio a alta velocidad, produciendo el sonido de la tos.

El mecanismo descrito permite el aclaramiento de partículas y secreciones de la vía aérea, lo cual es un beneficio para el individuo. Sin embargo, de esta misma manera se obtienen las complicaciones de la tos, que incluyen cansancio, insomnio, cefalea, mareo, dolor musculoesquelético, fracturas costales, disfonía e incontinencia urinaria.^{8,10}

La vía que sigue la transmisión de los impulsos generados en los receptores viaja a través del nervio vago hacia el núcleo del tracto solitario, específicamente en el centro de la tos (figura XV-1); una vez ahí se genera el reflejo eferente que viaja nuevamente por el nervio vago, pasa al nervio frénico y los nervios espinales motores, evocando la movilización de la musculatura espiratoria y la laringe. Todo este proceso puede ser de forma autónoma; sin embargo, se sabe que el centro de la tos también está regulado por las regiones corticales del sistema nervioso central, por lo que puede manifestarse o inhibirse voluntariamente y asociarse a componentes afectivos.^{5,10}

Además existen receptores de la tos localizados en el canal auditivo externo, el tímpano, los senos paranasales, la faringe, el diafragma, la pleura, el pericardio y el estómago, que responden a estímulos mecánicos, como el tacto o el desplazamiento.^{5,10}

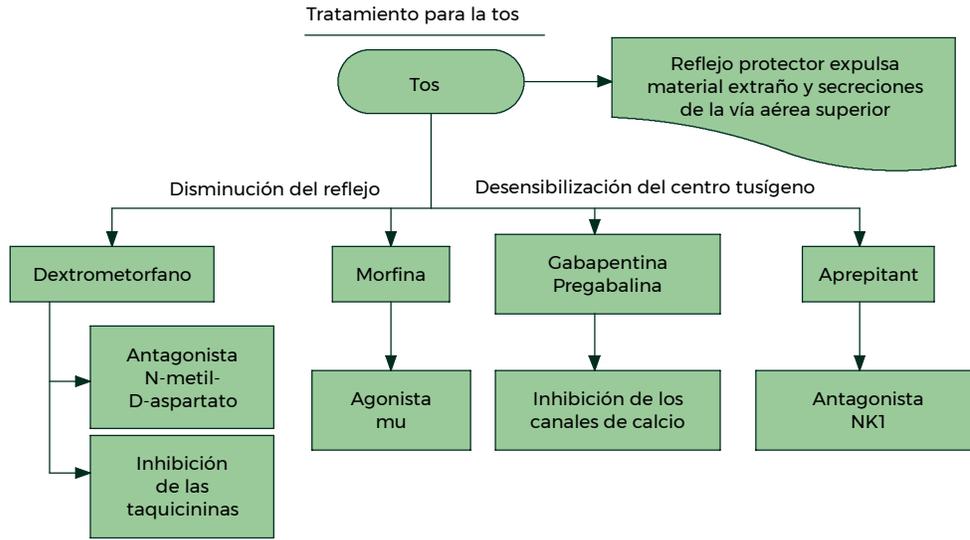


Figura XV-2. Manejo médico de la tos. Adaptado de la referencia 5.

EVALUACIÓN

La gravedad de la tos se puede medir utilizando una escala analógica visual o una línea nominal de 10 cm, en la que el paciente registra las percepciones de leves a graves. Para evaluar el impacto de la tos crónica también se utilizan cuestionarios de calidad de vida específicos para evaluar la gravedad de la tos. El cuestionario de tos de Leicester utiliza una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos en 19 ítems de tres dominios (físico, psicológico y social) y ha demostrado ser reproducible y sensible. También está el cuestionario de calidad de vida específico para la tos, que contiene 28 ítems en seis dominios validados de tos aguda y crónica. La frecuencia de la tos se puede medir con un registrador de tos con micrófono.

La tos se puede escuchar o contar mediante un *software* de detección de tos. Hay una correlación débil entre la frecuencia de la tos y los sistemas de puntuación subjetivos medidos por la escala de tos analógica visual o el cuestionario de tos de Leicester.¹¹

No hay que olvidar las pautas para el abordaje de la tos crónica según las guías de práctica clínica nacionales,¹² en las que primero hay que descartar rinosinusitis crónica, luego asma y en tercer lugar reflujo gastroesofágico, ya que aunque los pacientes con estas enfermedades terminales pueden tener tos por los mecanismos mencionados no están exentos de padecer estas otras patologías, las cuales cuando son tratadas pueden disminuir o incluso abolir la tos.

DISNEA

Definición

La disnea es una experiencia sensorial compleja y personal, definida como la experiencia subjetiva de falta de aire o sensación de dificultad para respirar que se manifiesta cuando existe una percepción consciente de disociación entre lo que el cerebro espera y la información que recibe del aparato respiratorio, la musculatura respiratoria, los quimiorreceptores periféricos y el aparato locomotor.¹³

De este modo se puede resumir que la disnea es consecuencia de dos mecanismos interrelacionados (figura XV-2):

1. Un mecanismo discriminatorio que identifica la información aferente relevante relativa a las alteraciones respiratorias y la conduce a la conciencia (componentes sensoriales: intensidad y calidad).
2. Un mecanismo afectivo que etiqueta estas sensaciones como desagradables o peligrosas.¹⁴

La acción de respirar es consecuencia de órdenes motoras del bulbo raquídeo y del córtex motor. Estas órdenes son integradas a nivel medular y transmitidas a los efectores musculares del aparato respiratorio. La activación subsiguiente de los músculos respiratorios produce una retroalimentación aferente que se transmite a las fuentes de las órdenes motoras y al córtex somatosensorial. En este punto la comparación entre la descarga corolaria y la retroalimentación aferente resultante pueden producir un desajuste y la disnea aparecerá cuando los efectos negativos a partir del córtex límbico sean atribuidos a este desajuste sensorial, lo que también está influido y modulado por la memoria y el entorno predominante.¹⁵

CLASIFICACIÓN

La disnea de esfuerzo puede ser definida como “malestar respiratorio que se produce durante niveles normales de actividad que no provocan molestias de este tipo”. La intensidad de la disnea se puede determinar evaluando el nivel de actividad requerido para que ocurra (figura XV-3).^{14,16}

Por lo tanto, la disnea se puede evaluar durante la actividad física, como la prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP). La escala de Borg de 10 puntos permite evaluar sensaciones respiratorias específicas (p. ej., disnea, esfuerzo, etcétera) o sensaciones más generales (p. ej., insuficiencia respiratoria, disnea); la escala visual analógica (EVA) es otra medida de disnea con valor probado en la

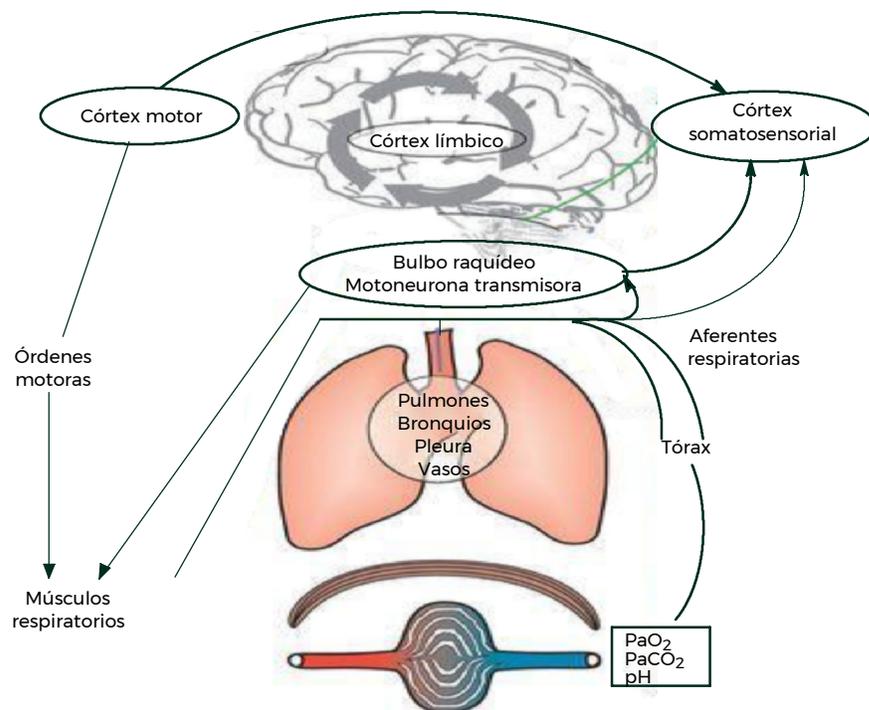


Figura XV-3. Mecanismos integrantes de la etiología de la disnea. Modificado de la referencia 10.

Cuadro XV-1. Sistemas de clasificación de la disnea más usados

MRC	NYHA	Escala de Borg (modificada)
0: sin sensación de falta de aire al correr en llano o subir cuestras	• Clase I: ausencia de síntomas con la actividad habitual	0: nada de nada
1: sensación de falta de aire al correr en llano o subir cuestras	• Clase II: síntomas con la actividad moderada	0.5: muy, muy ligera (apenas apreciable)
2: anda más despacio que las personas de su edad en llano por falta de aire o tiene que parar para respirar cuando anda a su propio paso en llano	• Clase III: síntomas con escasa actividad	1: muy ligera
3: para respirar después de andar unos 100 m o tras poco minutos en llano	• Clase IV: síntomas en reposo	2: ligera
4: la falta de aire le impide salir de casa o se presenta al vestirse o desnudarse		3: moderada
		4: algo intensa
		5: intensa
		6: entre 5 y 7
		7: muy intensa
		8: entre 7 y 9
		9: muy, muy intensa (casi máxima)
		10: Máxima

MRC: *Medical Research Council*; NYHA: *New York Heart Association*. Extraído de la referencia 10.

PECP. La ventaja de utilizar la escala de Borg, o VAS, es que la “intensidad de la disnea de esfuerzo” se determina con el mismo nivel de actividad física (tasa de actividad normal, nivel de actividad, consumo de oxígeno o ventilación durante la PECP entre las personas), en comparación con la evaluación de la respuesta a la intervención terapéutica¹⁶ (cuadro XV-1).

Otro aspecto importante involucra el componente emocional que puede ser modulado y alterado independientemente de la dimensión sensorial de la disnea. En las personas sanas que respiraban contra una carga inspiratoria la percepción de malestar sensorial respiratorio se incrementó sobre la percepción de intensidad, lo que sugiere la distinción de los aspectos sensoriales y emocionales de la disnea.¹⁷

Las medidas para evaluar el impacto de los síntomas incluyen:

1. Discapacidad unidimensional o puntuaciones de limitación de actividad (p. ej., escala MRC del *Medical Research Council*).
2. Medidas unidimensionales o multidimensionales de capacidad funcional.
3. Cantidades superficiales multidimensionales de calidad de vida/estado de salud. Los cuestionarios incluyen el índice de disnea basal-índice de disnea de transición (BDI-TDI, por sus siglas en inglés), la encuesta del sistema respiratorio crónico y el cuestionario del sistema respiratorio de George.¹⁷

MANEJO

Los mecanismos fisiopatológicos específicos subyacentes a la disnea en cada paciente deben guiar la selección de intervenciones terapéuticas individualizadas específicas para el paciente evaluado. Sin embargo, en general se necesitan múltiples intervenciones que parece ser que tienen efectos sinérgicos.¹⁸

Hay que reducir la demanda de las vías respiratorias y/o reducir el impulso respiratorio: entrenamiento muscular, rehabilitación pulmonar, respiración asistida durante el ejercicio, oxigenoterapia y helio. Otras formas de reducir la necesidad de ventilación consisten en alterar la percepción central y distorsionar la entrada del sistema nervioso central. Algunos fármacos logran el primer efecto: los opioides se han utilizado en la disnea aguda, especialmente en los pacientes con enfermedad avanzada.

Los ansiolíticos suprimen las respuestas ventilatorias hipóxicas y las hipercapnias, y alteran las respuestas emocionales a la disnea.^{13,19}

- Mejora de la función muscular: entrenamiento de los músculos inspiratorios, aprendizaje de una posición funcionalmente favorable (inclinado hacia adelante) para reducir la presión abdominal, ventilación mecánica no invasiva como medida de descanso muscular y reducción del uso de corticoides para evitar efectos musculares adversos.
- Resistencia reducida: reduce la hiperinflación o la resistencia de las vías respiratorias. La presión positiva continua en las vías respiratorias a un nivel justo por debajo de la presión al final de la espiración del paciente reduce la disnea porque contrarresta los efectos de la hiperinflación dinámica en los músculos inspiratorios y también disminuye el desacoplamiento neuro-mecánico.
- Reducción de la broncoconstricción: el edema y la inflamación reducirán la resistencia al flujo de aire. Para ello se utilizan broncodilatadores y antiinflamatorios. La furosemida nebulizada suprime la tos, previene el broncoespasmo y tiene un efecto broncodilatador. Las dosis estudiadas de furosemida oscilaron entre 20 y 40 mg en forma de aerosol, lo que puede ser eficaz para reducir la disnea en los pacientes con cáncer avanzado y EPOC, aunque la evidencia sigue siendo escasa.
- Acciones cognitivo-conductuales que modifiquen la percepción central para modular las respuestas afectivas a los síntomas, desensibilización a la disnea a través del ejercicio y uso de fármacos de acción central, como los opioides y los ansiolíticos.

La disnea es una experiencia sensorial compleja y multidimensional que empeora progresivamente a medida que avanza la enfermedad, obligando a los pacientes a evitar actividades, lo que resulta en atrofia muscular periférica y reducción de la calidad de vida.

La disnea es una experiencia sensorial compleja y multidimensional; el síntoma progresa de forma implacable a medida que la enfermedad avanza y conduce al paciente a evitar la actividad, con la consecuente atrofia de la musculatura periférica y la pérdida de calidad de vida, acelerando así el proceso de disminución de la funcionalidad y el fallecimiento con sufrimiento.¹⁸

En América Latina se reportó el uso de sedantes paliativos en 23.5% de los casos; los motivos de la sedación fueron delirio (60.3%), dolor (44.8%), disnea (17.2%), convulsiones (3.4%) y vómitos (1.7%). Sin embargo, en 2018 Parra y col. hicieron un estudio descriptivo prospectivo de 66 pacientes con cáncer avanzado que reportó una prevalencia de sedación paliativa de 2%; las principales indicaciones de sedación fueron disnea (59%), delirio (45%) y dolor (32%).^{8,9} Una revisión sistemática reciente examinó la eficacia de los opioides orales y parenterales en el tratamiento de la disnea e informó una mejoría significativa de la disnea después de una dosis única de morfina parenteral (5 mg). Navigante y col. demostraron que el efecto beneficioso de la morfina en el control de la disnea al inicio puede mejorar al agregar midazolam al tratamiento. En los últimos meses varios informes de casos han descrito la eficacia del citrato de fentanilo oral transmucoso en el control de las crisis disneicas en pacientes con cáncer avanzado.¹⁹

Según la Asociación Española de Cuidados Paliativos, el tratamiento médico básico de la disnea en los pacientes terminales es el sulfato de morfina o clorhidrato de morfina oral en dosis de 5 a 15 mg cada cuatro horas. Para los pacientes que antes usaron morfina para el alivio del dolor para controlar la disnea se recomienda un aumento de la dosis de hasta 50%. La clorpromazina de 25 mg a menudo se combina con morfina como terapia adyuvante y tiene efectos ansiolíticos y sedantes, algunos de los cuales son espontáneos. Entre los corticoides se recomienda la dexametasona en dosis de 2 mg/día a 4 mg/de 6 a 8 h o la prednisona de 10 a 40 mg/día, ya que mejoran la sensación de disnea que se asocia a obstrucción de la vía aérea, linfangitis carcinomatosa, síndrome de compresión de la vena cava superior y bronquitis crónica. La oxigenoterapia precisa la objetivación pre-



via de la hipoxemia severa y la demostración de la eficacia en la mejora del síntoma; no es imprescindible en estas situaciones. De las benzodiazepinas se aconseja emplear diazepam en dosis de 2 a 10 mg/día, pues su efecto ansiolítico actúa directamente sobre el mecanismo de la disnea.^{12,13} Todas estas pautas de tratamiento son también propuestas en las Guías de Práctica Clínica nacionales para el manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que es la principal enfermedad crónica que tiene como síntoma principal la sensación de falta de aire. La guía, por ser para el primer nivel de atención, se enfoca en gran medida en las medidas preventivas e higiénico-dietéticas, las cuales deberían seguirse hasta el final de la enfermedad, aunque sea catalogada como terminal (figura XV-4).¹⁸

DERRAME PLEURAL MALIGNO

Definición

En condiciones normales la cavidad pleural es considerada como una cavidad virtual; entre su hoja visceral adosada al pulmón y la hoja parietal adosada a la pared torácica contiene 20 mL líquido pleural, lo que corresponde a 0.3 mL/kg. El líquido que se acumula debido a la pérdida de la homeostasis se denomina derrame pleural (DP). Cuando se presenta en un paciente con un pronóstico de sobrevida menor de tres meses, existen células malignas en el líquido pleural o se demuestra en el tejido pleural obtenido se denomina derrame pleural maligno.²⁰

Fisiopatología

El incremento de su producción tiene una relación directa con la etiología. Las funciones del espacio pleural son disminuir la fricción entre las pleuras parietal y visceral, lo que permite el movimiento pulmonar durante la inspiración y la exhalación; mantiene la presión negativa para evitar el colapso pulmonar y regula la producción de líquido pleural, manteniendo la homeostasis de las presiones hidrostática y oncótica entre la circulación sistémica, la circulación pulmonar y la pleura. El DP en condiciones inflamatorias pleurales tiene características de trasudado y en condiciones de infección o malignidad tiene características de exudado. Otro mecanismo de entrada de líquido a la cavidad pleural es el paso de líquido ascítico del abdomen a través de la pared diafragmática por aumento de la presión abdominal. Entre las causas más comunes de DP están la insuficiencia cardíaca, las infecciones y las neoplasias. Cerca de 50% se asocian a causas oncológicas. En la figura XV-5 se enumeran las distintas etiologías que puede llegar a presentar el derrame dependiendo de sus características etiológicas.²¹

CUADRO CLÍNICO

La manifestación clínica principal es el dolor pleurítico originado a partir de la pleura parietal inflamada que posee propiedades nociceptivas. En ocasiones los pacientes manifiestan dolor torácico de tipo opresivo. El síntoma más frecuente es la disnea precedida de tos, que puede ser progresiva de acuerdo con el tamaño y el incremento del DP; esta disnea se relaciona con la disminución del espacio bronquial de un segmento pulmonar, con lo que se reduce el volumen pulmonar. Sin embargo, los síntomas podrían ser variables dependiendo de la etiología del DP. La disnea podría acompañarse de desaturación como alteración del mecanismo de oxigenación y ventilación-perfusión y síntomas relacionados con infecciones crónicas —como tuberculosis— o asociadas a cáncer. La pérdida de peso unilateral requiere una toracocentesis para el estudio bioquímico, la citología y el cultivo del líquido pleural. Durante la auscultación del campo pulmonar existe ausencia del ruido respiratorio y matidez en la percusión torácica, dependiendo del volumen del DP.^{20,22}

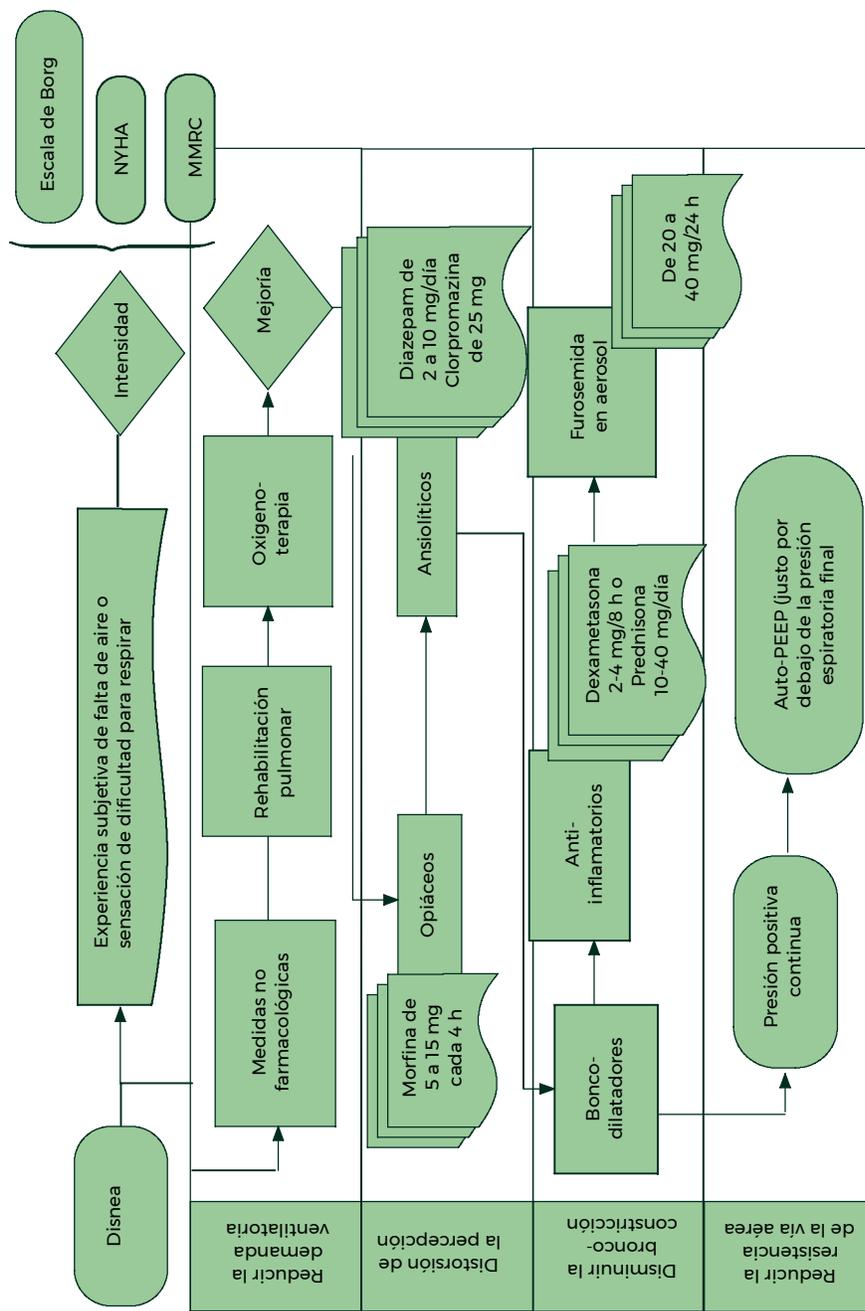


Figura XV-4. Manejo integral de la disnea. Adaptado de la referencia 2. NYHA: New York Heart Association; MRC: Medical Research Council.

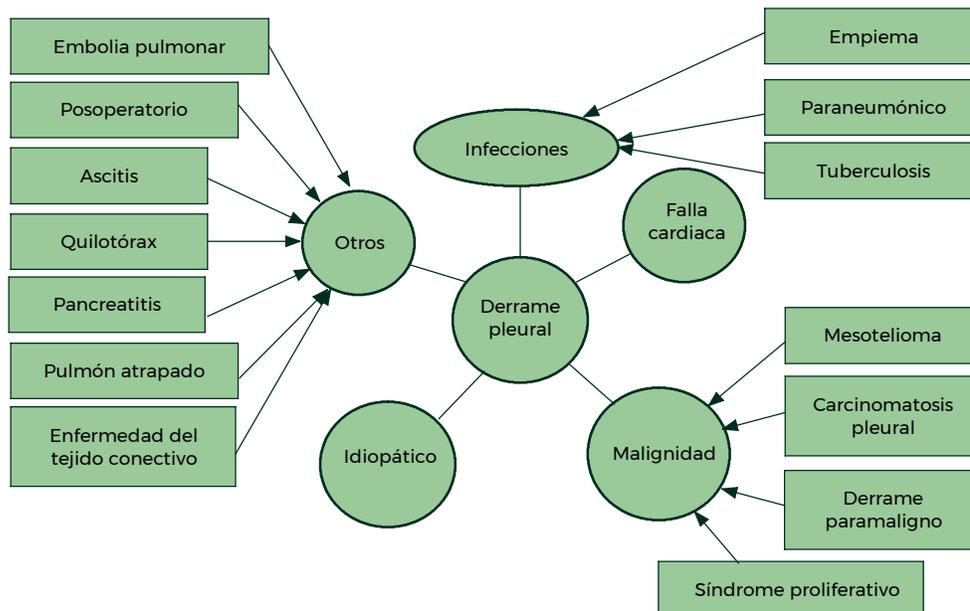


Figura XV-5. Etiología del derrame pleural. Extraído de la referencia 18.

Estudios paraclínicos

En los estudios de DP el muestreo por toracocentesis es esencial para distinguir el trasudado del exudado, utilizando los criterios de Light: proteína, lactato deshidrogenasa y glucosa. La prueba fue propuesta por el Dr. Richard Light en 1972. Estos parámetros se compararon simultáneamente a nivel sanguíneo y tuvieron una sensibilidad de 94.7% para predecir el exudado y una baja especificidad. El análisis macroscópico del derrame pleural puede ayudar a establecer el diagnóstico: un aspecto lechoso es compatible con quilotórax, una apariencia purulenta y un empiema son compatibles con una fuente infecciosa, y un aspecto sanguinolento es compatible con malignidad o traumatismo.^{21,22}

Otros puntos a considerar en los análisis bioquímicos son la determinación de amilasa si se sospecha perforación esofágica o pancreatitis. Las pruebas de lípidos o triglicéridos confirman la presencia de quilotórax, que puede estar asociado a la rotura espontánea del conducto torácico o a los tumores mediastínicos.²¹

En los pacientes oncológicos 40% de los estudios citológicos del líquido pleural tienen una sensibilidad y una especificidad muy bajas. El rendimiento de la prueba depende de varios factores, como el tipo de tumor, el volumen de muestra óptimo para el examen (de 20 a 40 mL) y el papel fundamental de la experiencia del citólogo en el examen de la muestra. El volumen óptimo de líquido pleural para los estudios citológicos es de 20 a 40 mL; los métodos utilizados en este estudio son las tinciones de Papanicolaou y de May-Grünwald Giemsa. Entre los marcadores tumorales solicitados y sus puntos de corte en líquido pleural están el antígeno carcinoembrionario > 45 ng/mL, la alfa-fetoproteína > 30 ng/mL y los marcadores tumorales CA125 > 35 ng/mL, CA15-3 > 77 UI/mL y CA19-9 > 37 ng/mL, los cuales se determinan mediante luminiscencia electroquímica con sus reactivos correspondientes.^{20,22} A pesar de que no hay estudios que documenten la tasa de hospitalizaciones para todos los pacientes con DP maligno, la experiencia clínica sugiere que la mayoría de

los pacientes con DP maligno buscan atención médica y a menudo son tratados por los síntomas en el hospital.²²

La última actualización de la Guía de Práctica Clínica Mexicana de 2016 refiere que en caso de evidenciar que el paciente se encuentra paraneumónico es necesario el antibiótico empírico; sin embargo, si no es así, se debe descartar que se encuentra paraneoplásico. En cualquiera de los dos casos la toracocentesis está indicada mediante ultrasonografía para evitar complicaciones, como neumotórax o hemoneumotórax. El resto del algoritmo se sigue de la misma forma para diferenciar entre trasudado y exudado, en caso de empiema o derrame pleural laculado de primera instancia se sugiere toracoscopia con fibrinólisis y en caso de fracaso el extremo sería una toracotomía. Sin embargo, dichos tratamientos invasivos y de alto costo son innecesarios y se volverían incluso tratamientos inadecuados para los pacientes terminales con derrame pleural maligno (figura XV-6).²³

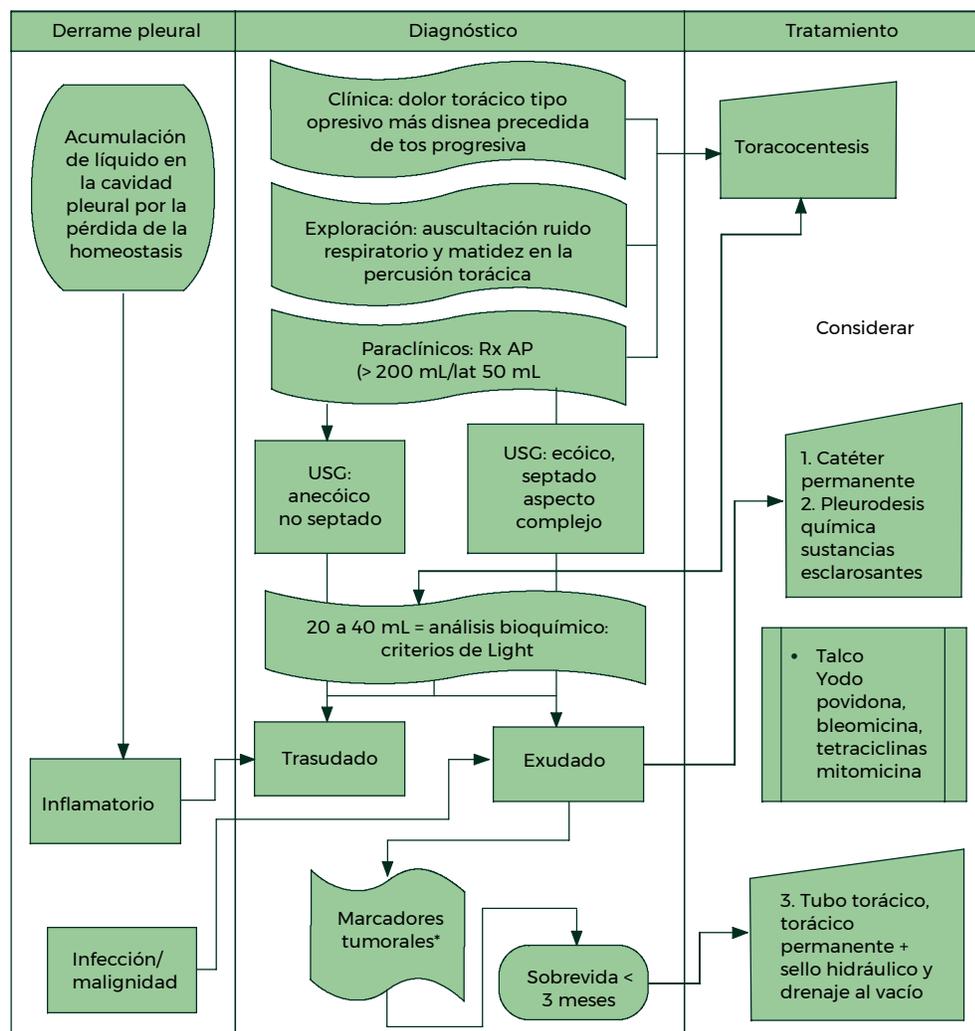


Figura XV-6. Manejo del derrame pleural. USG: ultrasonido; Rx AP: radiografía anteroposterior. Adaptado de la referencia 22.

A pesar de su larga data, la gestión se ha mantenido predominantemente de naturaleza paliativa. Los avances en la terapéutica han sido lentos, pero han tenido un mayor crecimiento en los últimos 15 años. El catéter pleural permanente tiene un papel cada vez más predominante en el manejo del DP maligno, con una eficacia comprobada del manejo de síntomas que permiten las guías recientes para avalar su uso. En esta revisión se examinan los resultados de los pacientes estudiados, se aborda la cuestión de cuáles son los más importantes para el manejo de los pacientes y se revisa la literatura relacionada con el valor esperado por el dinero (costo-efectividad) de los cuidados paliativos en relación con los enfoques recomendados tradicionalmente.^{20,21} La evaluación radiológica confirma la sospecha de un DP y establece la conducta diagnóstica y terapéutica en fase inicial del DP. La radiografía estándar de tórax identifica el DP > 200 mL; en proyección lateral podría detectarse hasta un volumen acumulado de 50 mL o más generalmente presente en el ángulo costo-frénico.²²

Para evitar complicaciones la toracocentesis guiada por ultrasonido se considera obligatoria. Además, la ecografía es un método muy sensible para la detección de metástasis pleurales y engrosamiento pleural. Las cuatro características principales identificadas en el líquido pleural fueron:

1. Derrame pleural anecoico.
2. Derrame pleural complejo sin tabique.
3. Presencia de tabique en el DP.
4. DP homogéneo ecogénico.

El exudado aparece como DP en la ecografía con líquido libre, sin descarga y sin separar; el exudado aparece como tabicado, ecogénico y complejo en la DP.

La tomografía computarizada (TAC) permite identificar de manera directa los nódulos y las neoplasias primarias en el parénquima pulmonar o en la pleura que no son fácilmente visibles en una radiografía de tórax, y permite distinguir un derrame pleural de lesiones provocadas por neumonía, embolismo o cáncer, y con una mejor especificidad si el estudio es contrastado; sin embargo, a pesar de su alta sensibilidad no es posible distinguir una pleura metastásica de un mesotelioma. El estudio pleural requiere una TAC multicorte con reconstrucción multiplanar y reconstrucción en 3D, cuyos márgenes deben ser analizados a través de la ventana mediastínica tomando en cuenta la densidad del tejido medida en unidades Hounsfield (UH). La densidad del tejido blando es de 40 a 400 UH y la de la ventana pulmonar está entre 500 y 1,500 UH. La TAC multicorte tiene una sensibilidad de 88% y una especificidad de 94% para el diagnóstico de neoplasias. La utilidad del estudio con tomografía computarizada con emisión de positrones permite la visualización de tejido metabólicamente activo a la 18-fluorodesoxiglucosa, captado intensamente por los tejidos con células malignas. Este estudio se usa para el estadiaje en las patologías tumorales y las patologías pleurales con sospecha de malignidad, para definir el sitio de punción de la biopsia y para descartar el mesotelioma o la asbestosis pleural.¹⁵

En los pacientes con procesos neoplásicos e infecciosos es una herramienta necesaria para el diagnóstico diferencial. En los pacientes con diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome nefrótico y ascitis, en quienes el DP es bilateral, ocasionalmente no será necesario el drenaje, en cuyo caso tratar la patología de base para evitar su producción exagerada podría solucionarlo.²⁻⁹

En muchos casos el derrame pleural maligno es la presentación inicial de una enfermedad oncológica manifestada por un tumor primario o de carácter metastásico pulmonar o pleural. Los cánceres que más provocan DP maligno son los de pulmón, mama, hematológicos, gastrointestinales y ginecológicos. El DP maligno es recidivante y altamente sintomático, por lo que se considera de difícil manejo. Las opciones más razonables de acuerdo con la guía de la Sociedad Torácica Británica son el uso de catéteres permanentes, la toracotomía mínima con tubo torácico y la pleurodesis química con sustancias esclerosantes que provoquen inflamación y cicatrización pleural para evitar

su producción acelerada. En los pacientes al final de la vida con un DP maligno persistente o un “pulmón atrapado” con un tiempo estimado de supervivencia máximo de tres meses el tubo torácico permanente con sello hidráulico y el drenaje al vacío permiten reducir los tiempos hospitalarios prolongados y disminuyen y controlan los síntomas del paciente.¹⁶

El objetivo de la pleurodesia es brindar un tratamiento definitivo a la hiperproducción del DP y el alivio de los síntomas. Es un tratamiento paliativo que se espera que sea duradero. De acuerdo con Wong y col.,¹⁶ un estudio realizado en Hong Kong describe que el solo hecho de colocar un catéter de drenaje permanente y el tiempo de permanencia brinda una alta tasa de autopleurodesia antes del uso de cualquier sustancia esclerosante. Una de las recomendaciones de la Sociedad Torácica Británica es la instilación de sustancias esclerosantes en la pleura a través del tubo de drenaje como tratamiento definitivo; incluyen talco (silicato de magnesio), yodopovidona, bleomicina, 5-fluorouracilo, tetraciclinas, *Corynebacterium parvum* y mitomicina. De todos estos agentes esclerosantes el talco tiene los mejores resultados (figura XV-7). La instilación suele causar dolor debido a la pleuresía química; otras complicaciones del procedimiento incluyen fiebre, neumonitis aguda, insuficiencia respiratoria aguda y empiema,²⁰ por lo que se requiere hospitalizar al paciente para observarlo. En los pacientes con pleura engrosada con baja producción de líquido o que atrapa al pulmón lo ideal es no realizar ningún procedimiento. La técnica de videotoracotomía con colocación de tubo permite tener una mejor visión de la superficie pleural, lo que faculta la biopsia directa de la capa pleural y espolvorear el talco o la sustancia química elegida para esclerosar la pleura.²³

CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos son útiles en los pacientes terminales, ya que su objetivo fundamental es aliviar el dolor y cualquier síntoma que se pueda presentar en el paciente con enfermedad pulmonar avanzada, progresiva e incurable, entre las que destacan el cáncer pulmonar y las metástasis a este órgano. La sintomatología, como la tos persistente, puede producir o agravar el dolor; la propia disnea es un síntoma muy común y discapacitante que origina un marcado deterioro de la calidad de vida; el derrame pleural que se presenta de forma continua aumenta el deterioro tanto funcional como psicológico del paciente y de la familia. Por ello es sumamente importante diagnosticar y evaluar continuamente dichos síntomas de manera multidimensional, con el fin de actuar en los distintos factores que la desencadenan y poder incidir en ellos de forma temprana. En la actualidad el tratamiento sintomático de elección incluye opiáceos, en concreto la morfina, así como adyuvantes que disminuyen la ansiedad y el impacto psicosocial que conlleva la afección.

Específicamente en los pacientes con derrame pleural maligno el tratamiento paliativo tiene como finalidad el alivio de la disnea. La pleurodesis química es la modalidad terapéutica más utilizada. En los sujetos en los que fracasa la pleurodesis se debe considerar la inserción de un catéter endopleural.

Por último, es importante destacar que la disnea es un síntoma refractario al tratamiento, por lo que es imprescindible iniciar una sedación paliativa. Dicho tratamiento tiene un impacto importante y trascendental en el control adecuado del sufrimiento del paciente y su familia.

REFERENCIAS

1. **Peixoto AJ, Sarri AJ, Santana PSD, Bonateli D:** Fisioterapia paliativa no adenocarcinoma metastático de pulmón: relato de caso. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* 2018;6(3):522-527.
2. **Salinas LMB, González de Etxabarrri Otsoa S, Campo Artola MA:** Cuidados paliativos en las enfermedades intersticiales pulmonares difusas. *Med Respir* 2018;11(3):7-69.
3. **Rodríguez PM:** *Metástasis pulmonares*. Centro de Investigación Médica Aplicada, Universidad de Navarra, 2021.

4. **Fernández PR, Martínez BD, García SC, Cano JD, Ramírez VA et al.:** Métodos para la estimación de costos en salud de la EPOC: resultados basales. *Neumol Cir Torax* 2016;75(1):5-1
5. **Jofré D, García CK:** Tos en otorrinolaringología: revisión actualizada del enfoque clínico. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2017;77:456-466.
6. **Penz E, Watt KN, Hergott CA, Rahman NM, Psallidas I:** Management of malignant pleural effusion: challenges and solutions. *Cancer Manag Res* 2017;9.
7. *Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones. Abordaje diagnóstico del paciente adulto con tos crónica.* México, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2011.
8. **Quintero CV, Martínez VC, Agámez IC:** Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Rev Colomb Cancerol* 2022;26(1):3-13.
9. **Sacre HJA, Sacre L:** Tos crónica. Síndrome de hipersensibilidad del reflejo de la tos. *Rev Alerg Méx* 2019;66(2):217-231.
10. **Dubé BP, Vermeulenb F, Laveneziana P:** Disnea de esfuerzo en las enfermedades respiratorias crónicas: de la fisiología a la aplicación clínica. *Arch Bronconeumol* 2017;53(2):62-70.
11. **Parra PS, Giraldo HCE, Arias RC, Mejía AD, Vargas GJJ et al.:** Palliative sedation in advanced cancer patients hospitalized in a specialized palliative care unit. *Support Care Cancer* 2018;26(9):3173-3180.
12. **Fernández LMJ, Landaluce FM, Mora SE, De la Fuente RA, Rodríguez JML:** Valoración de la disnea como síntoma urgente en atención primaria. *Med Gen Fam* 2018;7(2):80-83.
13. **Castillo ALE, Argüello MTJ, Daza BKL, Macías VFD:** Cuidados paliativos en pacientes con CA de pulmón. *RECIAMUC* 2021;5(2):151-161.
14. **Almudí A:** *Decisiones clínicas en atención primaria: signos de alarma y complicaciones de consultas frecuentes.* 2019;7.
15. **Espinar CV:** Los cuidados paliativos en el final de la vida. Aspectos clínicos y éticos. *Arbor* 2019;195(792):a504.
16. **Chung KF, Mazzone SB:** *Murray & Nadel's textbook of respiratory medicine.* 2022.
17. *Guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.* México, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2010.
18. **Murthy P, Ekeke CN, Russell KL, Butler SC, Wang Y et al.:** Making cold malignant pleural effusions hot: driving novel immunotherapies. *Oncoimmunology* 2019;8:e1554969.
19. **Skok K, Hladnik G, Grm A, Crnjac A:** Malignant pleural effusion and its current management: a review. *Medicina (Kaunas)* 2019;55(8):490.
20. **Rivera T, Serrano E:** Actualidad en el manejo clínico del derrame pleural maligno: revisión narrativa. *Rev Oncol Ecu* 2022;32(2):100-111.
21. **Wang L, Deng H, Chen X, Li C, Yi F et al.:** Talc pleurodesis versus indwelling pleural catheter among patients with malignant pleural effusion: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg Oncol* 2020;18(1):184.
22. **Bibby AC, Dorn P, Psallidas I, Porcel JM, Janssen J et al.:** ERS/EACTS statement on the management of malignant pleural effusions. *Eur Respir J* 2018;52(1).
23. *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del derrame pleural.* México, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2016.







IMSS

CAPÍTULO XVI

Síntomas gastrointestinales

Édgar Antonio Ramos Gutiérrez, Rebeca Garcés Ruiz



ALTERACIONES DE LA BOCA, NÁUSEA Y VÓMITO, DISPEPSIA: SACIEDAD TEMPRANA, PLENITUD GÁSTRICA, REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Como consecuencia del tratamiento oncológico se producen diversas alteraciones en las células normales del organismo, principalmente en el tracto gastrointestinal y las mucosas oral, esofágica y gástrica, ya que son muy susceptibles a los efectos tóxicos directos e indirectos de la quimioterapia y de la radiación ionizante.¹

Los pacientes oncológicos sufren diversas complicaciones que aumentan cuando se encuentran en algún tipo de tratamiento antineoplásico; las más frecuentes son las mucositis, la xerostomía, las alteraciones del gusto, los sangrados de la mucosa oral, el reflujo gastroesofágico, la plenitud posprandial, la saciedad temprana y las infecciones por la misma terapia inmunosupresora. Este factor determina la adecuada nutrición y una buena calidad de vida.²

El manejo de este tipo de lesiones orales ocasionadas por la terapia antineoplásica abarca la identificación de poblaciones susceptibles, las intervenciones previas al tratamiento oncológico y el manejo de estas lesiones. Las medidas cruciales para el cuidado integral del paciente comprenden la evaluación del estado bucal y el control de las patologías existentes.³

Tonkaboni reportó que hasta 66.2% de los pacientes presentaban mucositis y lesiones orales severas después del tratamiento con quimioterapia, pero que la lengua es la que presenta lesiones con mayor frecuencia. De la población estudiada 35% presentó lesiones doloras y 36.25% sensación ardorosa; 61.2% sufrió xerostomía, y de ella 37% se encontraba con radioterapia y quimioterapia. Una secuela que se presentó en hasta 50% de los pacientes fue la falta del sentido del gusto durante mucho tiempo.⁴

MUCOSITIS

Es la inflamación y la ulceración dolorosa de las mucosas que recubren el tracto digestivo, que se desarrolla comúnmente de manera secundaria al tratamiento contra el cáncer con radioterapia o quimioterapia. Se puede identificar en cualquier región del tracto gastrointestinal, pero la localización más común es la cavidad oral.⁵

En el tratamiento del cáncer se produce daño del DNA, que genera especies reactivas de oxígeno y conlleva a la producción de citocinas, promoviendo la creación de metaloproteinasas, que destruyen las mucosas y las submucosas.⁵

Cuadro XVI-1. Escala de la Organización Mundial de la Salud para la mucositis

Grado 0	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
<ul style="list-style-type: none"> Normalidad 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema Mucosa enrojecida Ausencia de dolor Voz normal 	<ul style="list-style-type: none"> Eritema Úlceras poco extensas Se mantiene la deglución de sólidos Dolor ligero Úlceras poco extensas 	<ul style="list-style-type: none"> Úlceras extensas Encías edematosas Saliva espesa Se mantiene la deglución de líquidos Dificultad para hablar 	<ul style="list-style-type: none"> Úlceras muy extensas Ausencia de saliva Imposibilidad para deglutir Soporte enteral o parenteral Dolor muy extenso
				

La intensidad del tratamiento antineoplásico condiciona en gran medida la aparición de los efectos adversos sobre la mucosa oral. La mucositis se ha descrito con la administración de más de 20 antineoplásicos clásicos; los que más toxicidad oral producen son la citarabina, la bleomicina, la doxorubicina, el fluorouracilo y el etopósido. Estos modernos fármacos, como los inhibidores de la tirosinasa (sunitinib, sorafenib, regorafenib), producen mucositis en 30 a 40% de los pacientes; los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico, como cetuximab y erlotinib, lo causan en 10 a 20% de los casos.⁶

Desde 1979 la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó el grado de las lesiones de las mucositis en una escala que va del 0 a 4 en función de su severidad, como se observa en el cuadro XVI-1.

El cuidado de la cavidad oral básico abarca todas las acciones rutinarias realizadas por el paciente o el cuidador primario para reducir la carga bacteriana en esta zona, prevenir infecciones y brindar bienestar. Esto implica limpieza oral (cepillado de dientes y uso de hilo dental), enjuagues para reducir la acumulación de bacterias, hidratación y lubricación (uso de agentes humectantes) en la superficie oral.⁷

Las intervenciones educativas diseñadas para ayudar a los pacientes a comprender la importancia del cuidado oral y realizar las prácticas orales recomendadas durante la terapia del cáncer (esta clase de intervención es nueva en las pautas) son de vital importancia; incluyen el uso de solución salina, enjuagues suaves y/o enjuagues con clorhexidina.⁸

Las infecciones relacionadas con la mielosupresión inducida por la terapia sistémica aumentan de manera significativa la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes. Las áreas susceptibles de sufrir infección incluyen los dientes, las encías, las glándulas salivales y la mucosa oral.

El manejo de la mucositis se puede basar en la clasificación de la OMS, por lo que se recomienda lo siguiente:³

- Mucositis grado 1: adecuada higiene de la cavidad oral, colutorios de clorhexidina sin alcohol después del cepillado, buena hidratación de la boca, crioterapia (chupar cubos de hielo) y bálsamos labiales.
- Mucositis grado 2:
- Las medidas anteriores más enjuagues de nistatina en dosis de 5 cc cada seis horas y corticoides (acetónido de triamcinolona-fluocinolona 0.1%, propionato de clobetasol 0.05%), difenhi-

dramina en enjuague, anestésicos tópicos (lidocaína a 2% en orabase antes de las comidas) y protectores de la mucosa (carbenoxolona, sucralfato, sustitutos salivales, geles de ácido hialurónico).

- Mucositis grados 3 y 4: las medidas anteriores se complementan con tratamientos etiológicos, aunque deben ser instaurados por el especialista.
 - Infecciones micóticas: fluconazol en dosis de 200 mg/día + antifúngicos tópicos.
 - Infecciones víricas: aciclovir-famciclovir sistémico más pomadas de aciclovir.
 - Tratamiento del dolor con la intensidad requerida, incluyendo morfínicos para garantizar la hidratación y la nutrición básicas durante el periodo de mucositis.

En los pacientes con mucositis secundaria al tratamiento antineoplásico es indispensable un manejo completo, ya que es una población con predisposición a la reincidencia de la mucositis, para la cual se propusieron diferentes soluciones, como la suspensión bucal de lidocaína compuesta, lidocaína viscosa, etcétera.⁹ En la unidad de medicina paliativa con atención a los pacientes en tratamiento oncológico para el manejo de la mucositis se emplea una solución magistral a base de lidocaína, nistatina y aluminio/magnesio, con la cual se ha observado una mejoría significativa.

Se prepara de la siguiente manera:

1. Lidocaína en solución de 20 mg/mL en envase de 50 mL.
2. Nistatina de 100,000 UI/mL en frasco con polvo para 24 mL.
3. Hidróxido de aluminio/hidróxido de magnesio de 3.70 g/4.00 g en envase de 240 mL.

Se mezclan los tres componentes en un recipiente de 1.5 L y se afora con agua potable hasta 1.5 L. Se recomienda mantener la mezcla en refrigeración o en un ambiente fresco; se aconseja realizar enjuagues con 10 mL de la solución y repetir el procedimiento tres veces 30 min antes de cada alimento. Se ha observado en la práctica que con la conservación de esta solución a una temperatura de 2 a 5 °C puede durar hasta un mes después de la preparación.

DISGEÚSIA

Los pacientes que reciben tratamientos sistémicos, mayoritariamente tratamientos enterales, pueden sentir un sabor desagradable secundario a la difusión del fármaco en la cavidad oral. El mecanismo se debe a una toxicidad directa sobre los receptores neurológicos que se encuentran en la cavidad oral o a nivel del sistema nervioso central sin que se precise la excreción del fármaco en la saliva. La disgeúsia se puede presentar también en las primeras semanas tras la finalización de la terapia citotóxica. Sin embargo, este síntoma es reversible y la sensación de sabor se normaliza a los pocos meses de finalizar el tratamiento sistémico.¹⁰

XEROSTOMÍA

Se define como la sensación de boca seca y es una de las secuelas más frecuentes e invalidantes en los pacientes sometidos a tratamiento oncológico, principalmente a radioterapia de cabeza y cuello; sin embargo, este síntoma no siempre desaparece al término del tratamiento.

La radiación ionizante puede causar un daño irreversible al tejido glandular, afectando la secreción de saliva. La atrofia glandular, la fibrosis y la consecuente reducción del flujo salival tienen lugar poco después del inicio de la radiación, y aumentan conforme al tratamiento. En los pacientes cuyas glándulas salivales mayores están incluidas dentro del campo de radiación la prevalencia de xerostomía aumenta hasta 94%. Por el contrario, cuando son factibles técnicas como la irradiación con intensidad modulada, en la que se puede delinear los campos de irradiación y excluir selectivamente del mismo parte de las glándulas salivares, la frecuencia de la xerostomía es mucho menor.¹¹



El manejo para la xerostomía está conformado de medidas de protección y estimulación:³

- Pilocarpina en dosis de 5 mg dos o tres veces al día.
- Productos de higiene e hidratación para boca seca, chicles y caramelos de sabores ácidos sin azúcar (con xilitol).

CANDIDIASIS

Los efectos de los tratamientos oncológicos sistémicos en el sistema inmunitario ocasionan en estos pacientes susceptibilidad a las infecciones, y a su vez alteración de la funcionabilidad normal de la cavidad bucal, como la disminución del flujo salival, la lactoferrina, las lisozimas y las citocinas salivales que en conjunto favorecen la invasión por *Candida*. Se ha evidenciado que una condición oncológica predispone a una infección por *Candida albicans*.¹²

Existen diversas formas de clasificar la mucositis; sin embargo, las que más destacan son la de la OMS y la del *National Cancer Institute*.

El diagnóstico para candidiasis oral se basa en una adecuada exploración clínica, en busca de los signos más importantes —placas blanquecinas o amarillentas, eritema en parches y fisuras— y en la demostración e identificación del hongo en las muestras clínicas (frotis o cultivo) y/o el diagnóstico serológico.¹³

El tratamiento de las candidiasis orales requiere en primer lugar la eliminación o la atenuación de estos factores, haciendo énfasis en las medidas higiénico-bucales, así como en el empleo de soluciones alcalinas antisépticas suaves (bicarbonato, borato de sodio, hidróxido de magnesio) para el lavado de la cavidad oral, ya que dificultan la colonización y el crecimiento de los hongos.¹⁴

En cuanto al manejo farmacológico, los antifúngicos tópicos normalmente utilizados son la nistatina, la anfotericina B y los derivados azólicos (miconazol, clotrimazol, econazol y ketoconazol). Cuando los agentes tópicos no son suficientes para controlar la infección hay que recurrir a los agentes sistémicos. El uso concomitante de un agente tópico facilita una curación más pronta de la infección y permite reducir la dosis y la duración de la terapia sistémica (figura XVI-1).¹³

Náuseas y vómito

La náusea se define como la sensación de malestar general con una necesidad inminente de vomitar, sin la presencia de actividad muscular expulsiva. El vómito (emesis) se define como la expulsión vigorosa del contenido gástrico a través de la boca como resultado de contracciones combinadas de los músculos abdominales, intercostales, laríngeos y faríngeos, así como la contracción retrógrada de los intestinos y la relajación del fondo gástrico.¹⁵

Las náuseas y los vómitos son un problema de gran relevancia en los pacientes oncológicos, por lo que se estima que hasta 65% de los pacientes con algún tipo de cáncer experimentan náuseas durante la evolución de la enfermedad; de ellos 25% progresan hasta la emesis.¹⁶ Este síntoma es influido por múltiples factores (edad, sexo y emetogenicidad de la quimioterapia) y es el principal en los pacientes oncológicos en tratamiento con quimioterapia. Dos estudios reportaron que un porcentaje significativo de pacientes con cáncer experimentaron vómitos agudos y tardíos que se exacerbaban durante los ciclos de quimioterapia.^{17,18}

Las náuseas y los vómitos inducidos por quimioterapia (NVIQ) citotóxica para el cáncer son los efectos adversos más frecuentes del tratamiento.¹⁹ El efecto de NVIQ se presenta en tres fases. La fase aguda ocurre dentro de las 0 a 24 h después del inicio de la infusión de quimioterapia y la fase tardía ocurre dentro de las 25 a 120 h luego del inicio de la infusión de quimioterapia.²⁰ La náusea tardía es más difícil de manejar que la náusea en la fase aguda, que ocurre sólo después de que el paciente sale de la clínica.²¹

Existe dificultad al definir la fisiopatología de las náuseas respecto a la del vómito. En el caso de las náuseas el conocimiento es muy escaso. Se sabe que las náuseas constituyen una sensación cons-

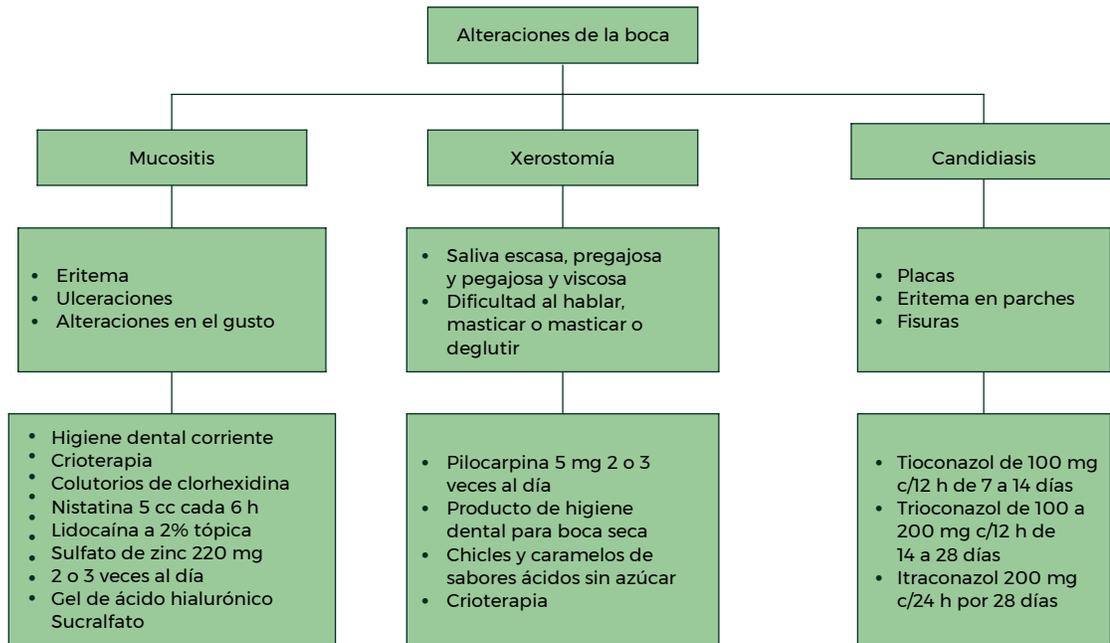


Figura XVI-1. Algoritmo de tratamiento de las alteraciones bucales.

ciente en la que intervienen áreas corticales, en cambio, el vómito es un reflejo complejo a nivel medular que conlleva la integración de diferentes aferencias emetógenas y la coordinación de las musculaturas respiratoria, abdominal y gastrointestinal. Todo este proceso es controlado por un grupo organizado de neuronas, no especificadas, que se localizan en el bulbo raquídeo son activadas secuencialmente por el generador central de patrones, coordinador de la respuesta motora del vómito.²² El núcleo del tracto solitario y otros núcleos específicos de la formación reticular (incluidos los núcleos respiratorios) parecen áreas fundamentales para generar la emesis. Las vías por las que se estimula el núcleo del tracto solitario son cuatro:

1. Fibras aferentes vagales del tracto gastrointestinal.
2. Sistema vestibular.
3. Corteza cerebral, tálamo e hipotálamo.
4. Área postrema.

Las fibras aferentes vagales del tracto gastrointestinal son estimuladas por la serotonina (5-HT) liberada por las células enterocromafines cuando detectan sustancias circulantes o toxinas en la luz de dicho tracto.²³

En los últimos años la incidencia de NVIQ ha ido disminuyendo gracias a nuevos fármacos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico. El objetivo del tratamiento con antieméticos en los pacientes oncológicos con terapia sistémica es la prevención de NVIQ, lo cual es altamente probable, incluso en los pacientes con esquemas muy emetogénicos.²⁴

Las NVIQ se clasifican según el tiempo de aparición en agudas (se refieren a las que se presentan entre 0 y 24 h), tardías (entre 24 y 120 h) y anticipatorias, que son las que suceden antes de la quimioterapia como consecuencia de algún sabor, olor, imagen, pensamiento o ansiedad, especialmente en los pacientes que ya han recibido quimioterapia y que sufrieron náuseas y vómitos.²⁵

Cuadro XVI-2. Fármacos para el manejo de las náuseas y el vómito

Opción	Fármaco	Dosis	Vía de administración
Primera línea	Ondansetrón	• 8 mg c/12 h • Dosis máxima: 24 mg/ día	Intravenosa Intravenosa
	Aprepitant	• 125 mg: días 1 y 2 • 80 mg día 3	Oral Oral
	Palonosetrón	• 0.25 mg cada 48 h	Intravenosa
Segunda línea	Dexametasona	• 8 mg, dosis única.	Intravenosa
Náuseas anticipatorias	Lorazepam	• De 0.05 a 2 mg cada 6 h por razón necesaria	Oral
		• En los adultos mayores 0.5 mg/día	Intravenosa

* Tomado de la referencia 24.

Es primordial el estudio integral del paciente no sólo para identificar algunas posibles causas adicionales que puedan potenciar las NVIQ, sino también para corregir las situaciones que, de no hacerlo, imposibilitarán el control adecuado de las NVIQ. Es importante conocer el tipo de terapia antineoplásica sistemática, pues dependiendo del grado de ematogenicidad que presente será el tratamiento recomendado para un adecuado control del síntoma (cuadro XVI-2).

En México se dispone de cuatro antagonistas de 5-HT₃ de primera generación (dolasetrón, granisetrón, ondansetrón, tropisetrón) y uno de segunda generación (palonosetrón). Los antagonistas de la neurocinina 1 (NK1) disponibles son el aprepitant y el fosaprepitant.²⁶⁻²⁸

Otros esquemas antieméticos disponibles y de fácil adquisición son los antiinflamatorios esteroideos, de los cuales el más usado es la dexametasona; diversos estudios han demostrado su eficacia incluso en monoterapia, y en tiempos más recientes en combinación con otros antieméticos, lo cual se debe principalmente a su acción a nivel central en el núcleo del tracto solitario. La dexametasona tiene una ventana de seguridad amplia; sin embargo, no está exenta de efectos adversos, que incluyen trastornos del sueño —como insomnio— (45%), trastornos gastrointestinales (27%), hiperactividad (25%), exceso de apetito (18%) y aumento de peso (18%).²⁹

En los pacientes con sospecha de náuseas y vómito de tipo anticipatorio (componente de ansiedad) se recomienda usar benzodiazepinas por su efecto ansiolítico e hipnótico. Están indicadas como coadyuvantes con fármacos antieméticos para las NVIQ. Se debe tener precaución en la población geriátrica.³⁰

La metoclopramida se recomienda en los pacientes con categoría de riesgo baja o mínima de emesis (según las guías MASCC 2016), por lo que la dosis máxima recomendada es de 30 mg/día; debido a su efecto antagonista dopaminérgico en dosis bajas y a su efecto antiserotoninérgico en dosis altas, se debe poner atención al riesgo de síndrome extrapiramidal.³¹⁻³³

El uso de metoclopramida en el campo de la medicina paliativa y la clínica del dolor ha demostrado una adecuada respuesta para el control de las náuseas y el vómito en los pacientes oncológicos en etapa terminal. La vía de administración subcutánea es la más empleada y la menos invasiva en estos pacientes, y la de mejor manejo por parte del cuidador; se ha observado que el uso de este medicamento en los pacientes oncológicos que presentan ictericia por un patrón colestásico posee un efecto analgésico.

Gracias a su efecto antagonista de múltiples neurotransmisores, los fármacos antipsicóticos (olanzapina) se recomiendan en el tratamiento antiemético combinado en los pacientes con un mal control de las NVIQ. El delta-9-tetrahidrocannabinol ha demostrado un efecto antiemético comparable al de la fenotiazina y el ondansetrón; sin embargo, el diseño de los estudios ha demostrado su heterogeneidad. No ha sido recomendado aún por ninguna guía internacional.³²

Como complemento se ha utilizado el uso de terapias no farmacológicas para el tratamiento de las NVIQ, como la electroacupuntura, que ha mostrado beneficio en casos de emesis aguda, aunque no se ha demostrado su relevancia clínica; asimismo, existen otras terapias no farmacológicas, como la distracción cognitiva, la desensibilización sistemática, la hipnosis y la electroestimulación transcutánea.^{34,35}

El cáncer gástrico (CG) se ha presentado como uno de los más frecuentes en la actualidad, secundario a hábitos de vida que han prevalecido en la sociedad, por lo que a nivel mundial ocupa el segundo lugar en frecuencia, justo por detrás del cáncer de pulmón.³⁶

Se ha encontrado una importante asociación en la incidencia de infección por *Helicobacter pylori* y el desarrollo de cáncer gástrico y linfoma gástrico de bajo grado de tejido linfoide relacionado con la mucosa. La OMS reconoció en 1994 a *Helicobacter pylori* como un carcinógeno tipo 1 con base en una asociación epidemiológica sólida. Actualmente este agente se considera a nivel mundial como el principal factor de riesgo para CG; asimismo, se estimó que hasta 90% de los casos de CG distal están asociados a él. Aunque se ha determinado que el desarrollo de cáncer es multifactorial, queda claro que la inflamación crónica asociada a esta bacteria es la causante de las alteraciones morfofuncionales de las células gástricas que culminan en lesiones premalignas. Se ha descrito que la inflamación causada por *Helicobacter pylori* produce hipocloricidad que altera el ambiente celular y también induce inestabilidad genética, actividad de protooncogenes y alteración del microbioma.³⁷

La Asociación Mexicana de Gastroenterología realizó un consenso en 2007, el cual concluyó que entre 2000 y 2012 murieron 69,107 personas por CG, con una razón hombre mujer de 1.15:1.0, pero el sureste mexicano, específicamente en Chiapas, presentó la mayor tasa de mortalidad por CG.

México es considerado entre los principales países con riesgo de intermedio a bajo por la relación que existe entre la presencia de la neoplasia y la infección por *Helicobacter pylori*; sin embargo, estadísticamente ha sido complicado cuantificarlo, ya que no existe un registro de incidencia nacional.³⁷

Se utiliza el término dispepsia para integrar el conjunto de síntomas gastrointestinales que se originan en la porción superior del tracto digestivo, que pueden incluir dolor localizado en el epigastrio, saciedad temprana y plenitud posprandial; en general pueden clasificarse como funcionales y estructurales, pero en la presente revisión nos enfocaremos en las alteraciones estructurales por neoplasias.³⁷

La dispepsia no es necesariamente fatal para los pacientes; sin embargo, la cronicidad y la recurrencia de los síntomas tienen un impacto severo en la calidad de vida de los pacientes, por lo que aquí se aborda el manejo de dichos síntomas (figura XVI-2).³⁸

El reflujo gastroesofágico es uno de los padecimientos más importantes y más prevalentes del aparato gastrointestinal, por lo que se estima una prevalencia de aproximadamente 33% de la población, con un impacto en el deterioro de la calidad de vida. El Consenso de Montreal propuso una definición basada principalmente en la sintomatología que presentan los pacientes, como acidez y regurgitación; sin embargo, los síntomas son muy sensibles y poco específicos, por lo que es difícil diferenciar correctamente un padecimiento esofágico de uno gástrico. En un estudio chino con una muestra de 130 pacientes con síntomas predominantemente gástricos se observó que 32.31% de ellos coexistían con síntomas esofágicos (67.69%), lo que llevó a concluir que es necesario hacer una investigación minuciosa de cada uno de los síntomas y signos, para brindar un diagnóstico adecuado y, por ende, un tratamiento asertivo (figura XVI-3).³⁹

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERG) es de las más frecuentes en la población, con prevalencias reportadas de entre 10 y 30% tanto en Latinoamérica como en el resto del mundo. Lamentablemente los estudios más sensibles y específicos para el diagnóstico suelen ser muy costosos y poco accesibles, lo que implica un reto de salud pública para los países latinoamericanos; de

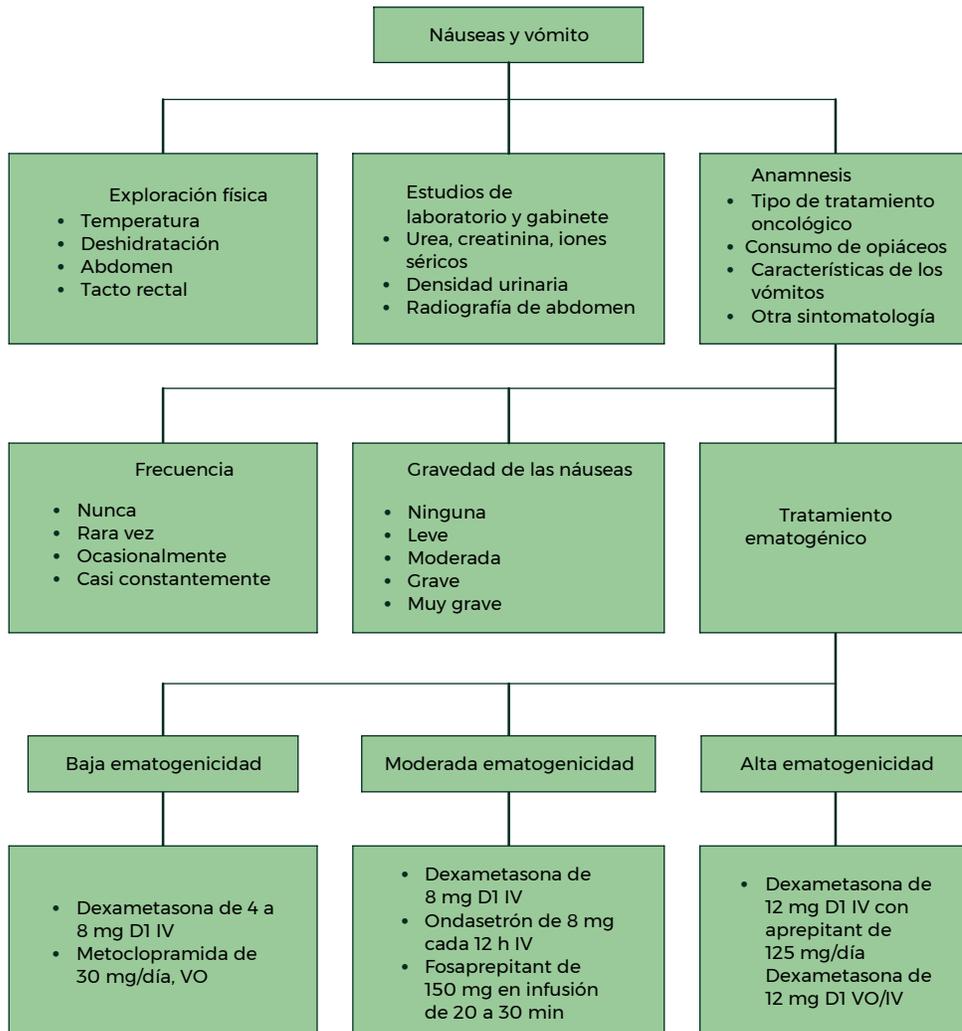


Figura XVI-2. Algoritmo de la dispepsia: saciedad temprana, plenitud gástrica y reflujo gastroesofágico. D1: día 1; VI: vía intravenosa; VO: vía oral.

acuerdo con un estudio realizado por Wiklund I. en 2004,⁵ los síntomas asociados a esta enfermedad tienen un impacto muy relevante en la calidad de vida, incluso superando el impacto de la angina de pecho y de la insuficiencia cardíaca.

En las últimas décadas han ocurrido múltiples avances tecnológicos en el área, lo que ha llevado a mejores métodos de diagnóstico y nuevas variables de ellos. En el Consenso de Lyon (2018) se redefinieron los criterios diagnósticos de la ERG.⁴⁰

El Consenso de Lyon considera la acidez y la regurgitación como los síntomas principales, pero por su inespecificidad se ha detectado que incluso con apoyo de auxiliares diagnósticos, como la pHmetría y la endoscopia, únicamente se consigue una sensibilidad de 70% y una especificidad de 67%; por lo tanto, para mejorar este proceso diagnóstico se recomienda el uso de cuestionarios, como *Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire* y *Reflux Disease Questionnaire*. Los pacien-

tes con un cuadro típico, es decir, con acidez y regurgitación, arrojaron una sensibilidad de 71% y una especificidad de 44%, en comparación con la pHmetría y la endoscopia.⁴¹

En la prueba con inhibidores de la bomba de protones la respuesta de los síntomas a una terapéutica específica se considera parte del algoritmo diagnóstico; desafortunadamente este método, igual que el anterior, es muy poco sensible y específico, ya que ha demostrado una objetividad imperfecta para detectar la enfermedad. Se estima que 69% de los pacientes con esofagitis, 49% con ERG no erosivo y 35% de los pacientes con endoscopia y pHmetría sin alteraciones han referido mejoría de los síntomas luego del uso de inhibidores de la bomba de protones. Los pacientes con síntomas atípicos, como dolor de pecho, tos crónica y laringitis, no refieren una adecuada respuesta a la prueba con inhibidores de la bomba de protones, por lo que esta prueba muestra considerables desventajas en el momento del diagnóstico. Además se ha demostrado una respuesta alta al placebo en este grupo de pacientes.⁴¹ Cuando los síntomas no responden a los dos escalones anteriores se indica una endoscopia con toma de biopsia, que en realidad está más orientada a evaluar las complicaciones de la ERG, como la esofagitis de alto grado, el esófago de Barrett o la estenosis péptica. Los resultados de la endoscopia tienen relevancia clínica; sin embargo, no son específicos para ERG e incluso tienen baja sensibilidad.⁴¹

El monitoreo ambulatorio de reflujo puede confirmar la presencia de ERG en los pacientes con endoscopia sin alteraciones y con síntomas atípicos. Este método de estudio evidencia la fisiopatología de la enfermedad, ya que la sintomatología en realidad se va a asociar al tiempo en el que la mucosa está expuesta al ácido o a episodios de él. El tiempo establecido para realizar la prueba ambulatoria es de 24 h, aunque múltiples estudios han demostrado que la permanencia del monitor durante 48 a 96 h incrementa la asertividad diagnóstica. Ya que este método de estudio detecta todo tipo de reflujo (líquido, gas o mixto) independientemente de su acidez, es considerado la regla de oro para esta enfermedad; lamentablemente es costoso y poco accesible, y la interpretación de resultados es compleja.⁴¹

En conclusión, el reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico en un individuo sin aparentes alteraciones funcionales o estructurales, que presenta hasta 50 a 70 episodios de reflujo y tiene hasta 4% de tiempo de exposición ácida en 24 h. El flujo de información aferente desde el esófago hasta la corteza cerebral ocurre por diferentes grupos de neuronas, y cada una de ellas puede ser modulada. La recomendación actual para realizar el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se basa en el tiempo de exposición al ácido; ningún otro método diagnóstico por sí solo es capaz de realizar el diagnóstico definitivo.⁴¹

Como se mencionó, la enfermedad por reflujo gastroesofágico requiere un enfoque integral que debe tener en cuenta la presentación sintomática, sea con síntomas típicos, atípicos o extraesofágicos, por lo que el objetivo del tratamiento de la ERG consiste en el alivio sintomático, la curación del daño de la mucosa y la prevención de complicaciones.⁴²

Las decisiones terapéuticas difieren de acuerdo con las características anatómicas o las alteraciones estructurales, como la presencia de hernia de hiato, la esofagitis erosiva, la estenosis o las ya mencionadas alteraciones funcionales. Por consiguiente, el reflujo gastroesofágico (RGE) se puede clasificar en tres fenotipos: erosivo, no erosivo y esófago de Barrett.⁴²

El desafío terapéutico en esta enfermedad está centrado en identificar las necesidades de cada paciente, para indicar tratamientos que los beneficien y que estén a su alcance; entre ellos se encuentran los tratamientos invasivos, como la cirugía, que es la más adecuada para los trastornos estructurales; los trastornos funcionales se beneficiarán de neuromoduladores.⁴²

Las tres piedras angulares en el tratamiento del RGE consisten en el alivio sintomático, la curación del daño de la mucosa y la prevención de complicaciones. Este manejo está conformado por manejo médico, principalmente con fármacos que reducen la secreción ácida gástrica, y los cambios en el estilo de vida, que son fundamentales.⁴²

Entre las modificaciones del estilo de vida hay tres estrategias generales: evitar alimentos precipitantes (chocolate, menta, alcohol, comidas con alto contenido de grasa); evitar alimentos que puedan provocar pirosis por acción irritante, como el café, los cítricos, las gaseosas y la comida condimentada; y seguir las conductas terapéuticas, como la elevación de la cabecera a 45°, dormir sobre el lado lateral izquierdo, bajar de peso, dejar de fumar, evitar comer en decúbito y esperar de dos a tres horas después de comer para recostarse.⁴²

Desafortunadamente no hay evidencia sólida acerca de la mejoría del RGE exclusivamente con estos cambios en el estilo de vida, por lo que suelen ser sugerencias para el paciente. Sin embargo, sí hay evidencia de los alimentos que modifican la presión en el esfínter esofágico inferior, como el alcohol, el tabaco, el chocolate, la menta y los alimentos con alto contenido graso.⁴²

En el primer escalón de terapia farmacológica se encuentra la supresión ácida, que inicia con los inhibidores de la bomba de protones que impiden la secreción de ácido clorhídrico al inhibir de manera selectiva, no competitiva e irreversiblemente las moléculas de H⁺-K⁺-ATPasa de las células parietales del estómago. No se obtienen efectos inmediatos, ya que se requiere su acumulación dentro de los canículos secretores; después la secreción de ácido se suprime hasta que existe la regeneración de estas bombas. Como se mencionó, el origen del RGE está en el tiempo de exposición al ácido, por lo que este tratamiento no actúa directamente en la causa, sino que permite evitar la perpetuación de las lesiones, aumentando el pH del contenido gástrico y disminuyendo las lesiones en el esófago. Estos datos fueron obtenidos de un metaanálisis de Cochrane que incluyó 134 estudios, en el que se evidenció la superioridad de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) ante otras opciones farmacológicas. Actualmente se cuenta con múltiples inhibidores de la bomba de protones en el Instituto Mexicano del Seguro Social, como omeprazol y pantoprazol, aunque en un metaanálisis realizado por Spiegel se mostró la superioridad terapéutica del dexlansoprazol, seguido del esomeprazol, los cuales deben ser indicados entre 30 y 60 min antes de los alimentos para asegurar una máxima eficacia.⁴²

Los IBP pueden ser utilizados de dos maneras: a demanda y como un tratamiento de mantenimiento o a largo plazo. El tratamiento intermitente o a demanda se basa en el uso del fármaco únicamente cuando aparecen las molestias o los síntomas y luego es suspendido. Existe controversia en cuanto a este esquema terapéutico, ya que se plantea la teoría de “rebote”, con una hipersecreción de ácido clorhídrico que culmina en empeoramiento de los síntomas. Se considera una hipersecreción ácida de rebote (HAR) como un fenómeno fisiológico que consiste en el incremento del pH gástrico, luego del aumento de gastrina que favorece la proliferación de células parietales y enterocromafines, incrementando la capacidad estomacal de producir ácido. En cuanto al segundo esquema, que es de mantenimiento o continuo, se refiere al uso crónico del fármaco, teniendo siempre como objetivo el uso de la dosis mínima terapéutica para lograr los resultados deseados. Ambos esquemas terapéuticos han llevado a desarrollar estrategias para la suspensión del tratamiento, sea abrupta o paulatina. Únicamente un estudio menciona que no se encontraron diferencias significativas en los días libres de síntomas y la probabilidad de continuar libre de IBP en seis meses. De cualquier manera, es un fenómeno fisiológico que los pacientes no están exentos de presentar, por lo que es recomendable advertir la posibilidad de reaparición de síntomas después de la suspensión del uso de IBP.⁴²

Existe controversia en cuanto a la perpetuación del uso de estos fármacos, ya que mejoran la calidad de vida, pero no están exentos de efectos secundarios, como disminución de la absorción de vitamina B₁₂ y magnesio, infecciones gastrointestinales y osteoporosis, con el consecuente incremento del riesgo de fracturas, entre otras afecciones. Estos efectos se asocian a la supresión de ácido gástrico; sin embargo, no se encontraron estudios que arrojen una asociación estadísticamente significativa en los efectos adversos mencionados, por lo que se recomienda individualizar cada caso de acuerdo a estos resultados, ya que los beneficios superan los potenciales riesgos.⁴²



Los bloqueadores de ácido competitivos de potasio son otra opción terapéutica. Actúan mediante la inhibición de una unión covalente iónica reversible a la región K^+ de las moléculas H^+ , K^+ ATPasa de las células parietales, y tienen un rápido comienzo de acción, una vida media prolongada y un excelente efecto inhibitorio, pero a pesar de estas atribuciones no hay datos concluyentes que indiquen que son mejores que los IBP. En un metaanálisis se demostró una eficacia similar, pero no mayor entre el vonoprazán y los IBP con un riesgo relativo de 1.06 (intervalo de confianza 95% de 0.99 a 1.13; $p = 0.09$); no obstante, en cuanto a la curación mucosa el vonoprazán mostró un beneficio marginal en comparación con los IBP.

Los antiácidos son compuestos a base de aluminio, calcio o magnesio que tienen el efecto de neutralizar el ácido gástrico, pero no reducen su secreción, por lo que no proporcionan un alivio notable de los síntomas, curación de las mucosas ni prevención de las complicaciones del RGE. Son fármacos seguros, económicos y accesibles, aunque los que contienen magnesio suelen provocar diarrea y que los que contienen aluminio causan constipación. En el panorama de los cuidados paliativos no tiene un impacto en la mejoría de la calidad de vida, ya que agrega síntomas acompañantes, además de que la mayor parte de la población de pacientes paliativos ya manifiestan estos dos síntomas cardinales —constipación y diarrea— por la propia enfermedad o por el tratamiento indicado para ella.

Los alginatos son polímeros de polisacáridos naturales que sufren precipitación al entrar en contacto con el ácido gástrico y forman un gel viscoso que actúa como barrera física contra el contenido del reflujo. Tiene un tiempo de acción rápido —de menos de cinco minutos— y una duración aproximada de 90 min. El uso combinado con un antiácido da un mejor resultado para controlar la pirosis y el tiempo de exposición ácida. Se usan principalmente en combinación con los IBP para el manejo de los síntomas principalmente extraesofágicos.

Por último está el sucralfato, un agente protector de la mucosa, que forma hidróxido de aluminio y sulfato de sucrosa, que se une a la mucosa digestiva; desafortunadamente su eficacia en el manejo de RGE es limitada.⁴²

Saciedad temprana y plenitud posprandial

La saciedad temprana y la plenitud posprandial son síntomas que pertenecen al espectro de la dispepsia, y pueden ser tanto estructurales como funcionales. Los estructurales pueden ser secundarios a obstrucciones mecánicas o alteraciones anatómicas, por ejemplo, después de resecciones quirúrgicas.

En cuanto a las alteraciones funcionales, principalmente está la gastroparesia; entre las principales funciones del estómago están la producción de ácido gástrico y las funciones motoras, como la acomodación, que permite la distribución y el almacenamiento de la comida, seguidos de la trituración y el vaciamiento de los alimentos.⁴³

La gastroparesia es una alteración crónica caracterizada por el vaciamiento retardado del estómago en ausencia de obstrucciones mecánicas, principalmente estenosis pilórica. Entre los principales síntomas están la saciedad temprana luego de la ingesta de alimentos, la náusea, el vómito, la distensión abdominal y los eructos.

Este síndrome es causado principalmente por disfunción de la placa neuromuscular, que condiciona alteraciones de la motilidad estomacal. Uno de los principales mecanismos implicados son los trastornos extrínsecos del control neural, sobre todo la función vagal, la disfunción de los nervios intrínsecos y las células intersticiales involucradas en el control local de la musculatura lisa del tracto gastrointestinal.

La gastroparesia puede ser idiopática y estar asociada a enfermedades crónicas — como diabetes mellitus—, periodo posoperatorio, alteraciones neurológicas, radioterapia, quimioterapia y enfermedades infecciosas, como *Salmonella*, el virus del herpes y el virus de Epstein-Barr, que se han aso-

ciado a disautonomía. Es complicado describir la gastroparesia, ya que muchos síntomas se trasladan con otros padecimientos, como la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la dispepsia.⁴³

En México no se han realizado estudios que cuantifiquen la incidencia y la prevalencia de este padecimiento; sin embargo, se ha demostrado que de 5 a 12% de los pacientes con gastroparesia padecen diabetes mellitus (DM), por lo que se puede concluir que en México la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad son considerables. En un estudio realizado en Minnesota se calculó una incidencia de 2.4 por cada 100,000 hombres y de 9.8 por cada 100,000 mujeres. Se estima que 1.8% de la población tiene gastroparesia, pero únicamente 0.2% es diagnosticada y tratada.⁴³

La razón por la que la incidencia de gastroparesia en las mujeres es mucho mayor aún no se ha descrito; sin embargo, se puede recordar que la motilidad estomacal es dependiente de la síntesis de óxido nítrico y que esta vía es regulada por estrógenos. La obesidad y el sobrepeso también se consideran factores de riesgo para gastroparesia, lo cual se puede asociar a la alta relación que hay entre la prevalencia de obesidad y diabetes mellitus; también se ha descrito que 50% de los pacientes con gastroparesia idiopática tienen sobrepeso u obesidad.

Entre los factores de riesgo o las causas de gastroparesia también están las iatrogénicas o secundarias a un procedimiento quirúrgico.

La funduplicatura y los procedimientos bariátricos están más asociados a la gastroparesia; las causas iatrogénicas son principalmente por opioides μ agonistas y agentes hipoglucemiantes, como los análogos del péptido similar al glucagón tipo 1.

Los opioides μ agonistas, como la codeína, la oxicodeona y la morfina, estimulan el tono del píloro, disminuyen el vaciamiento gástrico, incrementan la absorción de líquido en el tracto gastrointestinal, elevan la amplitud de contracciones segmentarias y aumentan el tono del esfínter anal en respuesta a la distensión rectal. A nivel celular los opioides pueden inhibir la adenilato ciclasa y los canales de Ca^{+} , pero también activar los canales de K^{+} . En el estómago los opioides estimulan el tono del esfínter pilórico e inhiben la motilidad gástrica, principalmente de contractilidad antral, resultando en un vaciamiento gástrico descoordinado, náusea posprandial y saciedad temprana; también se ha encontrado una importante asociación de gastroparesia con el manejo conjunto de opioides y neuromoduladores, como los antidepresivos.⁴³

En general la severidad de la gastroparesia está asociada a la deficiencia nutricional del paciente y a la pérdida de peso. Los principales síntomas de la gastroparesia incluyen náusea, vómito, saciedad temprana, plenitud posprandial, distensión abdominal, eructos y molestias abdominales. Por suerte existen múltiples escalas para evaluar los síntomas, como el *Gastroparesis Symptom Index* (GCSI), que está basada en *Gastrointestinal Disorders-Symptoms* (PAGI-SYMP), y la revisión de GCSI-Daily Diary (GCSI-DD), las cuales son principalmente usadas para estudios comparativos. En la práctica clínica son útiles para identificar los síntomas; sin embargo, no brindan un buen panorama diagnóstico y tampoco estadifican la severidad.

En los pacientes con gastroparesia idiopática o secundaria a DM los síntomas cardinales fueron saciedad temprana acompañada de dolor, acidez, pirosis con eructos, náusea, vómito y regurgitación con distensión.

La náusea y el vómito constituyen el síntoma más prevalente en esta enfermedad. En 44% de los pacientes se realizó una cohorte de los *National Institutes of Health Gastroparesis Consortium*, en la que se incluyeron 393 pacientes, en donde se concluyó que un severo retraso en el vaciamiento gástrico está mayormente asociado a vómito. En la misma cohorte se detectó que el síntoma predominante fue el dolor en 21% de los pacientes, de los cuales en un tercio el dolor fue clasificado como moderado o severo.⁴³

La saciedad temprana y la plenitud posprandial son comunes en todos los pacientes con gastroparesia, pero su causa es indistinta. Estos síntomas están fuertemente asociados a síntomas que pueden indicar severidad, como la pérdida de peso y la imposibilidad para consumir líquidos.



La distensión abdominal fue de moderada severidad en 41% de los casos y de alta severidad en 14%. Este síntoma se relaciona más con el sexo femenino y con un mayor peso corporal.

El diagnóstico se realiza en los pacientes con síntomas posprandiales del tracto digestivo alto. Estos pacientes son candidatos a realizar pruebas de motilidad intestinal, pero el primer paso es una endoscopia en busca de causas estructurales. La prueba más importante es el *test* de vaciamiento gástrico. Cuando los resultados de este estudio no son concluyentes las medidas de acomodamiento gástrico también están indicadas. Este último estudio lo realiza el área de medicina nuclear mediante una tomografía computarizada de emisión monofotónica o una resonancia magnética.⁴³

La manometría gastroduodenal es una medición intraluminal de la presión ejercida en la porción distal del estómago y la primera porción del duodeno, durante la alimentación y en el posprandio. Las contracciones antrales distales menores de 40 mmHg en el periodo posprandial son sugestivas de una alteración miopática o de disfunción neuropática.

El manejo de la gastroparesia involucra la corrección en estado agudo de las alteraciones hidroelectrolíticas y las deficiencias nutricionales, el tratamiento de la causa —como podría ser DM— y la supresión o eliminación de los síntomas.

Las principales estrategias terapéuticas se centran en la modificación de los hábitos alimenticios, los medicamentos que estimulan la motilidad gástrica, los antieméticos y las intervenciones por vía endoscópica o quirúrgica.⁴³

La primera línea de tratamiento es la modificación de los hábitos dietéticos. Se recomienda comer pequeñas comidas en múltiples ocasiones durante el día, comer tres comidas y dos colaciones, y evitar alimentos ricos en grasas o fibra de difícil digestión, ya que retardan el vaciamiento gástrico. Es importante recalcar que los pacientes que los alimentos con alto contenido graso y los alimentos sólidos aumentan la frecuencia y la severidad de los síntomas.⁴³

Si el tratamiento dietético no funciona para el manejo de los síntomas, se debe iniciar el tratamiento farmacológico, fundamentalmente mediante procinéticos y antieméticos. Los principales medicamentos aprobados en la mayor parte del mundo son la metoclopramida, la domperidona y la eritromicina.

La metoclopramida es un agonista 5-HT y un antagonista de dopamina D₂, por lo que tiene propiedades procinéticas y antieméticas; desafortunadamente tiene efectos secundarios agudos y crónicos en el sistema nervioso central, incluyendo depresión, ansiedad, temblores y discinesia (reversible o irreversible). En EUA la metoclopramida está indicada en pacientes con gastroparesia secundaria a DM durante un máximo de 12 semanas.⁴³

La domperidona es un antagonista del receptor de dopamina que, igual que la metoclopramida, tiene efectos antieméticos y procinéticos, su lugar de acción está localizado en el área postrema del tallo cerebral. La domperidona, a diferencia de la metoclopramida, no cruza la barrera hematoencefálica, por lo que es mucho menos frecuente que los pacientes presenten efectos adversos como alteraciones extrapiramidales. Igual que la eritromicina, está asociada a la prolongación del intervalo QTc.⁴³

La anamorelina es un agonista del receptor de grelina que estimula el cuerpo y el antro gástrico, acelera el vaciamiento y reduce los síntomas de gastroparesia, en particular la náusea, la distensión, la saciedad, los eructos y el dolor. Este fármaco aún se encuentra en ensayos clínicos fase III.⁴³

En conclusión, un alto porcentaje de los pacientes que son atendidos en cuidados paliativos tienen algún tipo de sintomatología gastrointestinal que puede ser secundaria a alguna alteración estructural propia de un tumor o cirugía oncológica que modificó la anatomía, a las patologías crónicas de base independientes del padecimiento actual, al sexo o al tratamiento establecido en la misma clínica que condicionen la precipitación, la exacerbación o la instauración de esta sintomatología. Como se pudo apreciar, la piedra angular para el diagnóstico consiste en la adecuada anam-

nesis del paciente. Las pruebas para realizar el diagnóstico no le corresponden al área de cuidados paliativos, pero sí está en sus tareas mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ofertando medidas no farmacológicas o farmacológicas que además de tratar los síntomas limiten el daño causado por estas alteraciones.

REFERENCIAS

1. **Keefe DM et al.:** Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer* 2007;109.
2. **Wong HM:** Oral complications and management strategies for patients undergoing cancer therapy. *Scientific World J.* 2014;2014.
3. **García Chías B et al.:** Cuidados orales en el paciente oncológico. *Cient Dent* 2014;2014.
4. **Tonkaboni A et al.:** The prevalence of chemotherapy-induced oral lesions in cancer patients. *Oral Maxillofac Pathol J* 2020;11.
5. **Jeldres M et al.:** Patogenia y tratamiento de la mucositis asociada al tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Rev Urug Med Interna* 2021;1.
6. **Trotti A et al.:** Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: a systematic literature review. *Radiother Oncol* 2003;66.
7. **MASCC/ISOO Mucositis Guidelines/Elad et al.:** MASCC/ISOO Clinical Practice Guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer* 2020;126.
8. **Hong C HL et al.:** Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer* 2019;10.
9. **De Lucas BA et al.:** Formulación magistral en mucositis oral. *Rev Sanit Invest* 2021.
10. **Hovan AJ et al.,** Dysgeusia Section, Oral Care Study Group, Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)/International Society of Oral Oncology (ISOO): A systematic review of dysgeusia induced by cancer therapies. *Support Care Cancer* 2010;18.
11. **Nutting CM et al.:** Parotid-sparing intensity modulated versus conventional radiotherapy in head and neck cancer (PARSPORT): a phase 3 multicentre randomized controlled trial. *Lancet Oncol* 2011;12.
12. **Develoux M:** Cancer and mycoses and literature review. *Bull Soc Pathol Exot* 2017;110.
13. **Otero Rey E et al.:** Candidiasis oral en el paciente mayor. *Av Odontostomatol* 2015;31.
14. **Singh A, Verma R et al.:** Oral candidiasis: an overview. *J Oral Maxillofac Pathol* 2014;18.
15. **León ÁE:** Neurofisiología de la náuseas y vómito. *Rev Mex Anestesiol* 2013;36(Supl 2).
16. **Lavdaniti M et al.:** The incidence of nausea and vomiting in cancer patients in Greek clinical practice: a longitudinal study. *Contemp Oncol* 2020;24.
17. **Molassiotis A et al.:** A prospective observational study of chemotherapy-related nausea and vomiting in routine practice in a UK cancer centre. *Support Care Cancer* 2008;16.
18. **Hilarius DL et al.:** Chemotherapy-induced nausea and vomiting in daily clinical practice: a community hospital-based study. *Support Care Cancer* 2012;20.
19. **Feyer P et al.:** Update and new trends in antiemetic therapy: the continuing need for novel therapies. *Ann Oncol* 2011;22.
20. **Moradian Set al.:** Prevention and management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Int J Palliat Nurs* 2015;21.
21. **Cohen L et al.:** Chemotherapy-induced nausea and vomiting—incidence and impact on patient quality of life at community oncology settings. *Support Care Cancer* 2007;15.
22. **Veiga GL et al.:** Náuseas y vómitos posoperatorios: fisiopatología, factores de riesgo, profilaxis y tratamiento. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2016;761.
23. **Horn CC et al.:** Pathophysiological and neurochemical mechanisms of postoperative nausea and vomiting. *Eur J Pharmacol* 2014;722.
24. **Cervantes SG et al.:** Guía para el manejo de antieméticos en oncología, hematología y radioterapia. *GA-MO* 2016;15.
25. **Hesketh P et al.:** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2008;358.

26. **Lohr L:** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Cancer J* 2008;14.
27. **Roila F et al.:** Prevention of chemotherapy and radiotherapy-induced emesis: results of the 2004 Perugia International Antiemetic Consensus Conference. *Ann Oncol* 2006;17.
28. **Herrstedt J et al.:** Guideline update for MASCC and ESMO in the prevention for nausea and vomiting: results of the Perugia Consensus Conference. *Ann Oncol* 2010;21.
29. **Vardy J et al.:** Side effects associated with dexamethasone for prophylaxis of delayed emesis after moderately emetogenic therapy. *Br J Cancer* 2006;94.
30. **Perwitasari DA et al.:** Anti-emetic drugs in oncology: pharmacology and individualization by pharmacogenetics. *Int J Clin Pharm* 2011;33.
31. **Hesketh PJ:** Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *N Engl J Med* 2008;358.
32. **García GJ et al.:** SEOM guide to antiemetic prophylaxis in cancer patients treated with chemotherapy 2013. *Clin Transl Oncol* 2013;15.
33. European Medicines Agency: *European Medicines Agency recommends changes to the use of metoclopramide*. 2013.
34. **Lofti JK et al.:** Nonpharmacologic strategies for managing common chemotherapy adverse effects: a systematic review. *J Clin Oncol* 2008;26.
35. **Ezzo JM et al.:** Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting. *Cochrane Database Syst Rev* 2006.
36. **Cárdenas MCE, Cárdenas DJC, Játiva SJJ:** Cáncer gástrico: una revisión bibliográfica. *Dom Cien* 2021;7(1):338.
37. **Hu N, Wang K, Zhang L, Liu ZJ, Jin Z et al.:** Epidemiological and clinical features of functional dyspepsia in a region with a high incidence of esophageal cancer in China. *Chin Med J* 2021;134(12):1422-1430.
38. **Zhang MY, Tan ND, Li YW, Sifrim D, Pandolfino JE et al.:** Esophageal symptoms versus epigastric symptoms: relevance for diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *J Digestive Diseases*. 2020;21(12):696-704.
39. **Wiklund I:** Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2004;22:108-114.
40. **Cisternas D:** Diagnosticando la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 2022: los cómo y los por qué. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2022;52(2):128-134.
41. **Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F et al.:** Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut* 2018;67(7):1351-1362.
42. **Dulbecco M, Guzmán M:** Abordaje terapéutico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2022;52(2):153-165.
43. **Camilleri M, Chedid V, Ford AC, Haruma K, Horowitz M et al.:** Gastroparesis. *Nat Rev Dis Primers* 2022;4(1).



CAPÍTULO XVII

Estreñimiento

Nayeli Yáñez Vidaca



INTRODUCCIÓN

El dolor oncológico de moderado a severo afecta a cerca de dos tercios de las personas en etapas clínicas avanzadas y más de 50% de ellas recibirán un opioide fuerte durante el tratamiento del cáncer. De esta cifra hasta 90% de los pacientes que toman el opioide sufren disfunción intestinal inducida por él,¹ la cual incluye estreñimiento, evacuación incompleta de los intestinos, distensión abdominal y aumento del reflujo del contenido del estómago al esófago.²

Un mecanismo de acción para el efecto analgésico del opioide ocurre a través de su unión a los receptores opioides μ en el cerebro; sin embargo, el estreñimiento es predominantemente el resultado de la unión de agonistas β y la acción de los opioides en la red periférica de los receptores en el tracto gastrointestinal, provocando alteración de la motilidad esofágica, lentificación del vaciado gástrico, tiempos de tránsito intestinal prolongados, reducción de la secreción intestinal y aumento de los esfínteres intestinales, provocando endurecimiento de las heces.³

Los opioides no son la única causa de estreñimiento, dado que los tumores de origen retroperitoneal pueden desarrollar síntomas gastrointestinales durante el curso de la enfermedad, aumentando significativamente la incidencia de los síntomas con el tamaño del tumor, en especial en el caso de compresión del colon, pues se relaciona con trastornos del tránsito, distensión, náusea, síndrome suboclusivo u oclusión intestinal.⁴

Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas normalmente presentan otras comorbilidades que pueden estar asociadas a la aparición de estreñimiento, como las alteraciones metabólicas (hipercalcemia, uremia, diabetes), las neuropatías de la médula espinal, la depresión y la disminución en la movilidad; es difícil diferenciar el estreñimiento provocado por los agentes opioides del estreñimiento ocasionado por otros factores.⁵

En ese contexto se puede considerar el estreñimiento secundario como consecuencia de alteraciones metabólicas, neurológicas y estructurales o medicamentosas, como los opioides; cuando se excluyen otras causas de esta patología se dice que se trata de estreñimiento primario, idiopático o funcional. A partir del aspecto fisiopatológico puede clasificarse en estreñimiento con tránsito lento, defecación disinérgica y estreñimiento con tránsito normal.⁶

Si bien no hay poblaciones específicas que sean más susceptibles, hay estudios que identifican las siguientes características: edad avanzada, nivel educativo alto, sexo femenino, desempleo y/o



discapacidad durante mucho tiempo, dolor de moderado a severo y afectación psicológica y/o emocional.⁷

Los síntomas inducidos por el estreñimiento inducido por opioides que llegan a presentarse incluyen sensación de hinchazón, dolor abdominal, disminución de la frecuencia de las evacuaciones y aumento de su consistencia, náusea, vómito, episodios alternos de diarrea, impactación fecal, mala calidad de vida y posible distensión abdominal durante la exploración física; el examen rectal revela retención de heces.⁸

Por tanto, el estreñimiento puede ser definido como los cambios en el hábito intestinal que aparecen luego del inicio del tratamiento analgésico con opioides, y que se caracterizan por una frecuencia reducida de deposiciones, el desarrollo o empeoramiento del esfuerzo para defecar, la sensación de evacuación rectal incompleta y las heces de consistencia más dura. La consistencia y el aspecto de las heces se determina con la escala de la forma de las heces de Bristol, que las clasifica en grados que van del 1 (evacuaciones duras) al 6 (diarrea acuosa).⁹

La Fundación Roma elaboró los denominados Criterios de Roma IV, que proponían que la obstrucción intestinal completa se definiera como estreñimiento nuevo o que empeora al iniciar, cambiar o aumentar la terapia con opioides, con al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzo en más de 25% de los intentos de defecación.
2. Heces grumosas o duras (escala de heces de Bristol 1 y 2) en más de 25% de los intentos de defecación.
3. Sensación de evacuación incompleta en más de 25% de los intentos de defecación.
4. Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal en más de 25% de los intentos de defecación.
5. Se requieren maniobras manuales para defecar en al menos 25% de los intentos de defecación.
6. Menos de tres deposiciones espontáneas por semana.⁹

Las pruebas de diagnóstico que normalmente se recomiendan para evaluar el recto y el colon en el estreñimiento son la radiografía simple de abdomen (radiografía), el enema de bario, la colonoscopia, la defecografía, la tomografía computarizada abdominal y la resonancia magnética; sin embargo, pueden llegar a proporcionar información poco clara, suelen ser invasivos y costosos o no están estandarizados.¹⁰

El índice de la función intestinal es una encuesta realizada por el médico que consta de tres preguntas para evaluar la facilidad de la defecación, la sensación de defecación incompleta y el juicio del paciente respecto al estreñimiento. Califica las preguntas según las experiencias personales en los últimos siete días. Las tres preguntas se puntúan a través de una escala numérica: 0 significa ningún síntoma y 100 significa síntomas graves. Una puntuación de 12 puntos en la escala constituye un cambio de estreñimiento clínicamente importante.¹¹

La valoración del juicio del paciente es importante, debido a que los pacientes con disfunción intestinal pueden sentirse frustrados, estresados o ansiosos debido a las restricciones dietéticas o pueden sentirse avergonzados por tomar descansos frecuentes y prolongados para ir al baño, lo cual reduce la calidad de vida, provocando una atención especial en el tratamiento preventivo.¹²

La consideración inicial puede incluir la reducción de opioides para disminuir su carga en los receptores intestinales e incluso considerar cambiarlos (a fentanilo o buprenorfina), la disminución de los factores concomitantes de estreñimiento no causado por opioides (medicamentos o anomalías electrolíticas),¹³ las modificaciones dietéticas y los cambios en el estilo de vida, seguidos del empleo de laxantes y ablandadores de heces.¹⁴

El tratamiento no farmacológico empieza con una dieta rica en fibra y el uso de laxantes. Los laxantes osmóticos actúan sobre los receptores μ en los nervios entéricos y alteran la motilidad y la secreción intestinal. Sin embargo, ni la terapia dietética ni el tratamiento con laxantes osmóticos se enfocan en el mecanismo etiológico de la disfunción intestinal.¹²

La cuestión clave es la prevención del fecaloma. Una mayor ingesta de fibra puede no ser capaz de estimular la actividad motora y favorecer la formación de fecalomas. Los laxantes osmóticos constituyen la primera opción para ablandar las heces, pero se asocian a efectos secundarios, como flatulencia y náuseas. Los laxantes salinos pueden desencadenar trastornos electrolíticos y los disacáridos pueden causar distensión abdominal y flatulencia.¹⁵

Como tratamiento preventivo está el macrogol en dosis que van de 8.75 g de polietilenglicol 4000 combinado con electrolitos disueltos en 125 mL de agua (o dosis/volumen) una vez al día en pacientes sin estreñimiento, a una dosis máxima de 17.5 g disueltos en 250 mL dos veces al día. La respuesta al macrogol suele durar un máximo de cinco o seis días. En caso de una respuesta insatisfactoria se sugiere un agente procinético.¹⁶ Para el tratamiento de la disfunción intestinal se aconseja una formulación de oxycodona/naloxona, que contiene una proporción fija de 2:1 de oxycodona de liberación prolongada y el antagonista opioide naloxona (que tiene una alta afinidad por los receptores μ y una disponibilidad sistémica mínima, debido al extenso metabolismo de primer paso). La combinación se recomienda en dosis de hasta 160 mg de oxycodona/día (80 mg de naloxona), haciendo de él una opción eficiente con analgesia y mejora relevante de la función intestinal.^{16,17}

Varios fármacos dirigidos que pertenecen a una clase conocida como antagonistas de los receptores opioides μ de acción periférica (PAMORA) constituyen la segunda línea de tratamiento. El naloxegol y la metilnaltrexona son tres PAMORA comunes que han demostrado buena eficacia, pero los médicos siguen sin utilizarlos. El naloxegol es un antagonista selectivo de opioides μ de acción periférica por vía oral y está recomendado por el Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia para el alivio del estreñimiento inducido por opioides que no ha respondido al tratamiento con laxantes estándar.¹⁸

La metilnaltrexona se deriva del antagonista opioide naltrexona y se administra mediante inyección subcutánea. Está aprobada para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides en pacientes con enfermedad avanzada y estreñimiento continuo a pesar de los laxantes tradicionales; se puede administrar en días alternos hasta cuatro meses con una dosificación (comúnmente 0.15 mg/kg en días alternos, 0.3 mg/kg al día o 12 mg/día por vía subcutánea).¹⁸

Después de la falla del laxante Sarrió y col. (2021) recomendaron tratar la disfunción mediante PAMORA orales junto con el laxante, manteniendo las dosis de laxante según lo prescrito. Los agentes laxantes osmóticos fueron los preferidos para una terapia adyuvante con PAMORA oral. En cualquier caso, acordaron que se debe considerar el uso ocasional de enemas o la rotación de opioides cuando la terapia combinada con PAMORA oral y laxante no tenga éxito.¹⁹

El estreñimiento es un síntoma que puede ser molesto e incómodo, además de que la falta de prevención o tratamiento conlleva a complicaciones como la impactación fecal, que puede poner en peligro la vida. La impactación es la acumulación de heces secas y endurecidas en el recto o el colon. El paciente con retención fecal puede presentar síntomas circulatorios, cardíacos o respiratorios en lugar de síntomas gastrointestinales. Cuando no se reconoce la retención fecal los signos y los síntomas pueden progresar y provocar la muerte.

REFERENCIAS

1. **Wong AK, Grobler A, Le B:** ENhANCE trial protocol: a multi-centre, randomized, phase IV trial comparing the efficacy of oxycodone/naloxone prolonged release (OXN P) versus oxycodone prolonged release (Oxy PR) tablets in patients with advanced cancer. *Contemp Clin Trials Commun* 2022;30:101036.
2. **Candy B, Jones L, Vickerstaff V:** Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction in people with cancer and people receiving palliative care. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;9(9):CD006332.
3. **Davies A, Cinieri S, Dupoirion D, España FS, Leclerc J et al,** the NACASY Study Group: A prospective, real-world, multinational study of naloxegol for patients with cancer pain diagnosed with opioid-induced constipation-the NACASY Study. *Cancers (Basel)* 2022;14(5):1128.



4. **Marcu D, Iorga L, Diaconu C, Bratu O, Bungau S et al.:** Impact of retroperitoneal tumors on the digestive tract. *Exp Ther Med* 2022;24(6):711.
5. **Gálvez R, Provencio M, Cobo M, Pérez C, Pérez C et al.:** Prevalencia y severidad de la disfunción intestinal inducida por opioides. *Aten Primaria* 2014;46(1):32-39.
6. **Remes TJM, Coss AE, López CA, Amieva BM, Carmona SR et al.:** The Mexican consensus on chronic constipation. *Rev Gastroenterol Méx* 2018;83(2):168-189.
7. **Kong EL, Burns B:** *Narcotic bowel syndrome*. Florida, StatPearls, 2022.
8. **Sizar O, Genova R, Gupta M:** *Opioid-induced constipation*. Florida, StatPearls, 2022.
9. **De Giorgio R, Zucco FM, Chiarioni G, Mercadante S, Corazziari ES et al.:** Management of opioid-induced constipation and bowel dysfunction: expert opinion of an Italian multidisciplinary panel. *Adv Ther* 2021;38(7):3589-3621.
10. **Matsumoto M, Misawa N, Tsuda M, Manabe N, Kessoku T et al.:** Expert consensus document: diagnosis for chronic constipation with faecal retention in the rectum using ultrasonography. *Diagnostics (Basel)* 2022;12(2):300.
11. **Al-Mouaalamy N:** Opioid-induced constipation in advanced cancer patients. *Cureus* 2021;13(4):e14386.
12. **Star A, Boland JW:** Updates in palliative care-recent advancements in the pharmacological management of symptoms. *Clin Med (Lond)* 2018;18(1):11-16.
13. **Ozaki A, Kessoku T, Tanaka K, Yamamoto A, Takahashi K et al.:** Effectiveness of naldemedine compared with magnesium oxide in preventing opioid-induced constipation: a randomized controlled trial. *Cancers (Basel)* 2022;14(9):2112.
14. **Davies A, Cinieri S, Dupoirion D, España FS, Leclerc J et al,** the NACASY Study Group: A prospective, real-world, multinational study of naloxegol for patients with cancer pain diagnosed with opioid-induced constipation-the NACASY Study. *Cancers (Basel)* 2022;14(5):1128.
15. **Rossi M, Casale G, Badiali D, Aielli F, Aloe Spiriti MA et al.:** Opioid-induced bowel dysfunction: suggestions from a multidisciplinary expert board. *Support Care Cancer* 2019;27(11):4083-4090.
16. **Morlion BJ, Mueller LSA, Vellucci R, Leppert W, Coffin BC et al.:** Oral prolonged-release oxycodone/naloxone for managing pain and opioid-induced constipation: a review of the evidence. *Pain Pract* 2018;18(5):647-665.
17. **Tokoro A, Imai H, Fumita S, Harada T, Noriyuki T et al.:** Incidence of opioid-induced constipation in Japanese patients with cancer pain: a prospective observational cohort study. *Cancer Med* 2019;8(10):4883-4891.
18. **Álvaro D, Caraceni AT, Coluzzi F, Gianni W, Lugoboni F et al.:** What to do and what not to do in the management of opioid-induced constipation: a choosing wisely report. *Pain Ther* 2020;9(2):657-667.
19. **Sarrió RG, Calsina BA, García AG, Esparza MJM, Ferrer EF,** Working Group ActEIO Project: Delphi consensus on strategies in the management of opioid-induced constipation in cancer patients. *BMC Palliat Care* 2021;20(1):1.



CAPÍTULO XVIII

**Síntomas neurológicos. Ansiedad
y depresión en el paciente oncológico**

Brigitte Marlene Chevillon Castillo



INTRODUCCIÓN

Debido a los avances en la tecnología, las terapias de quimioterapia o radioterapia y las diferentes opciones de tratamiento del cáncer, alrededor de la mitad de los pacientes pueden esperar una expectativa de vida de hasta 10 años. El cáncer es definido como una enfermedad crónica; sin embargo, muchas veces es una enfermedad subdiagnosticada. Se tiene la idea errónea de que los pacientes con cáncer están o deberían estar en un estado de depresión debido a su condición de forma normal, lo cual puede trivializar el sufrimiento y la discapacidad asociada a la depresión.

Los individuos que pertenecen a las minorías étnicas y son de escasos recursos pueden correr un riesgo más elevado de recibir un diagnóstico y un tratamiento inadecuados e insuficientes.¹

EPIDEMIOLOGÍA

La ansiedad y la depresión son síntomas frecuentes en los pacientes con cáncer, pues hasta uno de cada tres pacientes sufre un desorden mental. Tienen rangos más elevados de mortalidad que los que no están deprimidos. Sin embargo, la información que se presenta es variada debido a diversos factores, como el tiempo del diagnóstico de cáncer, los métodos de evaluación y los criterios de diagnóstico, ya que esto puede representar un factor importante al diferenciar los síntomas somáticos que se presentan y que pueden estar asociados a la depresión, el cáncer y los tratamientos otorgados, los factores socioeconómicos y demográficos, el entorno del paciente y la experiencia del médico tratante.² La presencia de ansiedad y depresión mayor o menor resulta más común en los pacientes con cáncer que en la población general. Una revisión sistemática y un metaanálisis mostraron la prevalencia de depresión mayor (15%), depresión menor (20%) y ansiedad (10%) en los pacientes en tratamiento para el cáncer. La prevalencia de depresión mayor en los pacientes con cáncer supera 2% el informado para la población general.¹ Representa un riesgo de dos a cuatro veces mayor en los pacientes con cáncer que en las personas sin cáncer. Se considera que el riesgo aumenta durante la primera semana del diagnóstico de cáncer, pero después va disminuyendo (figura XVIII-1).^{1,2}

La epidemiología es variada de acuerdo con el tipo de cáncer, provocando depresión mayor en cerca de 13% de los pacientes con cáncer de pulmón, 11% con cáncer ginecológico, 9% con cáncer de mama, 7% con cáncer colorrectal y 6% con cánceres genitourinarios.

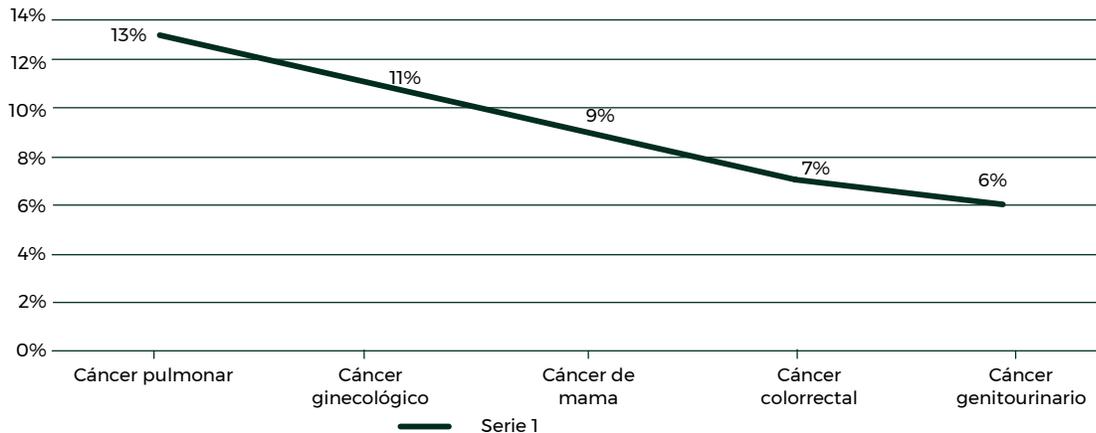


Figura XVIII-1. Epidemiología del tipo de cáncer. Tomada de la referencia 2.

Se encontraron altos niveles de ansiedad en los cánceres de pulmón, ginecológicos y hematológicos, se considera que esto es debido a los diferentes pronósticos, el control del dolor asociado a cada tipo de cáncer, los grados de alteración corporal y los síntomas neuropsiquiátricos relacionados con los efectos adversos de los tratamientos.¹ De acuerdo con la información obtenida, se puede concluir que el riesgo de padecer depresión de los pacientes con cáncer puede persistir durante varios años, aunque irá disipándose progresivamente, de modo que la prevalencia de depresión en los pacientes sobrevivientes al cáncer puede ser similar y comparable con la de la población general.

FACTORES DE RIESGO

Existen distintos factores de riesgo asociados a la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer; en general un diagnóstico anterior de depresión o ansiedad, los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, la red de apoyo deficiente y las dificultades económicas son algunos de ellos. Sumándose a lo anterior están otros factores de riesgo identificados: edad joven, sexo femenino y privación social (principalmente en el cáncer de pulmón y el cáncer de colon y recto). Sin embargo, existen diferencias entre los factores de riesgo para la población general. En los pacientes con cáncer la historia de ansiedad o trauma y enfermedad metastásica representan los más importantes. Por otra parte, los pacientes con malas adaptaciones al diagnóstico y tendencia a culparse a sí mismos por la enfermedad tienen más probabilidades de deprimirse que los que consideran otro tipo de factores contribuyentes.^{1,3}

Un estudio de 2020 en el *Henan Cancer Hospital* en Zhengzhou, China, tuvo el objetivo de investigar los factores de riesgo y el valor pronóstico de la ansiedad y la depresión en los pacientes con glioma. La valoración realizada mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS-A) demostró que el sexo femenino, el estado civil (soltero, divorciado, viudo), la diabetes y un elevado grado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estaban asociados a ansiedad. Por otro lado, la valoración mediante el comportamiento psicométrico de la *Zung Self-Rating Anxiety Scale* demostró que el sexo femenino, la hiperlipidemia, la diabetes y una elevada puntuación de la OMS estaban correlacionados con la ansiedad.³

Ahora bien, los factores de riesgo para depresión valorados por la escala de ansiedad y depresión hospitalaria demostró que el sexo femenino, estado civil (soltero, divorciado, viudo), la hiperlipidemia, la diabetes y la enfermedad renal crónica estaban relacionados con la presencia de depresión.

de acuerdo con la valoración con *Zung Self-Rating Depression Scale* demostró que el sexo femenino, la duración de la educación < 12 años, el estado civil (soltero, divorciado, viudo), la hipertensión, la hiperlipidemia, la diabetes, la enfermedad renal crónica y el elevado grado de la OMS estaban relacionados con depresión.³

En síntesis, la depresión mayor es más prevalente en las mujeres de la población general en una proporción de 2:1 respecto de los hombres, pero la prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer parece ser comparable en las mujeres y en los hombres. Es decir, la edad del paciente, el tipo de tumor y el sitio del cáncer están asociados a la prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer.⁴

PATOGÉNESIS

No se encuentra suficiente evidencia que indique la patogenia de los síndromes depresivos en el paciente con cáncer. Los avances en la investigación biomédica indican que comparten aspectos biológicos y ambientales con los trastornos crónicos y el insomnio. De los factores biológicos se puede decir que la genética juega un papel importante por los genes que regulan la señalización de neurotransmisores y citocinas neurotróficas e inflamatorias. Los factores de riesgo ambientales incluyen estrés psicosocial, especialmente si es continuo, y la patología en general, que pueden generar alteraciones en la sensibilidad de los receptores de glucocorticoides en el sistema nervioso central y otros órganos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, alteraciones de las funciones autonómicas y aumento de la producción y liberación de citocinas proinflamatorias —interleucinas 2, 5 y 13—, que concluye en variaciones estructurales y funcionales del sistema nervioso central.^{5,6} Sin embargo, se han identificado algunos factores que pueden estar involucrados en la presentación:

1. Factores del paciente. Aquí se engloban la red de apoyo del paciente, el impacto emocional y el estrés psicológico asociado, la mala relación médico-paciente, la mala comunicación y las conductas de afrontamiento desadaptativas.
2. Factores de la enfermedad. Es de gran impacto encontrar un diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad con síntomas graves y un mayor número de ellos.
3. Factores de tratamiento. Se puede esperar diferentes efectos adversos negativos en los pacientes, ya que los medicamentos para el cáncer usualmente tienen efectos neurotóxicos.^{5,6}

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En algunos pacientes los síntomas de ansiedad y depresión pueden ser los primeros signos de enfermedad de los tumores que ejercen efectos biológicos directos sobre el estado de ánimo.¹ Se ha encontrado una elevada incidencia de diagnóstico de cáncer en el primer mes después de haber tenido una consulta psiquiátrica por ansiedad; esto es más de tres veces mayor que en el resto de la población y es particularmente alto en los pacientes mayores de 65 años de edad. De manera similar, en los pacientes mayores de 50 años que acuden a valoraciones psiquiátricas de primera vez con depresión se estima que uno de cada 54 será diagnosticado con cáncer dentro de un año. Especialmente los cánceres con efectos neuropsiquiátricos.¹

Como resultado, la depresión a menudo ocurre junto con la ansiedad. Este tipo de trastornos tienen una variedad de síntomas que incluyen angustia física, hospitalización prolongada, poca adherencia al tratamiento, disminución de la calidad de vida, deseos de morir antes, mayor nivel de mortalidad por cualquier causa y por cáncer, y suicidio consumado.^{1,7}

Los síntomas de los trastornos depresivos incluyen:

- Estado de ánimo depresivo (disforia).
- Pérdida de interés o placer.

- Cambio en el apetito.
- Alteración del sueño.
- Pérdida de energía.
- Disfunción neurocognitiva.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Culpa excesiva.
- Ideación y conducta suicidas.⁷

Como se comentó, el estado de ánimo depresivo es común entre los pacientes en entornos oncológicos, lo cual lleva a una respuesta adecuada al conocimiento de un nuevo diagnóstico de cáncer, las opciones de tratamiento, las recurrencias y los pronósticos otorgados. Sin embargo, es importante destacar que el estado de ánimo depresivo puede ser un signo patológico e indicativo de algún síndrome que requiera mayor valoración y posible tratamiento, por tanto, no hay que confundir los sentimientos naturales de tristeza que pueden surgir en las personas ante estos eventos.⁸ A pesar de que los síntomas del cáncer y sus agresivos tratamientos pueden causar anorexia, signos de deterioro cognitivo e insomnio y superponerse a los de un trastorno depresivo, no deben ser minimizados y mucho menos se debe poner poco énfasis en estos síntomas cuando se evalúa a un paciente con cáncer.^{7,8}

VALORACIÓN DE UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Se sugiere que todos los médicos que evalúen a pacientes oncológicos en busca de trastornos depresivos se sometan a una serie de cuestionarios, como un instrumento autoadministrado usado para la detección de depresión y la evaluación de su severidad. El cuestionario de salud del paciente de dos ítems (PHQ-2) consiste en los dos primeros ítems del PHQ-9 (el cual evalúa la frecuencia de ánimo deprimido y anhedonia), y que puede ser usado como primer paso para identificar a los pacientes que requieran una evaluación más completa con el cuestionario PHQ-9. Es un cuestionario muy fácil y rápido de realizar cuyo resultado positivo (con una sola respuesta “sí”) obliga a entrevistar a la persona para un diagnóstico posible de depresión. Al mismo tiempo se debe realizar el cuestionario de salud del paciente de nueve ítems (PHQ-9). Estos cuestionarios se basan en la detección, la evaluación y la atención de la angustia psicosocial (depresión, ansiedad) en los adultos con cáncer. La detección es una acción sumamente importante, ya que la angustia puede resultar grave en estos pacientes, aunque suele ser frecuente y poco reconocida por los médicos tratantes. Es tratable si hay disponibilidad de herramientas de detección válidas y estandarizadas.⁹

En un estudio de validación original un puntaje de 10 o más en PHQ-9 logró una sensibilidad y una especificidad de 88% para depresión mayor.¹⁰ Es importante conocer otras herramientas de detección para depresión; cabe destacar que tampoco existe algún consenso que indique la adopción de alguno de estos cuestionarios. Entre las opciones disponibles se incluye el inventario de depresión de Beck y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. El inventario de Beck para depresión y ansiedad se usa para medir la severidad de los síntomas de cada una de ellas. Ambos instrumentos tienen 21 reactivos; dependiendo del puntaje obtenido, los síntomas pueden ser clasificados como mínimos, leves, moderados o severos.¹¹

¿CUÁNDO SOSPECHAR DEPRESIÓN EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO?

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, quinta edición, deben estar presentes los siguientes criterios de diagnóstico para depresión mayor:

- a. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los sínto-

mas es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer. Nota: no incluir los síntomas claramente atribuibles a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). Nota: en los niños y los adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución del apetito casi todos los días. Nota: en los niños se considera el fracaso para el aumento de peso esperado.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, y no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- b. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en los campos social y laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- c. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: los criterios A, B y C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, enfermedad o discapacidad grave) puede incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la exposición del malestar en el contexto de la pérdida.

- d. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- e. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco. Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.¹¹

En cambio, un trastorno de ansiedad generalizada debe cumplir los siguientes criterios, según el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, quinta edición:

- a. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante más días de los que ha estado ausente un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- b. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- c. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Facilidad para fatigarse.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto o insatisfactorio).

Nota: en los niños solamente se requiere un ítem.
- d. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en los campos social y laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- e. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga o un medicamento) ni a otra afección médica (hipotiroidismo).
- f. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad o contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).¹¹

Los pacientes con cáncer usualmente pueden tener periodos de ánimo bajo, irritabilidad y llanto fácil, entre otras manifestaciones que pueden ser notificadas por familiares, cuidadores o amigos; sin embargo, algunos pacientes pueden presentar ciertas características que sugirieren la presencia de ansiedad o depresión que podrían significar la necesidad de una mayor evaluación y ayuda profesional. Algunos signos y síntomas son:

- Incumplimiento del tratamiento del cáncer.
- Pérdida de interés o de placer en las actividades que una vez eran agradables.
- Deterioro del funcionamiento social u ocupacional.
- Angustia física o psicológica marcada.
- Pensamientos frecuentes relacionados con la muerte o el suicidio, o intentos de suicidio.
- Desmoralización (pérdida de confianza o esperanza).

Se ha detectado que los médicos que suelen sentirse aburridos o desesperados al entrevistar a pacientes con cáncer pueden sugerir la presencia de depresión mayor comórbida.^{1,12} El estudio realizado en 2019 con el objetivo de conocer el nivel de ansiedad y depresión que tienen los pacientes con cáncer de próstata en función de las variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, situación laboral o tener pareja) y clínicas (grupo de riesgo, tipo de tratamiento o fase de supervivencia), y cómo el estado emocional puede variar en función de la calidad de vida y la información recibida observó que estas personas no presentaban ansiedad ni depresión clínica. Se debe prestar especial atención a los hombres que reciben tratamientos hormonales, los que padecen efectos adversos derivados de los tratamientos y los que presentan peor calidad de vida.¹³

Todo paciente con sospecha de trastorno ansioso o depresivo requiere una valoración completa. La historia clínica debe ser investigada, incluyendo los antecedentes psiquiátricos, patológicos y no patológicos y un examen del estado mental, siempre haciendo énfasis en la ideación o tendencia

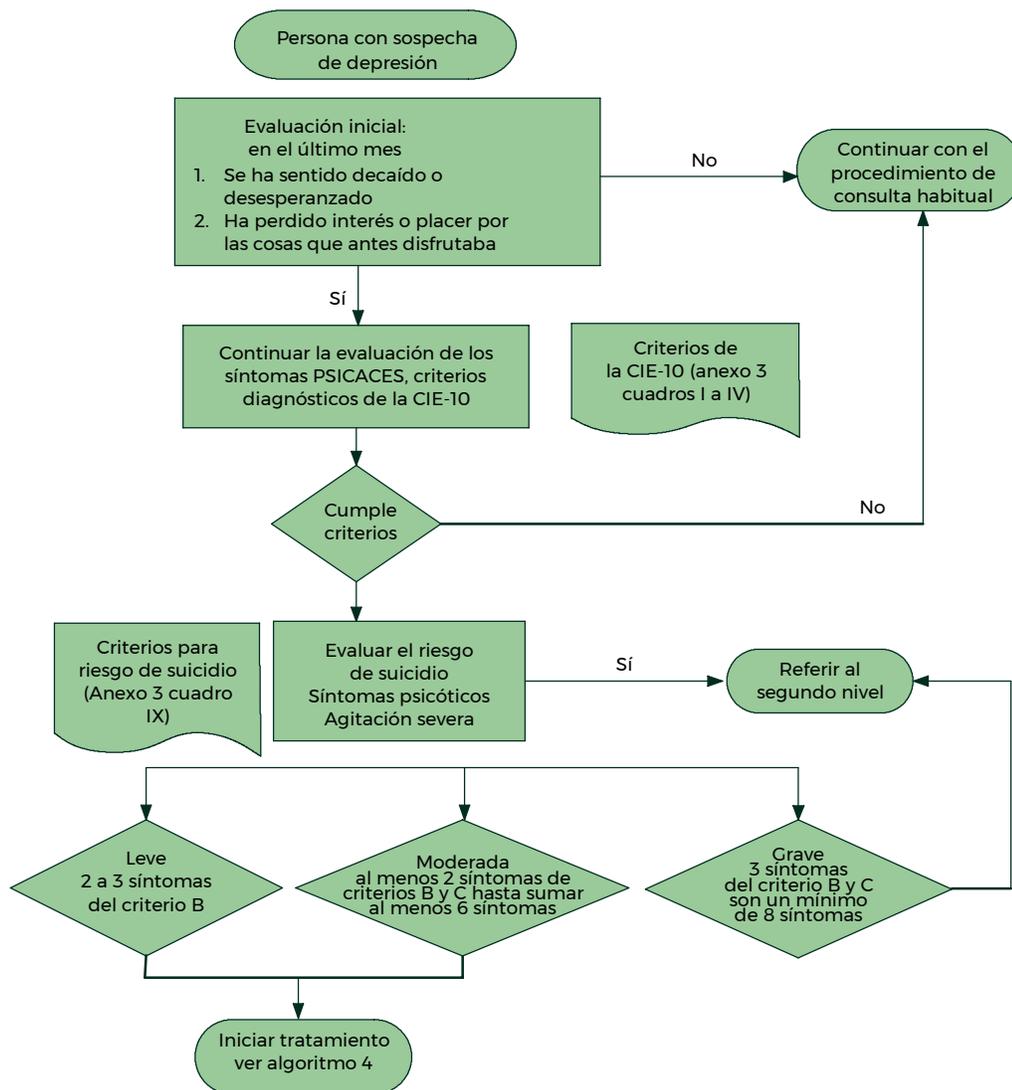


Figura XVIII-2. Algoritmo diagnóstico de depresión. CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, décima edición. Adaptado de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México, IMSS, 2015.¹⁵

suicida; algunos pacientes llegan a este comportamiento y deben ser valorados directamente en un servicio de urgencias psiquiátricas, sin olvidar el examen físico completo y, si es necesario, las pruebas de laboratorio complementarias más la detección toxicológica en orina para valorar el posible abuso de drogas (figuras XVIII-2 y XVIII-3).¹³

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La ansiedad y la depresión son condiciones altamente prevalentes e incapacitantes que pueden ser recurrentes. Después de la recuperación de un episodio la tasa estimada de recurrencia durante dos años es mayor de 40%; después de dos episodios el riesgo de recurrencia dentro de los cinco años

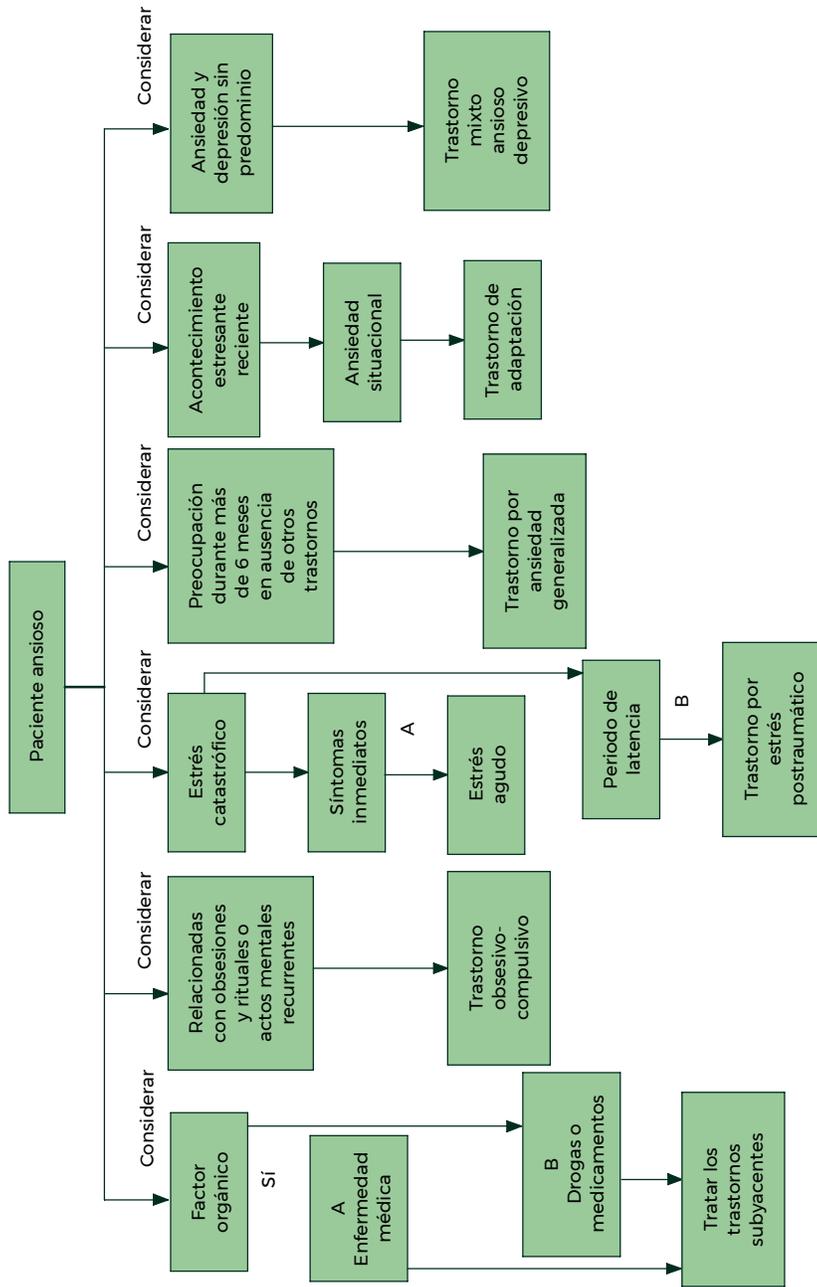


Figura XVIII-3. Algoritmo diagnóstico de ansiedad. Tomado de la referencia 16.

es de aproximadamente 75%.¹⁵ Aunque esto no necesariamente se aplica a los pacientes oncológicos, cabe recordar que el cáncer fue conocido en el pasado como una enfermedad crónica que puede tener una supervivencia de hasta 10 años; entonces es importante mencionar que no hay que dejar de vigilar a los pacientes sobrevivientes de cáncer que presentaron episodios depresivos o ansiosos durante la etapa de la enfermedad.¹⁶

Parte del tratamiento no farmacológico que se aplica a estos padecimientos incluye ciertas intervenciones psicoterapéuticas, mediante estrategias cognitivo-conductuales y técnicas de exposición para ayudar a los pacientes a superar las creencias desadaptativas y las conductas de evitación que refuerzan la patología. La terapia cognitivo-conductual es aplicada durante periodos de 10 a 20 semanas; está orientada a objetivos y basada en habilidades que reducen los sesgos impulsados por la ansiedad para interpretar estímulos ambiguos, como amenaza, reemplazo de evitación y búsqueda de comportamientos de seguridad. La herbolaria también se ha utilizado como parte de las terapias no farmacológicas; en la actualidad son varias las plantas medicinales que se conoce que tienen un efecto ansiolítico. Por otra parte, las investigaciones clínicas muestran que el tratamiento con acupuntura es capaz de controlar algunos síntomas de los trastornos de ansiedad sin causar efectos secundarios.¹⁷ Existen diferentes opciones de tratamiento descritas en la literatura, como la musicoterapia, la aromaterapia y la hipnosis.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El enfoque farmacológico actual trata de inducir un efecto ansiolítico rápido que requiere un tratamiento crónico para atenuar los síntomas de la depresión y la ansiedad patológicas. Una gran parte de la población que presenta padecimientos oncológicos consiste en adultos mayores, por lo que para ellos está descrito un tratamiento especializado dirigido a la fragilidad de estos pacientes, además de que ellos cuentan con otras comorbilidades, por lo que es necesario un enfoque diferente. Los fármacos de primera línea en estos pacientes son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores no selectivos de serotonina y noradrenalina.

Los ISRS son los medicamentos mejor tolerados por la presencia de menos efectos adversos, en comparación con otros antidepresivos. Es importante recalcar que la respuesta de los antidepresivos se inicia semanas después del uso del tratamiento la duración de los tratamientos suele ir de 8 a 12 meses después de la remisión de un primer episodio y se sugiere continuar con él hasta dos años después de dos episodios en el transcurso de cinco años. La elección del tratamiento debe ser individualizada para cada paciente, principalmente por sus condiciones y el antecedente de respuesta al tratamiento previo y el historial familiar de patologías psiquiátricas.^{15,18}

En los pacientes con trastorno de ansiedad los dos tratamientos principales incluyen psicoterapia y medicamentos, que en ocasiones pueden ser combinaciones de ambos. La psicoterapia consiste en tratar de disminuir los síntomas de ansiedad. La terapia cognitivo-conductual es la forma más efectiva de terapia. Los medicamentos consisten en antidepresivos, inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina e ISRS. En ocasiones se utilizan buspirona y benzodiazepinas para aliviar la ansiedad aguda, pero durante periodos cortos de tiempo debido a que pueden llegar a ocasionar dependencia.¹⁹

CONCLUSIONES

A pesar de estar al tanto de que los pacientes oncológicos corren el riesgo de presentar cambios periódicos del estado de ánimo, es importante estar atentos a los indicadores de depresión y ansiedad, que puedan llegar a complicar el manejo del propio cáncer, debido al poco apego a esos tratamientos. Por tanto, es importante tener en cuenta los síntomas y los signos asociados a estas patologías, y reconocer de forma rápida cuando se trata de una condición anormal para poder realizar las intervenciones correspondientes y evitar las complicaciones y la cronicidad.

Es de suma importancia vigilar a los pacientes sobrevivientes de cáncer, quienes presentaron anteriormente depresión y ansiedad, ya que tienen un mayor riesgo de sufrirlas en el futuro. Dichos síntomas en este grupo de personas no necesariamente sugieren un efecto positivo a largo plazo del diagnóstico y el tratamiento del cáncer porque son comunes en la población general.²⁰

REFERENCIAS

1. **Wong AK, Grobler A, Le B:** ENhANCE trial protocol: a multicentre, randomized, phase IV trial comparing the efficacy of oxycodone/naloxone prolonged release (OXN PR) versus oxycodone prolonged release (Oxy PR) tablets in patients with advanced cancer. *Contemp Clin Trials Commun* 2022;30:1010-1036.
2. **Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A:** Depression and anxiety in patients with cancer. *Br Med J* 2018;361:k1415.
3. **Hinz A, Herzberg PY, Lordick F, Weis J et al.:** Age and gender differences in anxiety and depression in cancer patients compared with the general population. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2019;28(5):e13129.
4. **Hao A, Huang J, Xu X:** Anxiety and depression in glioma patients: prevalence, risk factors, and their correlation with survival. *Ir J Med Sci* 2021;190(3):1155-1164.
5. **Lu D, Andersson TML, Fall K, Hultman CM, Czene K et al.:** Clinical diagnosis of mental disorders immediately before and after cancer diagnosis: a nationwide matched cohort study in Sweden. *JAMA Oncol* 2016;2(9):1188-1196.
6. **Arango DCA, Rincón HHG:** Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* 2018;47(1):46-55.
7. **Ho HY, Chin Hung CV, Tzang BS, Hsieh CC, Wang WK et al.:** Circulating cytokines as predictors of depression in patients with breast cancer. *J Psychiatr Res* 2021;136:306-311.
8. **Rodríguez LAV, Vázquez OG, Rocha EB, Galeana PC, García AM et al.:** Factores predictores de función cognitiva, sintomatología de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. *Rev Latinoam Med Conduct/Lat Am J Behav Med* 2017;8(1):24-24.
9. **Ramírez RFD, de La Cruz AG, Verduzco EKO, Esqueda JGM, Luciano GSF:** Cáncer y depresión: una revisión. *Psicol Salud* 2019;29(1):115-124.
10. **Levis B, Sun Y, He C, Wu Y, Krishnan A et al.:** Accuracy of the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect major depression: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2020;323(22):2290-300.
11. **Martínez P, Soto BG, Brandt S, Guajardo V, Rojas G:** Validación inicial de Patient Health Questionnaire 2-Item para detectar síntomas depresivos en diabéticos y/o hipertensos en la atención primaria de salud. *Rev Med Chil* 2020;148(11):1614-1618.
12. American Psychiatric Association (APA): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª ed. Madrid, Médica Panamericana, 2014.
13. **Covarrubias GA, Landa JAY:** Evaluación de la calidad del sueño en pacientes con dolor de origen oncológico. *Gac Mex Oncol* 2019;18(3).
14. **Oraá TN, Cruzado JA:** Ansiedad y depresión en hombres con cáncer de próstata en función del tipo de tratamiento y su relación con la calidad de vida y la información recibida. *Psicooncología* 2019;16(2):329-344.
15. *Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto*. México, IMSS, 2015.
16. **Fernández LO, Jiménez HB, Alfonso AR, Sabina MD, Cruz NJ:** Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur* 2012;10(5):466-479.
17. **Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW et al.:** Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(2):229-233.
18. **Amorim D, Amado J, Brito I, Fiuza SM, Amorim N et al.:** Acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: a systematic review of the clinical research. *Complement Ther Clin Pract* 2018;31:31-37.
19. Guía de Práctica Clínica: *Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor. Evidencias y recomendaciones*. México, IMSS, 2019.
20. *Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México, Secretaría de Salud, 2010.



CAPÍTULO XIX

Trastornos del sueño en el paciente oncológico

Itze Paloma Álvarez Mora, Luis Fernando C. García Meléndez



INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos del sueño ha ganado relevancia en los últimos años por su alto impacto en el deterioro de la calidad de vida y las consecuencias en las esferas física, psicosocial, cognitiva y de la funcionalidad de las personas que los padecen.

Los pacientes con cáncer tienen un factor de riesgo importante para sufrir trastornos del ciclo sueño-vigilia, de los cuales el insomnio es el más común; esto es consecuencia de los factores propios del paciente —físicos y psicológicos, tales como la depresión y la ansiedad—, el tipo de cáncer y su tratamiento. Los trastornos del sueño en conjunto con una comorbilidad oncológica representan un riesgo independiente de padecer patologías cardiovasculares, metabólicas y del estado de ánimo de una manera bidireccional.¹⁻³

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos del sueño, de acuerdo con la revisión de varios metaanálisis, tienen un amplio rango de variabilidad secundario al tipo de población incluida (tipo de cáncer, estadio clínico local o avanzado, estatus del tratamiento curativo o paliativo, tipo de toxicidad relacionada con el tratamiento, tiempo de aplicación del tratamiento y escalas utilizadas para su identificación) reportado entre 15.3 y 60.7% e incluso hasta en 95%; en la población general adulta es de 12.2% en los hombres y de 14.6% en las mujeres.² En los pacientes oncológicos se encuentra una prevalencia durante el tratamiento de 60.2%, pero en aquellos con tres o más meses después del término del tratamiento con intención curativa se estima que es de 59.7%. Entre los diagnósticos con mayor prevalencia se encuentran los el cáncer de mama (63.6%) y cáncer de pulmón (63.3%).⁴⁻⁶

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo descritos de los trastornos del sueño incluyen el sexo femenino, la edad avanzada, el nivel socioeconómico bajo, el nivel educativo bajo, los trastornos subyacentes del estado de ánimo —como depresión o ansiedad—, los trastornos respiratorios del sueño —como la apnea obstructiva del sueño—, el sedentarismo, la presencia de comorbilidades, el uso de diuréticos, el

consumo de hipnóticos y el sometimiento a altos niveles de estrés.⁸ Algunos estudios han identificado también factores protectores, por lo que describieron que un índice de masa corporal ≥ 20 kg/m² y haber sido sometido a cirugía fueron predictores favorables significativos para la calidad del sueño.^{6,9}

FISIOLOGÍA DEL SUEÑO

La arquitectura básica del sueño se conforma de dos periodos principales: sueño de movimientos oculares no rápidos y sueño de movimientos oculares rápidos (REM: *rapid eye movement*). La primera fase de sueño se divide progresivamente en etapas más profundas del sueño compuestas de cuatro etapas (etapas 1 a 4). Cada etapa tiene características únicas respecto a los patrones de ondas cerebrales, los movimientos oculares y el tono muscular. Alternan cíclicamente ambas fases: la etapa 1 describe la transición entre la vigilia y el sueño que se produce al caer dormido y durante breves periodos de despertar, y representa de 2 a 5% del tiempo total de sueño. La etapa 2 constituye de 45 a 55% del tiempo de sueño y ocurre durante todo el periodo de sueño. Las etapas 3 y 4 se conocen como periodos de ondas lentas, la mayoría de los cuales ocurren durante el primer tercio de la noche. La etapa 4 dura de 20 a 40 min y compensa entre 10 y 15% del tiempo total de sueño. Ambos se muestran en el electroencefalograma como actividad de onda lenta y de alto voltaje. Por su parte, el sueño REM se muestra en el electroencefalograma como una actividad de bajo voltaje y frecuencia mixta, atonía muscular y ráfagas de REM; se asocia más a menudo con el tiempo de sueño.⁶

La vigilia es generada por dos vías. La primera ocurre a nivel del sistema reticular activador ascendente, localizado a la altura del tronco encefálico; es mediada por neuronas colinérgicas que activan las regiones talámicas que transmiten información a la corteza cerebral. La segunda vía se origina en grupos de células en la parte superior del tronco encefálico, que contiene los transmisores de monoamina (norepinefrina, serotonina, dopamina y histamina) que entran en el hipotálamo, arriba de las entradas de las células nerviosas que contienen péptidos (orexina, hipocretina y concentrador de melanina) y de las células en el prosencéfalo que contienen acetilcolina y ácido gamma-aminobutírico.⁸

FISIOPATOLOGÍA

La transición de la vigilia y el sueño está regulada por el hipotálamo y el tronco encefálico, así como por las neuronas hipotalámicas de orexina, que son sensibles a las señales periféricas dadas por sustancias inflamatorias, aminoácidos y cambios de pH, por mencionar algunas. Las neuronas de orexina determinan cambios importantes en el proceso sueño-vigilia por la producción de glucocorticoides, los cuales afectan directamente los ritmos circadianos.³

Los trastornos del sueño tienen una fuerte asociación con la activación de respuestas inflamatorias que pueden estar dadas por el proceso oncológico o por la terapia antineoplásica. Es bien sabido que la mayoría de los tumores producen interleucina 1 beta en grandes cantidades, la cual afecta directamente la producción, la liberación y el uso de diferentes sustancias involucradas en el sueño, como adenosina, prostaglandinas, óxido nítrico y ácido gamma-aminobutírico, por mencionar algunas. Otras sustancias que producen alteraciones en el proceso del sueño y alteran los neurotransmisores involucrados en él son la interleucina 6, el factor de necrosis tumoral alfa, la grelina y la leptina. La reducción del pH, la hipoglucemia y la presencia o déficit de algunos aminoácidos favorecen de igual forma la activación de las neuronas de orexina. Los tumores pueden inducir cambios en los circuitos serotoninérgicos, dopaminérgicos, GABAérgicos y noradrenérgicos, causando trastornos del sueño.³

Existe una interconexión bidireccional entre los trastornos del sueño y las patologías neoplásicas y viceversa, las cuales han demostrado que juegan un papel en la patogénesis y su progresión por

diferentes mecanismos moleculares e inmunitarios y alteraciones del ciclo circadiano, principalmente relacionadas con la aparición de tumores de cabeza y cuello, de tiroides, de próstata, de mama y hematológicos, específicamente linfoma de células B difusas.³

DIAGNÓSTICO

Existen tres sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos del sueño: el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta revisión, la Clasificación internacional de los trastornos del sueño, tercera edición, y la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima edición.¹⁰

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Insomnio

Es una de las comorbilidades más frecuentes relacionadas con el cáncer, ya que es tres veces mayor en comparación a la población general. Tiene una prevalencia de 6 a 20% en la población general y de 19 a 63% en los pacientes oncológicos. Se relaciona con otras comorbilidades como los trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión), el dolor y la fatiga.³

El diagnóstico de insomnio se realiza cuando el paciente refiere insatisfacción con el sueño (inicio del sueño o mantenimiento del sueño) y otros síntomas diurnos (p. ej., somnolencia, deterioro de la atención, alteraciones del estado de ánimo) durante al menos tres noches por semana y una duración mayor de tres meses. Aunque se han descrito varios subtipos de insomnio (p. ej., idiopático, psicofisiológico y paradójico), su diagnóstico y tratamiento son similares.¹

Hipersomnia

Se define como una somnolencia excesiva después de un periodo de sueño de al menos siete horas acompañado de periodos recurrentes de sueño posteriores, un periodo de sueño mayor de nueve horas no reparador o la imposibilidad de mantenerse despierto después de un despertar brusco. Estos síntomas se producen al menos tres veces por semana durante tres meses, considerándose persistentes, subagudos —de uno a tres meses— y agudos —menos de un mes.¹ En la población general se observa hipersomnia en 0.5 a 1.6% de las personas. En los pacientes con cáncer es más frecuente observarla en los casos de cáncer gástrico, de colon y recto, de hígado, de mama y de pulmón.³

TRASTORNOS RESPIRATORIOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO

Síndrome de apnea obstructiva del sueño

Se caracteriza por interrupciones repetitivas de la ventilación durante el sueño secundarias al colapso de la vía respiratoria superior e hipoxia intermitente prooncogénica, que es una condición estimulante del factor de crecimiento endotelial vascular y de crecimiento tumoral y su potencial metastásico, así como a la generación de estrés oxidativo que aumenta la mortalidad y la morbilidad de la enfermedad vascular cerebral, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, y el deterioro cognitivo mediado por la perpetuación de un estado de inflamación sistémica.¹¹ La prevalencia de síndrome de apnea obstructiva del sueño es de 9 a 38% en la población general.³

TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DURANTE EL SUEÑO

Síndrome de piernas inquietas

Se presenta entre 0.5 y 11.6% de la población general; en los pacientes oncológicos se relaciona con otras comorbilidades, principalmente del estado de ánimo —como depresión y ansiedad—, las cua-

Cuadro XIX-1. Fenotipos relacionados con la fatiga

Fenotipo	Características
Primer fenotipo	Latencia incrementada para el inicio del sueño Latencia prolongada para sueño REM Menor porcentaje de sueño en estadio 2 y REM
Segundo fenotipo	Despertares frecuentes por hora
Tercer fenotipo	Incremento del tiempo total de sueño Latencias cortas para el sueño REM
Cuarto fenotipo	Mayor porcentaje de sueño REM y disminución Disminución del tiempo total de sueño

REM: movimientos oculares rápidos.

les repercuten en una baja calidad de vida. Su asociación al cáncer sigue siendo explorada constituye un síntoma temprano de malignidad en entidades como mieloma múltiple, cáncer de vejiga y cáncer gastrointestinal.^{11,12}

Fatiga relacionada con cáncer

El tratamiento y la evolución de la enfermedad se relaciona con fatiga, la cual condiciona siestas frecuentes en el paciente oncológico; se identifican cuatro fenotipos relacionados con la fatiga (cuadro XIX-1).¹¹

ESCALAS DE VALORACIÓN

Se dispone de distintas escalas de valoración para los trastornos del sueño, tanto subjetiva como objetivamente (cuadro XIX-2).¹³

TRATAMIENTO

Se han establecido diferentes medidas farmacológicas y no farmacológicas para el manejo de los trastornos del sueño, entre los que destacan algunas hormonas, los fármacos y la terapia cognitivo-conductual.

Se considera que el tratamiento de primera línea en la mayoría de los trastornos del sueño consiste en medidas no farmacológicas, como la realización de un diario del sueño y las medidas de higiene del sueño, consistentes en una serie de recomendaciones a los pacientes para disminuir el estímulo visual y auditivo a la hora de dormir, facilitando la conciliación del sueño. La terapia cognitivo-conductual constituye un abordaje de primera línea para trastornos como el insomnio. Asimismo, las terapias de *mindfulness* basadas en la reducción de estrés han tenido efectos positivos para mejorar el sueño en los pacientes con cáncer.¹⁵

El abordaje terapéutico de los trastornos del sueño requiere el cumplimiento de los estándares de higiene del sueño y terapia cognitiva conductual, que es el estándar de oro para el tratamiento de ciertos trastornos antes de proceder al tratamiento farmacológico y en asociación con él. La terapia cognitivo-conductual ha demostrado mejoría en algunos síntomas relacionados con el cáncer, como es la fatiga.¹⁶

El tratamiento farmacológico está indicado en los trastornos del sueño estresantes, y su prescripción dependerá de factores propios del paciente y sus características clínicas. La administración se otorga durante periodos cortos, en promedio una semana y máximo tres semanas. Se puede utilizar de manera intermitente, respetando las prescripciones cortas.¹⁵

Cuadro XIX-1. Escala de valoración para los trastornos del sueño

Escala	Uso	Interpretación
Medidas de evaluación subjetiva de la calidad del sueño, la somnolencia diurna y los resultados funcionales	<i>Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)</i> <i>PROMIS Sleep Disturbance</i> <i>Epworth Sleepiness Scale (ESS)</i>	El PSQI > 5 tiene sensibilidad de 89% y especificidad de 86.5% para diferenciar a los "pobres" de los "buenos" durmientes La puntuación media es 50, y las puntuaciones más altas indican más trastornos del sueño Puntuación total > 10 = somnolencia diurna excesiva; ≥ 17 indica somnolencia patológica Las puntuaciones van de 0 a 24, y las puntuaciones más altas indican un impacto funcional menor Todavía necesita ser probado, refinado y validado
Medidas de evaluación subjetiva para el insomnio	Cuestionario de resultados funcionales del sueño Diario de sueño de consenso Índice de gravedad del insomnio	Evaluar el impacto de la somnolencia excesiva en las actividades diarias y la calidad de vida Recopilar información sobre patrones de sueño: latencia de inicio, vigilia después del inicio, tiempo total de sueño, tiempo total pasado en la cama, eficiencia del sueño y calidad o satisfacción del sueño Evaluar la gravedad y el impacto del insomnio
Medidas de evaluación subjetiva SAOS	Cuestionario de Berlín OSA50	Para evaluar a los pacientes con SAOS Para evaluar a los pacientes con SAOS
Medidas de evaluación subjetiva para SPI	Escala Internacional de síndrome de piernas inquietas	Evaluar la gravedad de los síntomas relacionados con el RLS y su impacto en la calidad del sueño, los asuntos diarios y el estado de ánimo Las puntuaciones totales más altas indican peor gravedad e impacto de los síntomas del SPI



Cuadro XIX-1 (continuación). Escala de valoración para los trastornos del sueño

	Escala	Uso	Interpretación
Medidas objetivas del sueño	Actigrafía	Registra la presencia y/o amplitud del movimiento Se usa con un diario de sueño para ayudar a anotar el inicio del sueño y el despertar	
	Polisomnografía	Estudiar los patrones de sueño-vigilia y los ritmos circadianos mediante la evaluación del movimiento	
	Prueba de latencia de sueño múltiple	Estándar de oro para el diagnóstico de AOS según la Asociación Americana de Medicina del Sueño Medida de la capacidad o tendencia a conciliar el sueño utilizando PSC en laboratorio	
		Se utiliza para diagnosticar la narcolepsia y la hipersomnia idiopática	

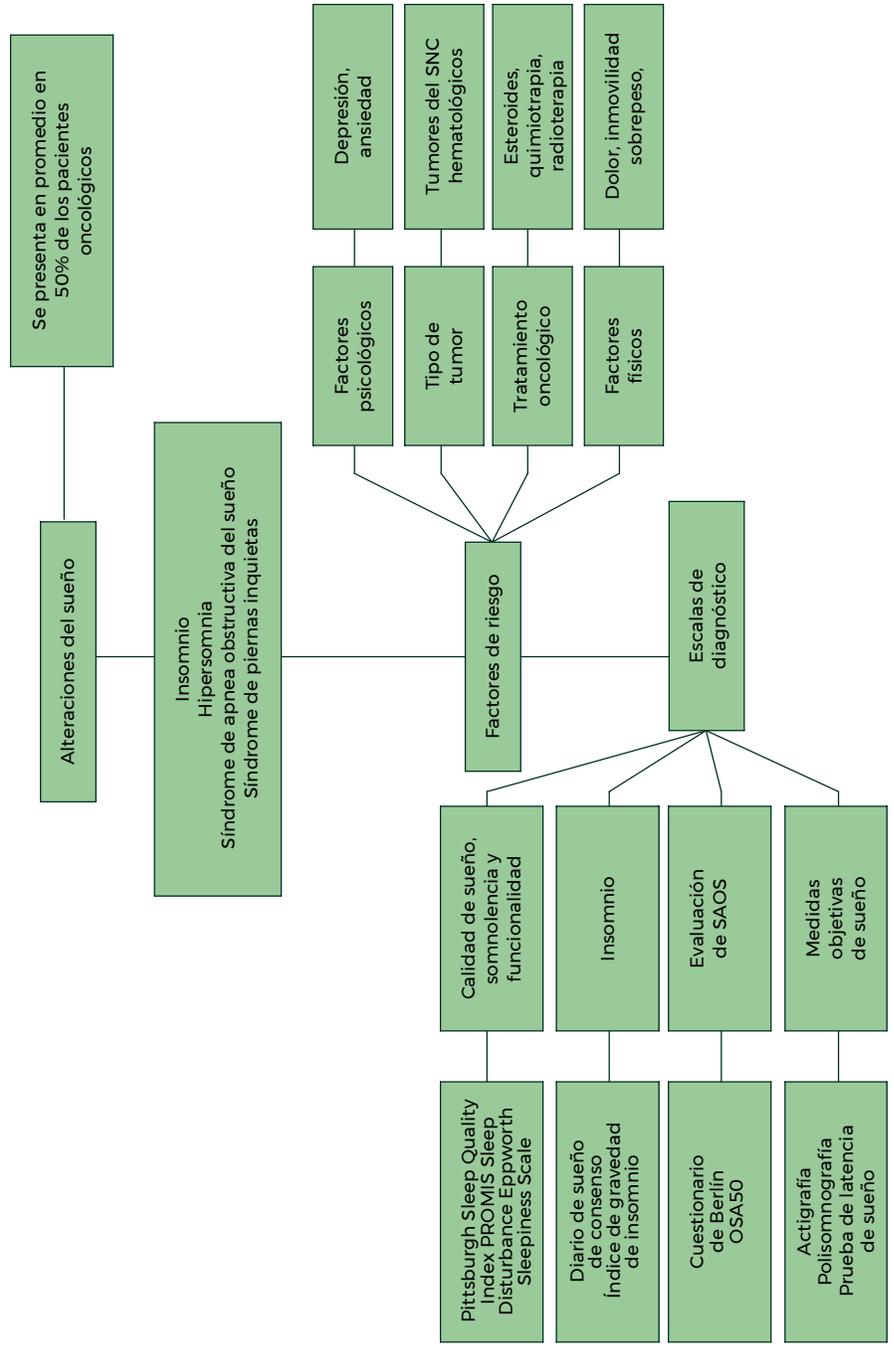


Figura XIX-1. Algoritmo de alteraciones del sueño. SNC: sistema nervioso central.

Las benzodiazepinas son agentes psicotrópicos depresores del sistema nervioso central que se indican para el insomnio por su efecto sedante. De acuerdo con su vida media se dividen en benzodiazepinas de acción ultracorta, duración corta, duración intermedia y duración larga; el medicamento se otorgará según los requerimientos del paciente (insomnio de conciliación o de mantenimiento).¹⁵

El uso de melatonina para el manejo de las alteraciones del ritmo circadiano y del insomnio es muy importante para regular la producción de melatonina endógena. Las dosis varían entre 0.3 y 20 mg, y han mostrado una respuesta moderada en los estudios realizados.¹⁴

Algunos antidepresivos se han utilizado para el tratamiento de los trastornos del sueño, pero se ha encontrado poca evidencia de su uso. Recientemente se demostró que existe una buena eficacia de la trazodona en el tratamiento del insomnio. Otros fármacos utilizados que han tenido una buena respuesta han sido la duloxetina y la pregabalina en el contexto del cáncer de mama.

La terapia ventilatoria en los trastornos respiratorios relacionados con el sueño ha demostrado una respuesta inmunitaria importante, disminuyendo los niveles séricos de factor de crecimiento endotelial asociado a la progresión tumoral y la aparición de metástasis, por lo que un adecuado abordaje de estos trastornos mejora la calidad de vida de los pacientes.¹⁶

CONCLUSIONES

Los trastornos del sueño en el paciente oncológico son una parte fundamental para considerar en la evaluación integral del paciente, puesto que constituyen un factor independiente para la presencia de otras comorbilidades, aumento de la mortalidad y la morbimortalidad por otras causas y afectación del pronóstico, dado que tienen factores que favorecen un perfil prooncogénico y de desconcontrol de otros síntomas asociados, como las manifestaciones neuropsiquiátricas y de la percepción del dolor.

Existe un amplio campo de investigación que señala una relación bidireccional de alteraciones del sueño como factor de riesgo oncogénico, así como la propia neoplasia condiciona alteraciones de la fisiología y la estructura molecular y los subsecuentes neurotransmisores, los cuales participan en la regulación normal del ciclo de sueño-vigilia (figura XIX-1).

REFERENCIAS

1. **Götze H, Friedrich M, Taubenheim S et al.**: Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Support Care Cancer* 2020;28:211-220.
2. **M KP, Latreille V**: Sleep disorders. *Am J Med* 2019;132(3):292-299.
3. **Itani O**: Sleep disorders in cancer patients. *Sleep Biol Rhythms* 2021;19(4):341-342.
4. **Mogavero MP, Del Rosso LM, Fanfulla F, Bruni O, Ferri R**: Sleep disorders and cancer: state of the art and future perspectives. *Sleep Med Rev* 2021;56:101409.
5. **Al Maqbali M, Al Sinani M, Alsayed A, Gleason AM**: Prevalence of sleep disturbance in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Nurs Res* 2022;31(6):1107-1123.
6. **Legg M, Meertens RM, van Roekel E, Breukink SO, Janssen ML et al.**: The association between sleep quality and fatigue in colorectal cancer survivors up until two years after treatment: a cross-sectional and longitudinal analysis. *Cancers (Basel)* 2022;14(6).
7. **Strom L, Danielsen JT, Amidi A, Cárdenas EAL, Wu LM et al.**: Sleep during oncological treatment—a systematic review and meta-analysis of associations with treatment response, time to progression and survival. *Front Neurosci* 2022;16:817837.
8. **Strik H, Cassel W, Teepker M, Schulte T, Riera KJ et al.**: Why do our cancer patients sleep so badly? Sleep disorders in cancer patients: a frequent symptom with multiple causes. *Oncol Res Treat* 2021; 44(9):469-475.
9. **Howell D**: Sleep difficulties. En: *Textbook of palliative care*. Springer, 2019:393-421.

10. **Wang J, Zhou BY, Lian CL, Zhou P, Lin HJ et al.:** Evaluation of subjective sleep disturbances in cancer patients: a cross-sectional study in a radiotherapy department. *Front Psychiatry* 2021;12:648896.
11. **Jeffrey B, Weilburg JWS:** Trastornos del sueño. En: *Tratado de psiquiatría clínica*. Massachusetts General Hospital, Elsevier, 2018.
12. **Buttner TA, Kim YT, Osel T, Richter K:** Sleep disorders in cancer-a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(21).
13. **Chen Y, Tan F, Wei L, Li X, Lyu Z et al.:** Sleep duration and the risk of cancer: a systematic review and meta-analysis including dose-response relationship. *BMC Cancer* 2018;18(1):1149.
14. **Luyster FS, Choi J, Yeh CH, Imes CC, Johansson AE et al.:** Screening and evaluation tools for sleep disorders in older adults. *Appl Nurs Res* 2015;28(4):334-340.
15. **Xie Z, Chen F, Li WA, Geng X, Li C et al.:** A review of sleep disorders and melatonin. *Neurol Res* 2017; 39(6):559-565.
16. **Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL:** Clinical practice guideline for the pharmacological treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13(2):307-349.





CAPÍTULO XX

Complicaciones psiquiátricas en cuidados paliativos

Stefany Alamilla Cuéllar, Óscar Juárez Sánchez, Carlos Eduardo García Cervantes



INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos se encargan de abordar los problemas relacionados con las denominadas enfermedades terminales, las cuales son progresivas e incurables y tienen un pronóstico limitado de vida. Este enfoque se realiza por medio de la prevención y el alivio de los síntomas a través del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los síntomas englobados en las esferas física, psicológica y espiritual.^{1,2}

Con frecuencia los pacientes y sus familiares presentan una carga emocional relacionada con el sufrimiento, debido a que en los últimos años las alternativas terapéuticas que se ofrecen a los pacientes con enfermedades terminales, como el cáncer en las diferentes edades, aumentan la tasa de supervivencia de los pacientes, pero se presentan más comorbilidades a largo plazo que limitan su capacidad para ejecutar las actividades cotidianas. Sumados a los cambios fisiopatológicos de la enfermedad, el uso de medicamentos y las condiciones preexistentes del ámbito psicológico o psiquiátrico contribuyen a la instauración o exacerbación de comorbilidades neuropsiquiátricas, entre las que destacan la ansiedad, la depresión y el intento de suicidio.³⁻⁵

Estos pacientes experimentan angustia asociada a factores como el propio diagnóstico y los efectos de la enfermedad y su tratamiento, sin importar el grado de la enfermedad.⁶⁻⁸

JUSTIFICACIÓN

Una gama amplia de pacientes pertenecen al grupo de cuidados paliativos y tienen derecho a recibir atención multidimensional para tratar las condiciones no sólo biofísicas, sino también emocionales, sociales y espirituales.

En este grupo destacan los pacientes oncológicos por su alta prevalencia; sin embargo, se deben incluir los que sufren enfermedades incurables secundarias a trastornos infecciosos, traumáticos, metabólicos y degenerativos. Debido a que no existen investigaciones de intervenciones médicas y psicológicas lo suficientemente grandes para considerar una significatividad estadística, en el presente ensayo se realizó una búsqueda exhaustiva de información con el fin de brindar orientación respecto al conocimiento de las comorbilidades psiquiátricas, su diagnóstico y su abordaje terapéutico.⁹⁻¹¹



DEFINICIÓN

Una complicación médica es definida como el “agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado”. Las complicaciones psiquiátricas son las enfermedades que interfieren con la salud mental, como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos del sueño y las urgencias psiquiátricas, que provocan muchos efectos secundarios mentales y emocionales.¹²

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Definición

De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición, los trastornos de ansiedad son los que “comparten como característica principal miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas”.

Aunque en la mayoría de las ocasiones se solapan, es importante diferenciar estas dos condiciones. “Miedo” hace alusión a una respuesta emocional ante una amenaza inminente; “ansiedad” se refiere a la respuesta anticipatoria ante una amenaza futura.¹³

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son el conjunto más común de los trastornos psiquiátricos, según la *American Psychiatric Association*.¹³ A nivel global representan de 3.8 a 25% de las enfermedades psiquiátricas.¹⁴ Se estima que en México la prevalencia en las zonas urbanas es de 5.7% y en las zonas rurales de 4.9%.¹⁵

Se desconoce la cifra exacta de pacientes con trastornos de ansiedad presentada como complicación de cuidados paliativos; sin embargo, hay estudios que estiman que la prevalencia de ésta aunada a la depresión oscila entre 4.5 y 58%.¹⁶

En aproximadamente 70% de los pacientes con alguna condición médica en situación terminal se presentan síntomas de ansiedad; sin embargo, la presentación de características clínicas que alcanza un nivel desadaptativo afecta a menos de 10% de los pacientes en cuidados paliativos.¹⁷

El estudio de cohorte multicéntrico *Coping with Cancer* del Instituto Nacional de Cáncer y el Instituto Nacional de Salud Mental de EUA¹⁸ demostró que:

- Un trastorno de ansiedad se presentó en 8% de los pacientes.
- Estos trastornos fueron más frecuentes en las mujeres, las personas jóvenes y los individuos con alguna discapacidad física.

Etiología

Se asocia a procesos complejos tanto fisiológicos como cognoscitivos.

- Biológicos: desregulación del sistema gabaérgico y serotoninérgico atribuida a fallas en las áreas del sistema nervioso que regulan los procesos de preocupación, provocando una supresión de éstos; se ubica en las regiones laterales de la corteza prefrontal y el sistema límbico.
- Ambientales: destacan los factores de estrés ambientales (enfermedad terminal) y las respuestas aprendidas.
- Psicosociales: situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias que amenazan la vida (figura XX-1).^{19,20}

Formas clínicas

Para especificar el trastorno hay que considerar las siguientes situaciones en los pacientes con un cuadro de ansiedad preexistente (cuadro XX-1).

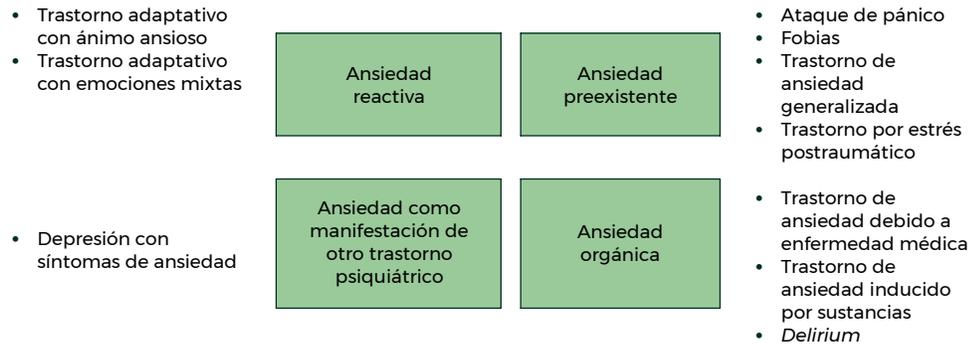


Figura XX-1. Formas clínicas de los trastornos de ansiedad. Modificado de Vilches Y: Complicaciones psiquiátricas (II): insomnio y trastornos cognitivos. En: *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.*

Factores de riesgo²¹

- Depresión mayor.
- Antecedente de trastorno de ansiedad generalizada.
- Sexo femenino.
- Enfermedades respiratorias (asma, disnea y bronquitis).
- Presencia de alguna fobia.
- Comorbilidad: arritmias e insuficiencia cardiaca.
- Eventos adversos (físicos, emocionales, etcétera).
- Consumo de sustancias.

CUADRO CLÍNICO

En la mayoría de los pacientes del área de cuidados paliativos los síntomas de ansiedad son una consecuencia esperada de las situaciones que se presentan en las enfermedades en situación terminal ante la incertidumbre y la posibilidad de acercarse a los últimos días de vida.^{17,22}

Los pacientes suelen describir la ansiedad como sentimientos de impotencia y miedo relacionados con la pérdida de control sobre las esferas física, psicológica, social y espiritual, ocasionando una disminución de la calidad de vida.¹⁷

Cuadro XX-1. Manifestaciones cardinales

Manifestación cardinal	Trastorno de ansiedad
Manifestaciones relacionadas con miedo o ansiedad que se presentan ante objetos o situaciones específicas	Fobia social o específica
Crisis de inicio súbito en las que no existe un factor específico	Crisis/ataques de angustia/trastorno de pánico
Cuadro clínico que no es explicable por otra razón que contenga múltiples manifestaciones somáticas; se presenta la mayor parte del día asociado a situaciones cotidianas	Trastorno de ansiedad generalizada

Modificado de *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y Recomendaciones.* México, CENETEC, 2019.

Cuadro XX-2. Manifestaciones de los trastornos de ansiedad

Manifestaciones físicas	Síntomas psicológicos	Alteraciones cognitivas, conductuales y afectivas
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión muscular • Taquicardia • Alteraciones del sueño • Hiperventilación • Mareo y náusea • Diarrea o estreñimiento • Dispepsia • Boca seca • Parestesias • Opresión de pecho • Sudoraciones o bochornos • Temblor • Frecuencia urinaria • Vértigo • Sensación de ahogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo o temor • Irritabilidad • Cansancio • Preocupación constante • Aprehensión • Distracción • Dificultad para el pensamiento • Pensamientos y sueños recurrentes • Amnesia • Preocupación por eventos futuros 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad • Hipervigilancia • Habla apresurada • Conductas ritualistas • Sobresaltos • Rigidez del habla • Descalificación de lo positivo • Pensamiento absolutista: "todo o nada" • Anticipación a los hechos (de manera negativa) • Hiporexia o hiperfagia

Modificado de *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC, 2019.

Un problema frecuente en la identificación de estos trastornos es que los pacientes no expresan de forma directa a los médicos sus experiencias y síntomas. Por lo tanto, es importante que los médicos tengan en cuenta las palabras clave que sus pacientes expresan y que orientan hacia un trastorno de ansiedad presente, como el hecho de que se encuentren preocupados, asustados, inquietos o nerviosos (cuadro XX-2).²³

Debido a que la ansiedad afecta las áreas somática, psicológica, cognitiva y conductual, se debe considerar que es un trastorno sistémico.

DIAGNÓSTICO

Todos los pacientes en cuidados paliativos deben ser evaluados para la detección de ansiedad y depresión. Debido a su alta confiabilidad y validez para la población mexicana, el cuestionario de ansiedad de Beck (*Beck anxiety inventory*) es el método que se recomienda para evaluar el cuadro clínico de ansiedad. Es una herramienta que cuenta con 21 preguntas que evalúan si el paciente se encuentra:

1. Torpe o entumecido.
2. Acalorado.
3. Con temblor en las piernas.
4. Incapaz de relajarse.
5. Con temor a que ocurra lo peor.
6. Mareado o que se la va la cabeza.
7. Con latidos cardiacos fuertes y acelerados.
8. Inestable.
9. Atemorizado o asustado.
10. Nervioso.
11. Con sensación de bloqueo.
12. Con temblores en las manos.

13. Inquieto, inseguro.
14. Con miedo a perder el control.
15. Con sensación de ahogo.
16. Con temor a morir.
17. Con miedo.
18. Con problemas digestivos.
19. Con desvanecimientos.
20. Con rubor facial.
21. Con sudores fríos o calientes.

La puntuación de cada ítem es la siguiente:

- 0: “en absoluto”.
- 1: “levemente o no me molesta mucho”.
- 2: “moderadamente, es muy desagradable, pero puedo soportarlo”.
- 3: “severamente, casi no puedo soportarlo”.

Se suman todos los puntos para obtener un rango de puntuación que varía de 0 a 63, y se sugieren los siguientes puntos de corte:²⁴

- De 0 a 21: ansiedad muy baja.
- De 22 a 35: ansiedad moderada.
- Más de 36: ansiedad severa.

En la evaluación se incluyen:

- Una historia clínica y una exploración física detalladas que ayuden a identificar los factores contribuyentes: fármacos, esteroides, alcohol, cafeína, nicotina y falta de actividad física.
- Pruebas de laboratorio: biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea y hormonas relevantes (tiroideas y suprarrenales).
- La corroboración de la información obtenida con familiares y otros miembros del equipo de atención.

Es importante considerar que los síntomas de ansiedad se pueden presentar como consecuencia de los trastornos fisiológicos (insuficiencia cardíaca, anemia, compromiso respiratorio o hipertermia) sin que estén ocasionados por un estado psicológico. En estos casos por lo general no existen antecedentes personales o familiares de ansiedad ni una pobre respuesta al tratamiento ansiolítico.

TRATAMIENTO

Los niveles de ansiedad persistentes y elevados no son adaptativos y requieren intervención, que incluye psicoterapia, ansiolíticos y antidepresivos. Los proveedores de la atención en los cuidados paliativos deben estar capacitados para tratar los trastornos de ansiedad, ya que empeoran progresivamente e interfieren con la funcionalidad del paciente.

La psicoterapia es útil para los pacientes y sus familiares como un recurso para abordar los problemas que causan o exacerban su ansiedad, como el temor a intervenciones médicas, la finanzas, los conflictos familiares, la discapacidad, la disminución de la funcionalidad, los pensamientos relacionados con ser una carga para la familia, el sufrimiento existencial, el dolor y el duelo anticipado.¹⁷

El tratamiento base para los trastornos de ansiedad y depresión son los antidepresivos, que son fármacos encargados de la estabilización y la regulación de la actividad monoaminérgica.

Estos fármacos se clasifican con base en su mecanismo de acción, pero debido a sus efectos adversos se emplean en el siguiente orden:



1. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram.
2. Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina (duales): venlafaxina y duloxetina.
3. Inhibidor de la recaptura de dopamina y noradrenalina: bupropión y anfebutamona.
4. Antidepresivos tricíclicos: imipramina y amitriptilina.

Para decidir el inicio de su empleo estos fármacos se pueden asociar al manejo paliativo ya establecido para mejorar los cuadros afectivos, ansiosos y dolorosos del paciente, mejorando la calidad de vida. Sin embargo, es necesario emplear un tratamiento individualizado y valorar su capacidad adaptativa y el estadio de la enfermedad oncológica, así como otros tratamientos empleados y el deseo del paciente, teniendo como primera medida la terapia psicológica para el paciente y sus cuidadores, así como el control de las manifestaciones físicas:²⁵

- Disnea o dolor intenso: opioides.
- Crisis de ansiedad: benzodiazepinas y neurolépticos, como pregabalina o gabapentina (siempre descartando si es atribuida a una crisis de dolor).
- *Delirium*: haloperidol u otros antipsicóticos (olanzapina, quetiapina o risperidona).
- Antecedente de abuso de sustancias: buspirona, neurolépticos, antipsicóticos e incluso opioides de menor perfil adictivo (buprenorfina sublingual) (figura XX-2).

Las consideraciones específicas incluyen:

- Antidepresivos tricíclicos y duales: son una buena opción para el tratamiento del dolor neurótico.
- No combinar antidepresivos tricíclicos con otros, debido al riesgo de que se presente síndrome serotoninérgico.
- Medicamentos neurolépticos para el dolor: gabapentina, pregabalina, carbamazepina, valproato.
- Inicio del tratamiento con acciones de apoyo.
- Canalización con el psiquiatra si se identifica que el cuadro es incapacitante para emplear terapia cognitivo-conductual.

El empleo de fármacos benzodiazepínicos no es distinto para la población en situación terminal, por lo que es importante reconocer que no constituyen el pilar fundamental del tratamiento y sólo deben ser empleados para disminuir la sintomatología actual o de crisis de angustia que presente el paciente; los antidepresivos ejercen una eficacia esperada en un lapso de tres a seis semanas. Se recomienda el siguiente abordaje terapéutico:

1. Identificar si el cuadro clínico se presenta en un periodo de al menos dos semanas.
2. Identificar los síntomas cardinales para considerar los trastornos de ansiedad específicos.

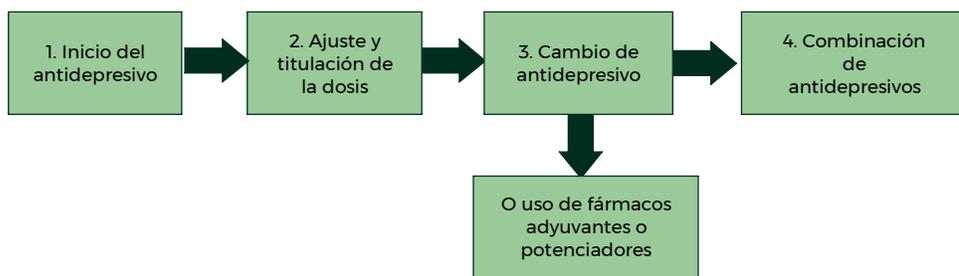


Figura XX-2. Manejo de la ansiedad y la depresión.

Cuadro XX-3. Manejo farmacológico de los trastornos de ansiedad

Principio activo	Dosis recomendada	Periodo de uso
Alprazolam	De 2 a 4 mg/día (inicial 2 mg, mantenimiento según dosis- respuesta)	De 4 a 6 semanas con horario, luego PRN
Bromazepam	De 6 a 12 mg/día (inicial 6 mg, mantenimiento según dosis-respuesta)	De 4 a 6 semanas con horario, luego PRN
Clonazepam	De 2 a 6 mg/día (inicial 2 mg, mantenimiento según dosis-respuesta)	De 4 a 6 semanas con horario, luego PRN
Lorazepam	De 2 a 5 mg/día (inicial 2 mg, mantenimiento según dosis-respuesta)	De 4 a 6 semanas con horario, luego PRN

PRN: por razones necesarias. Modificado de *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC, 2019.

El régimen de tratamiento con benzodiazepinas recomienda las dosis mencionadas en el cuadro XX-3. Las consideraciones especiales para el uso de fármacos benzodiazepínicos incluyen:

- Identificar si el paciente tiene historial de abuso de sustancias como alcohol, opioides y estimulantes.
- Vigilar el compromiso respiratorio, el riesgo de caídas y el síndrome confusional (*delirium*).

En general si los síntomas psiquiátricos complican el manejo de la enfermedad primaria o son una fuente importante de sufrimiento, se debe realizar una derivación inmediata a un especialista en salud mental.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Definición

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición, define los trastornos depresivos como los que generan una disregulación del estado de ánimo, en la cual se presenta un ánimo triste, vacío o irritable, que se acompaña de cambios somáticos y cognitivos que alteran la funcionalidad general de la persona.

El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Es determinado por episodios de dos semanas de duración como mínimo que se caracterizan por cambios en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, que incluyen periodos de remisión entre los episodios. El duelo anticipado que se presenta en la mayoría de los pacientes en cuidados paliativos suele generar sufrimiento en sus primeras etapas, pero no induce un episodio depresivo mayor. Cuando los síntomas de depresión se presentan al mismo tiempo el deterioro funcional es más grave y el duelo se complica.¹³

Epidemiología

Los trastornos depresivos afectan a cerca de 350 millones de personas a nivel mundial. En México se presenta con una prevalencia de 7.9%, con diferencias significativas entre los sexos, pues es más común en las mujeres.

Respecto a los pacientes que corresponden al grupo de cuidados paliativos, el reto es grande, ya que es frecuente el desarrollo de síntomas físicos que son parte de la historia natural de la depresión o de su tratamiento y provoca sobreposición de los síntomas físicos, por lo que es difícil identificarla, dificultando su detección. La depresión es tres veces más frecuente en los pacientes en cuidados paliativos que en la población general. Si la prevalencia se estima mediante los criterios del



Cuadro XX-4. Factores de riesgo de trastornos depresivos en pacientes con enfermedades terminales

• Trastorno psiquiátrico previo	• Dolor u otros síntomas mal controlados
• Antecedentes de alcoholismo	• Radioterapia cerebral
• Cáncer avanzado y terminal	• Déficit nutricional (vitamina B ₁₂ , ácido fólico)
• Adulto joven con metas inconclusas	• Alteraciones endocrinológicas
• Aislamiento social	• Trastornos neurológicos: enfermedad de Parkinson, evento vascular cerebral
• Discapacidad física	
• Bajo apoyo social	

Adaptado de Vilches Y, Ferre F: Complicaciones psiquiátricas (II): insomnio y trastornos cognitivos. En: *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, los rangos se encuentran entre 9 y 16% en los pacientes con enfermedad avanzada; sin embargo, si los síntomas se exploran mediante el uso de cuestionarios, como la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, la prevalencia media llega a 29%.^{26,27}

Etiología

- Hipótesis de las monoaminas: existe un déficit funcional de noradrenalina y serotonina en las regiones límbicas del cerebro.
- Hipótesis del estrés crónico: los niveles elevados de estrés de forma crónica modifican las funciones tróficas del sistema nervioso central, impidiendo una adecuada señalización, la conducción y la plasticidad neuronal.
- Hipótesis neurotrófica: las proteínas neurotrofinas (factor de crecimiento nervioso y el factor neurotrófico derivado del cerebro) regulan la neurogénesis y la plasticidad neuronal, por lo que la reducción de su concentración afecta las funciones límbicas.
- Hipótesis proinflamatoria: las citocinas proinflamatorias alteran la neuroplasticidad, ocasionando atrofia y muerte neuronal, lo que desencadena las manifestaciones depresivas.

En general existe un mayor riesgo para las personas de desarrollar trastornos depresivos asociados a interacciones de la vulnerabilidad genética con el ambiente (cuadro XX-4 y figura XX-3).²⁸

Diagnóstico

El diagnóstico de depresión es difícil de realizar en los pacientes con enfermedades terminales, debido a que la tristeza y el duelo se presentan como respuestas esperadas después del diagnóstico

P	• Psicomotricidad disminuida o aumentada	A	• Apetito y peso (disminución o aumento)
S	• Sueño alterado (aumento o disminución)	C	• Culpa y autorreproche
I	• Interés reducido	E	• Energía disminuida, fatiga
C	• Concentración disminuida	P	• Pensamientos suicidas

Figura XX-3. Manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. Modificado de la referencia 30.

y durante la evolución de la enfermedad, y se encuentran asociados a otros signos, como fatiga, anorexia y alteraciones del sueño, los cuales pueden ser atribuibles a la propia enfermedad de base o a los medicamentos utilizados en su tratamiento.

Es necesario realizar una historia clínica detallada basándose en los síntomas emocionales y cognitivos más que en los síntomas somáticos y la exploración física dirigida.²⁹

Se evalúan las siguientes características:

- Duración y número de los episodios.
- Intensidad de los síntomas.
- Apoyo psicosocial (relaciones interpersonales y redes de apoyo).
- Grado de disfunción.
- Riesgo de suicidio.

Y también las siguientes preguntas:

- ¿Ha notado disminución del placer o el interés en las cosas que antes sí disfrutaba?
- ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido?

El cuestionario de depresión de Beck consta de 21 preguntas que tienen cuatro opciones con una posible calificación de 0 a 3, las cuales evalúan la tristeza, el pesimismo, la sensación de fracaso, la pérdida de placer, el sentimiento de culpa, el sentimiento de castigo, la inconformidad con uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas, la pérdida de interés, la indecisión, la pérdida de energía, los hábitos de sueño, la irritabilidad, los cambios en el apetito, los problemas de concentración, la fatiga y la pérdida de interés en el sexo, entre otros elementos. Se obtiene una calificación final de 0 a 63 puntos, los cuales indican la severidad de los síntomas (figura XX-4).³⁰

- De 0 a 13 puntos: sin depresión.
- De 14 a 19 puntos: depresión leve.
- De 20 a 28 puntos: depresión moderada.



Figura XX-4. Valoración en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI".



Figura XX-5. Manejo de los trastornos depresivos. Modificado de Hernán G *et al.*: Depresión y ansiedad en pacientes terminales.

- De 29 a 63 puntos: depresión grave.

Tratamiento

Para el tratamiento inicial en el área de cuidados paliativos se necesita realizar intervenciones estructuradas (figuras XX-5 y XX-6).

La depresión mayor en los cuidados paliativos es tratable; sin embargo, en el estudio *Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer* de la Universidad de Oxford en 2014 se encontró que más de 70% de los pacientes en esta área no estaban recibiendo un tratamiento efectivo.

Se debe realizar una evaluación médica completa en todos los pacientes para valorar las posibles situaciones médicas generales que contribuyan al estado de ánimo deprimido. Por esta razón, en

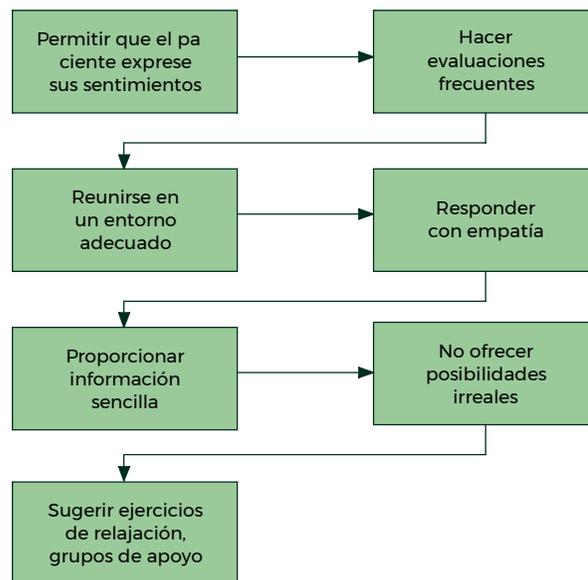


Figura XX-6. Manejo de los trastornos depresivos. Modificado de Hernán G *et al.*: Depresión y ansiedad en pacientes terminales.

Cuadro XX-5. Manejo farmacológico de los trastornos depresivos

Primera elección		
Fármaco	Dosis inicial	Dosis terapéutica
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina		
Citalopram	10 mg/día	De 20 a 40 mg/día
Fluoxetina	10 mg/día	De 20 a 80 mg/día
Paroxetina	10 mg/día	De 20 a 60 mg/día
Sertralina	25 mg/día	De 50 a 300 mg/día
Inhibidores no selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina		
Venlafaxina	75 mg/día	De 75 a 225 mg/día
Otro mecanismo de acción		
Anfebutamona	150 mg/día	De 150 a 300 mg/día
Reboxetina	4 mg/día	De 4 a 12 mg/día
Segunda elección		
Fármaco	Dosis inicial	Dosis terapéutica
Antidepresivos tricíclicos		
Amitriptilina	25 mg/día	De 75 a 300 mg/día
Imipramina	25 mg/día	De 75 a 225 mg/día

Modificado de *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y Recomendaciones*. México, CENETEC, 2019

el momento de iniciar el tratamiento antidepresivo es indispensable lograr el control de los síntomas prevalentes, particularmente el dolor.

Si la depresión se mantiene una vez que se logra el control del dolor y no es posible identificar otra causa médica, se justifica el inicio de una terapia específica.³¹

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina son utilizados como primera línea en el tratamiento de la depresión. En el caso de los pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia es importante tener mayor precaución con las interacciones farmacológicas.

Además, los fármacos como la fluoxetina, la sertralina, la paroxetina y la fluvoxamina inhiben la transformación de fármacos antineoplásicos a través del CYP4503A4, generando disminución de su eficacia o mayor toxicidad.³⁰

El régimen terapéutico de los antidepresivos se recomienda con el uso de las dosis incluidas en el cuadro XX-5.

La duración del antidepresivo estará en función de la evolución del paciente.

SUICIDIO

Definición

La primera vez que la Organización Mundial de la Salud definió el suicidio fue en 1986, refiriéndose a él como el “acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”.

Existen diferentes términos que es importante mencionar:

- Ideas de muerte: pensamientos en relación con la muerte sin intención de suicidio.
- Amenaza suicida: acción verbal o no verbal que predice la conducta suicida futura.
- Plan suicida: régimen propuesto con la finalidad de llevar a cabo una conducta suicida.
- Ideación suicida: pensamientos en relación con el suicidio con intención de ejecutarlo con o sin la presencia de un régimen establecido para consumir el acto.



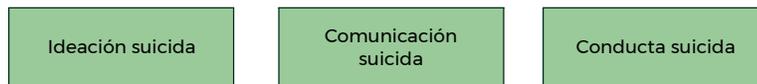


Figura XX-7. Nomenclatura y clasificación de la conducta suicida. Modificado de Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales. Gobierno de México.

- Conducta suicida: conducta autoinfligida con evidencia implícita de:
 - El paciente desea utilizar la aparente intención de morir con alguna otra finalidad distinta a suicidarse.
 - La persona presenta algún grado determinado o no de intención de acabar con su vida.

El paciente desea utilizar la aparente intención de morir con alguna otra finalidad. La última tiene como resultado la presencia de lesiones que pueden llegar a la defunción, entre las cuales se encuentran:

- **Autolesión/gesto de suicidio.** Acto en el que existe evidencia implícita o explícita en la que el paciente no tiene la verdadera intención de morir, sino que emplea la aparente intención de la misma conducta con otro fin diferente al de fallecer.
- **Conducta suicida no determinada.** Existe un grado no determinado de intencionalidad.
- **Intento de suicidio.** Conducta en la que existe evidencia implícita o explícita de que el paciente tiene la verdadera intención de consumir el acto de morir, pero no se ha llegado al resultado fatal.
- **Suicidio.** Muerte consumada provocada de un acto autoinfligido en el que la persona contaba con la intención de provocar su propia defunción (figura XX-7).³²

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 700,00 personas se suicidan anualmente. Es importante mencionar que por cada suicidio consumado existen múltiples intentos fallidos previos. En México se desconoce la cifra exacta de su impacto, debido a que existe estigmatización del tema; sin embargo, con base en los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía se registraron 5,909 suicidios en 2013, lo que equivale a 1% del total de las muertes registradas en el país.³²

Factores de riesgo

Relacionados con enfermedad terminal

Se ha descrito que los pacientes con enfermedades en situación terminal tienen un riesgo elevado en comparación con otro tipo de población. Hay estudios con evidencias que las ideas de suicidio aumentan al primer año de diagnóstico de cáncer con un riesgo relativo de 12.6%.³³ Druss y Pincus demostraron en un estudio que los pacientes con cáncer tienen cuatro veces más probabilidad de intentar un suicidio.^{34,35}

Hay evidencia de que según el tipo de cáncer —de vejiga, de riñón y de próstata— se desarrolla un mayor riesgo de suicidio, en comparación con otros tipos, como el cáncer de tiroides, con un riesgo muy parecido al de la población general.³⁶⁻³⁸

Relacionados con factores diferentes a la enfermedad terminal

Los factores de riesgo tienen un peor pronóstico si se unen a los que el suicidio tiene *per se*, que incluyen sensación de no disfrutar nada, ansiedad o pánico, insomnio, desesperanza, desesperación, psicosis, alucinaciones, trastorno de personalidad, trastorno afectivo, estrés postraumático,

M	• Masculina	P	• Pensamiento irracional
E	• Edad < 20 o > 45 años	A	• Apoyo emocional inadecuado
D	• Depresión	P	• Plan elaborado
I	• Intento previo	S	• Soltero
A	• Abuso de alcohol	E	• Enfermedad

Figura XX-8. Escala para valorar el riesgo de suicidio. Modificado de la referencia 42.

historia de abuso o trauma, uso de sustancias, impulsividad, agresividad, pérdida reciente o anticipada, humillación o vergüenza, falta de apoyo social, aislamiento, acceso a métodos (armas) y ausencia o disminución de los factores protectores, como la habilidad para manejar el estrés y la frustración, el sentido de responsabilidad hacia otras personas, el apoyo social, la razón para vivir, las creencias religiosas, la relación terapéutica positiva, el compromiso escolar o laboral, el miedo a la muerte y las actitudes culturales, espirituales o morales negativas hacia el suicidio.³⁹

Aunque es necesaria una mayor investigación para precisar las cifras exactas, entre 2020 y 2021 se documentó un incremento a niveles mundial y nacional del número de reportes de suicidios, producto del confinamiento y elementos asociados secundarios al COVID-19, incluyendo como grupo de factor de riesgo a los pacientes, los familiares y el personal sanitario, por lo que el impacto de la pandemia secundaria al virus SARS-CoV-2 cobró una importancia de reconocimiento como factor de riesgo de suicidio.⁴⁰

Para determinar el riesgo existe una escala denominada SAD PERSON, por su acrónimo en inglés, conformada por la inicial de los 10 ítems a evaluar que la comprenden, dando un punto por cada factor positivo que se posea. Puede ser evaluada de la siguiente manera: de 0 a 2 puntos riesgo bajo de suicidio, 3 o 4 puntos riesgo moderado, 5 o 6 puntos riesgo alto y más de 7 puntos riesgo muy alto (figura XX-8).⁴¹

Cuadro clínico

En relación con la severidad y la intensidad de la conducta suicida, se utilizan los criterios de letalidad del intento suicida, haciendo referencia a los grados alto, medio y bajo.

- **Alto grado:** lanzarse de gran altura, ahorcarse, usar arma de fuego, aventarse a un vehículo en movimiento.
- **Grado medio:** intoxicación con medicamentos (opioides y opiáceos) en combinación con etanol u otras sustancias tóxicas, así como cortes profundos de los vasos sanguíneos.
- **Grado bajo:** ingesta de medicamentos en dosis no letales (benzodiazepinas, analgésicos) y cortes superficiales de los vasos sanguíneos.

Hay que considerar las situaciones específicas del entorno, como el aislamiento social, la intervención de terceras personas, la intención secreta y la elaboración de una carta suicida.³²

TAMIZAJE

Se puede emplear el algoritmo utilizado en el Hospital General de Massachusetts y en los servicios de atención de salud de Harvard (*Harvard Partners Healthcare*) con el objetivo de priorizar los tratamientos mediante una serie de criterios predeterminados (figura XX-9).

En caso de que se presente directamente el paciente con conducta suicida se puede emplear el algoritmo mexicano propuesto por Molina López (figura XX-10).

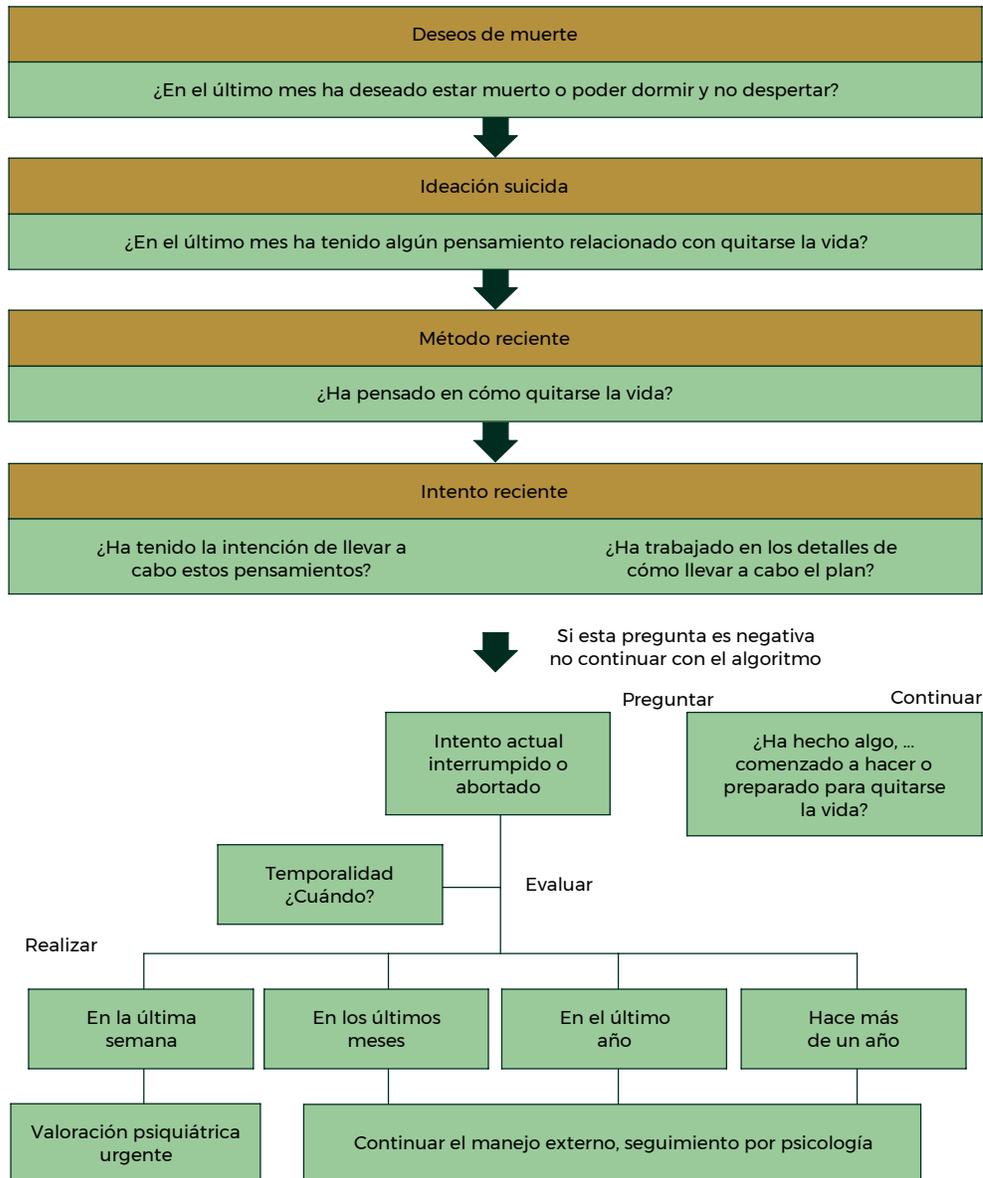


Figura XX-9. Diagnóstico y manejo. Modificado de Hospital General de Massachusetts, *Harvard Partners Health*.

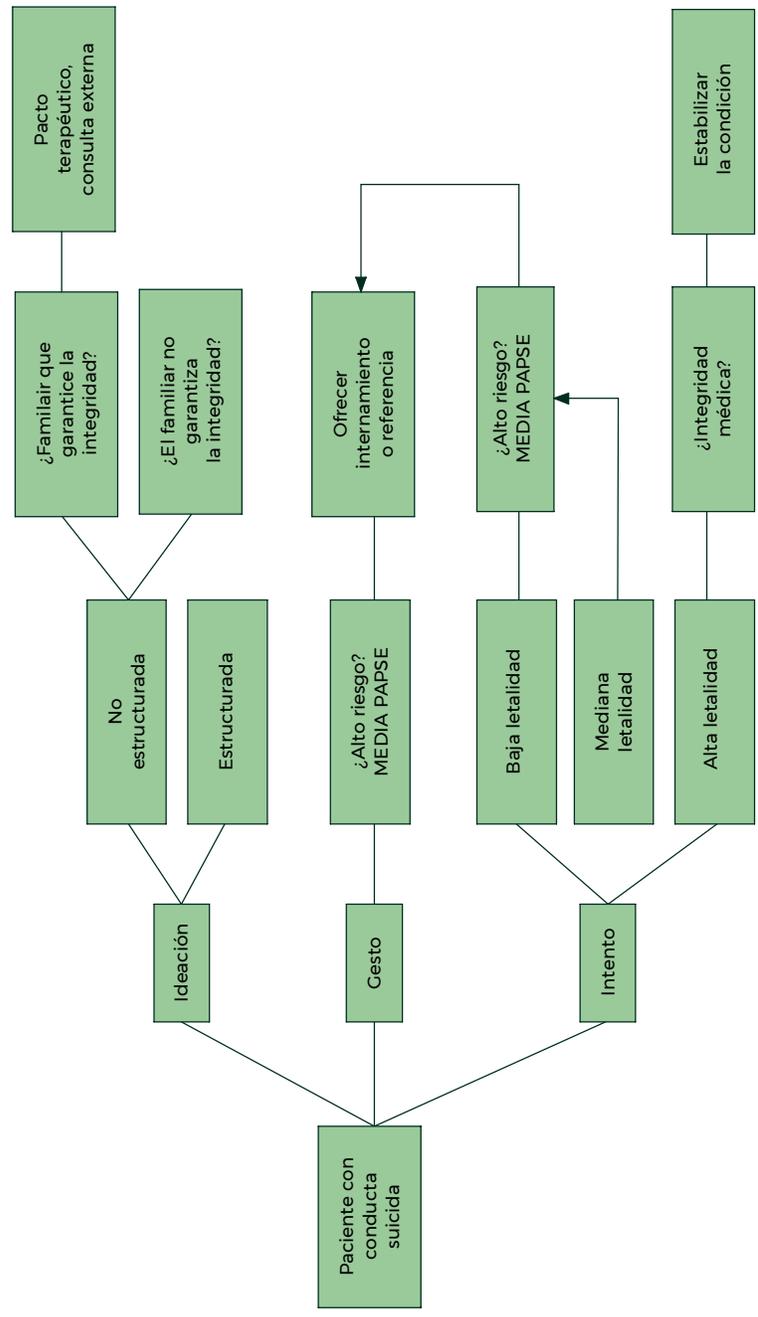


Figura XX-10. Manejo del paciente con conducta suicida. Modificado de Guía de práctica para la atención del paciente de conducta suicida en hospitales generales.

Puntos para considerar:

- Ante la ausencia de una red de apoyo sólida hay que considerar la referencia del paciente, a pesar de que sólo se identifique la idea de muerte no estructurada.
- Siempre considerar la historia del gesto o el intento suicida en el paciente y la familia.
- Corroborar la información con un familiar.

Otros aspectos importantes

Sufrimiento espiritual

Debido a que para muchos pacientes el bienestar espiritual es considerado crucial para hacer frente a una enfermedad terminal, Rousseau sugiere un enfoque para el tratamiento de la espiritualidad compuesto por los siguientes pasos:⁴²

1. Manejar los síntomas físicos.
2. Proporcionar apoyo.
3. Contemplar en retrospectiva las situaciones de vida para contribuir a reconocer el propósito, el valor y el significado.
4. Explorar los sentimientos de culpa, el remordimiento, el perdón y la reconciliación.
5. Promover la expresión religiosa.
6. Reconsiderar los objetivos.
7. Fomentar la práctica de la meditación para centrarse en la curación en lugar de curar.

Desmoralización

Se hace alusión al síndrome de desmoralización en el paciente en situación terminal, consistente en la tríada de la figura XX-11.

Por ello Kissane y col. propusieron el siguiente enfoque terapéutico multimodal:⁴²

- Asegurar la continuidad de la atención para el abordaje de los síntomas afectivos.
- Garantizar la dignificación de la muerte.
- Garantizar la continuidad de la atención y el síntoma activo.
- Garantizar la dignidad en el proceso de morir.
- Emplear la variedad de psicoterapia para ayudar a mantener un sentido de significado, limitar el deterioro cognitivo y mantener las relaciones familiares (es decir, psicoterapia cognitivo-conductual, interpersonal y familiar con base en el significado).
- Prestar atención a los asuntos espirituales.
- Uso de tratamiento farmacológico para padecimientos concomitantes, como ansiedad, depresión y *delirium*.

Pérdida del significado

Se ha propuesto una línea de psicoterapia que consiste en intervenciones centradas en el significado “dirigida a pacientes con enfermedades terminales y que tiene como fundamento la idea de que la voluntad tiene como significado un impulso inherente para conectarse con algo más grande que las propias necesidades, y que a través de la comprensión de este significado, cada ser es capaz de encontrar el significado y la autotranscendencia, particularmente en momentos de intenso sufri-

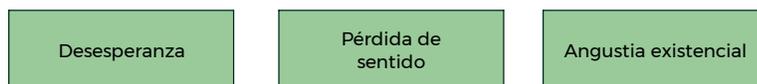


Figura XX-11.

miento psicológico y físico. Consiste en un total de ocho intervenciones, cada una de entre 60 y 90 min con diferentes ejercicios didácticos y debates de temas centrados en el significado de las enfermedades terminales.⁴²

CONCLUSIONES

La comprensión de las diferentes complicaciones psiquiátricas en el contexto de los cuidados paliativos es indispensable para los médicos y el equipo de atención multidisciplinaria para poder participar de manera anticipatoria, oportuna y eficaz en la detección de ellas y, por tanto, poder ofrecer un tratamiento destinado a mejorar la calidad de vida del paciente.

En la actualidad el suicidio es la consecuencia final de un cuadro depresivo o ansioso. Normalmente está descrito como un acto de violencia hacia uno mismo, por lo que es elemental su vigilancia. En la actualidad la pandemia por el COVID-19 fue un estresor vital y de salud que ha condicionado un incremento de la prevalencia de ansiedad y depresión. La población oncológica es un grupo vulnerable por sus condiciones médicas, sociales y biológicas que forma parte del grupo con complicaciones graves y otras complicaciones neuropsiquiátricas, por lo que es importante un manejo interdisciplinario con los servicios de salud mental, como psicología, tanatología y psiquiatría, ya que un padecimiento oncológico repercute en la calidad de vida de los pacientes y los familiares.

A excepción de una situación de urgencia psiquiátrica (paciente con intento suicida), la primera línea de tratamiento la constituyen las intervenciones psicoterapéuticas. La segunda línea de tratamiento consiste en brindar apoyo mediante tratamiento farmacológico, que consiste en analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos, considerando que su uso debe ser encaminado a tratar el padecimiento más importante en el momento de la evaluación, contribuyendo así a la mejoría clínica de dichas complicaciones.

Las complicaciones psiquiátricas son un tema controversial en los cuidados paliativos; no obstante, el personal de atención médica sanitaria debe contar con capacidades diferentes, como no juzgar y ser empático, permitiendo así brindarle al paciente la mejor calidad de atención en el contexto de los cuidados paliativos.

REFERENCIAS

1. **Ascencio L, Huertas LA:** Adaptación en español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: confiabilidad y análisis factorial. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)* 2015.
2. Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía del Manejo Integral de Cuidados Paliativos. *DOF*, 2014.
3. **Antunes B, Rodríguez PP, Higginson IJ, Ferreira PL:** Determining the prevalence of palliative needs and exploring screening accuracy of depression and anxiety items of the Integrated Palliative Care Outcome Scale—a multi-center study. *BMC Palliative Care* 2020;19(1).
4. **Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW:** From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* 2018;9(1):46-56.
5. **Miller K, Massie MJ:** Depression and anxiety. *Cancer J* 2006;12(5):388-397.
6. **Reiche E, Nunes S:** Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncol* 2004;5(10):617-265.
7. **Hawkins NA, Soman A, Buchanan LN, Leadbetter S, Rodríguez JL:** Use of medications for treating anxiety and depression in cancer survivors in the United States. *J Clin Oncol* 2017;35(1):78-85.
8. **Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun II, Breitbart WS et al.:** Distress management, Version 3.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2019;17(10):1229-1249.
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía: *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero). Datos nacionales.* Comunicado de prensa núm. 74/22. 2022.

10. **Nogales L:** Validación del índice pronóstico de supervivencia (Pap Score) en cuidados paliativos. *Gac Mex Oncol* 2017;13(3):162-166.
11. **Von Blanckenburg P, Leppin N:** Psychological interventions in palliative care. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31(5):389-395.
12. Clínica Universidad de Navarra: *Diccionario Médico: compilación*. 2022.
13. American Psychiatric Association: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. 5ª ed. México, Médica Panamericana, 2017.
14. **Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L:** A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav* 2016;6(7).
15. **Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M:** Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):485-491.
16. **Benítez R, Cabrejas A:** Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria* 2002;30(3).
17. **Spencer R, Nilsson M, Wright A, Pirl W, Prigerson H:** Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *PubMed Cancer* 2010;116(7):1810.
18. **Anderson WG, Alexander SC, Rodríguez KL:** "What concerns me is..." Expression of emotion by advanced cancer patients during outpatient visits. *Support Care Cancer* 2008;16(7):803-811.
19. **Bower ES, Wetherell JL, Mon T, Lenze EJ:** Treating anxiety disorders in older adults. *Harv Rev Psychiatry* 2015;23(5):329-342.
20. **García F:** *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018.
21. **Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I et al.:** Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (the Esprit study). *Transl Psychiatry* 2015;5(3).
22. *Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y recomendaciones*. México, CENETEC, 2019.
23. **Walker J:** Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. *Lancet Psychiatry* 2014;1(5):343.
24. **Sanz J:** Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clín Salud* 2014;25(1):39-48.
25. **Gavira A, Ruiz F:** *Guía de práctica clínica para la atención de pacientes en cuidado paliativo*. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2016.
26. Organización Mundial de la Salud: *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Situación mundial*. Ginebra, 2013.
27. **Landa E, Cárdenas G:** Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: una revisión. *Salud Mental* 2014;37:415-422.
28. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos: *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2018.
29. **Pérez E, Cervantes V, Salgado H:** Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed* 2017;28:89-115.
30. **Lyness, J:** Unipolar depression in adults: assessment and diagnosis. *UpToDate* 2022.
31. **Irwin S, Hirst J:** Overview of anxiety in palliative care. *UpToDate* 2022.
32. *Guía de práctica clínica. Cuidados paliativos en pacientes adultos*. México, CENETEC, 2017.
32. *Guía práctica para la atención del paciente con conducta suicida en hospitales generales*. Gobierno de México, 2017.
34. **Ahn MH, Park S, Lee HB et al.:** Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology* 2015;24(5):601-607.
35. **Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ et al.:** Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: a population-based study. *Cancer* 2019;125(6):972-979.
36. **Druss B, Pincus H:** Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illness. *Arch Intern Med* 2000;160(10):1522-1526.
37. **Klaassen Z, Jen RP, DiBianco JM et al.:** Factors associated with suicide in patients with genitourinary malignancies. *Cancer* 2015;121(11):1864-1872.

38. **Osazuwa PN, Simpson MC, Zhao L et al.:** Suicide risk among cancer survivors: head and neck *versus* other cancers. *Cancer* 2018;124(20):4072-4079.
39. **Lorente D, Burke M, Gregory G et al.:** Prostate cancer: a significant risk factor for late-life suicide. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015;13(3):195-201.
40. **Benítez É:** Suicidio: el impacto del COVID-19 en la salud mental. *Med Ética* 2021;32(1).
41. *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.* España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.
42. **Rangel C, Suárez M:** Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Rev Fac Med* 2015;63(4):707-716.







IMSS

CAPÍTULO XXI

Delirium y delirium terminal

Brian Eduardo Sangtiago Meneses, Flavio César Méndez Porto



RESUMEN

El *delirium* es un síndrome de carácter agudo en el que existe una disrupción en la atención, la conciencia y la cognición, que genera como consecuencia una condición médica que no puede ser explicada por una sola etiología. Hasta el momento se sabe que existen factores predisponentes y precipitantes que inducen la etiopatogenia de dicha enfermedad, pero es probable que existan varios procesos neurobiológicos que contribuyan a la patogenia del delirio, incluida la neuroinflamación, la disfunción vascular cerebral, el metabolismo cerebral alterado, el desequilibrio de los neurotransmisores y el deterioro de la conectividad de la red neuronal.

Hasta el momento el estándar de referencia es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-5), y es el sistema de diagnóstico más utilizado. Sin embargo, actualmente se cuenta con nuevas estrategias que implementan eficazmente la detección, el tratamiento y la prevención del delirio, aunque sigue siendo un desafío importante para las organizaciones de atención de la salud en todo el mundo. Asimismo, los tratamientos farmacológicos para el delirio (como los fármacos antipsicóticos) no son efectivos, lo que refleja brechas sustanciales en la comprensión de su fisiopatología.

Actualmente las mejores estrategias de manejo son las intervenciones multidominio que se enfocan en el tratamiento de las condiciones precipitantes, la revisión de medicamentos, el manejo de la angustia, la mitigación de las complicaciones y el mantenimiento del compromiso con los problemas ambientales. La implementación eficaz de estrategias de detección, tratamiento y prevención del delirio sigue siendo un desafío importante para las organizaciones de atención de la salud en todo el mundo, aunque se han desarrollado muchas otras herramientas de detección del delirio, dada la impracticabilidad del uso del DSM-5 en la práctica clínica.

METODOLOGÍA

A través de la base de datos de PubMed, mediante las palabras clave “*delirium*”, “*delirium and cancer*” y “*delirium and palliative care*”, y la ayuda de motores de búsqueda adicionales, como *MD Consult* y *Google Académico*, se logró recopilar distintos artículos de alto impacto que fueron la base científica y académica para redactar el presente capítulo.



DEFINICIÓN

El *delirium* es la expresión clínica de una encefalopatía aguda de etiología diversa; un síndrome neuropsiquiátrico grave y frecuente caracterizado por múltiples alteraciones cognoscitivas y del estado de vigilia, de inicio súbito y carácter fluctuante. La prevalencia de esta entidad aumenta de manera exponencial hacia el final de la vida (de días a semanas), especialmente en los pacientes con patologías graves que merman la reserva funcional, como el cáncer en estadios avanzados, y que perpetúa el sufrimiento hasta el final de la enfermedad, denominándose así *delirium* terminal.¹

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del *delirium* varía considerablemente por grupo de pacientes y su entorno. Es frecuente en los adultos mayores en el momento del ingreso hospitalario y durante la estancia, con una prevalencia total de 23%. El *delirium* posoperatorio oscila entre 15 y 25% tras cirugía electiva y alcanza hasta 50% de manera secundaria a procedimientos quirúrgicos de alto riesgo, así como intervenciones de urgencia. En los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos y/o que requieren ventilación mecánica la prevalencia del *delirium* aumenta hasta 80%. La incidencia acumulada al final de la vida ha sido mayor de 85%.²

Una revisión sistemática de 42 estudios de 2019 acerca del *delirium* en el contexto de los cuidados paliativos denotó una prevalencia de 4 a 12% en la comunidad, de 9 a 57% en los pacientes evaluados en consulta externa hospitalaria y de 6 a 74% en el área de hospitalización, con una prevalencia agrupada de 35%. El *delirium* hipoactivo es el subtipo más frecuente en los pacientes con cáncer y suele ser subdiagnosticado por el equipo médico paliativista hasta en 61% de los casos.³

El amplio rango de prevalencia del *delirium* en todos los entornos refleja la interacción entre los distintos tipos de pacientes, quienes varían en edad, reserva funcional, fragilidad, número y gravedad de los factores precipitantes. El *delirium* causa un impacto psicológico importante tanto en los pacientes convalecientes como en los familiares, los cuidadores y el equipo médico tratante.⁴

FACTORES DE RIESGO

La posibilidad de desarrollar síndrome de *delirium* está en función de los factores de riesgo y los factores precipitantes. Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, alteraciones cognitivas (síndrome neurocognitivo mayor o retraso en el neurodesarrollo), fragilidad, dependencia funcional en las actividades cotidianas, comorbilidades cardiovasculares y renales y trastornos psiquiátricos, incluyendo depresión, consumo de alcohol, desnutrición, anemia y alteraciones sensoriales de la visión y/o la audición.⁵

Los factores precipitantes constan de condiciones médicas agudas, sepsis, hipoglucemia, eventos cerebrovasculares, falla hepática, cirugía, deshidratación, impactación fecal, retención urinaria y estrés psicológico por cambios en el entorno conocido e introducción y/o retiro de medicamentos, de los cuales las benzodiazepinas, los calcioantagonistas, los dihidropiridínicos, los antihistamínicos y los opioides son los de mayor riesgo. En promedio suelen identificarse tres factores precipitantes de manera conjunta, pero se extiende hasta seis condiciones precipitantes. Los factores de peor pronóstico comprenden edad avanzada, fenotipo de fragilidad, presencia previa de *delirium* de tipo hipoactivo, larga duración y gravedad del episodio, así como persistencia a pesar del tratamiento, generando en este subtipo de presentación el pronóstico más pobre (figura XXI-1).⁵⁻⁷

FACTORES DE RIESGO EN EL CONTEXTO PALIATIVO

Aunque el *delirium* es reversible entre 25 y 68% de los casos, se identifica alguna causa etiológica en menos de la mitad de los pacientes. La etiología observada con más frecuencia en este grupo de

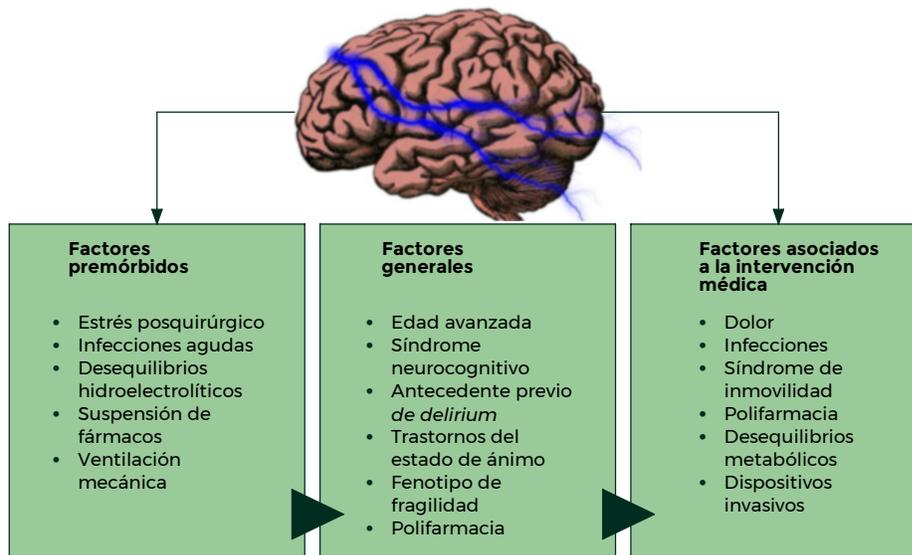


Figura XXI-1. Interrelación entre los distintos factores de riesgo y la aparición del síndrome de *delirium*. Elaborada por los autores con base en la referencia 6.

pacientes es el uso de opioides, que es una causa frecuente de *delirium* hiperactivo que puede ser corregido y/o evitado a través de la rotación equianalgésica de opioides y la reducción de la dosis. Otros factores son también el uso de corticosteroides, benzodiazepinas y neuromoduladores.⁸

Otras causas frecuentes en el paciente oncológico incluyen efectos adversos de la quimioterapia y la radioterapia, metástasis cerebrales, carcinomatosis leptomenígea, hipoxia, anormalidades hidroelectrolíticas y síndromes paraneoplásicos. Por lo anterior, y dado el pobre pronóstico del *delirium*, es importante ajustar las metas de tratamiento de forma individualizada y establecer un canal de comunicación efectiva con cada paciente y sus cuidadores.^{8,9}

FISIOPATOLOGÍA

Es una entidad clínica producida por la suma de un estado neurológico predisuesto debido a factores precipitantes, aunado a alteraciones propias del sujeto como disfunciones estructurales, especialmente corticales y subcorticales que han mostrado mayor afección en el nivel de conciencia y atención. Lo mencionado se debe a diferentes mecanismos que desencadenan la patología, como se puede observar en el cuadro XXI-1. Aunque cabe aclarar que es difícil que el *delirium* se manifieste por sí solo, siempre habrá un factor externo o precipitante que inicie las vías de señalización que den comienzo a la fisiopatología. En los estudios clínicos es posible identificar las contribuciones de múltiples factores desencadenantes y procesos como la hipoxia, la inflamación y la sedación.¹⁰

ETIOPATOGENIA DEL DELIRIUM

Las personas con mayor riesgo son los adultos mayores, debido a que una deficiencia en la conectividad de la red cerebral se ve afectada por el envejecimiento y la neurodegeneración que afectan las poblaciones de neuronas colinérgicas y noradrenérgicas; en diferentes estudios esto se puede denominar punto de partida o “primer *hit*”. A lo anterior se suman los factores precipitantes que tienen en común una respuesta proinflamatoria exagerada, lo que promueve un estado crónico de esta

Cuadro XXI-1. Factores de riesgo precipitantes de *delirium*

Factor de riesgo	Ejemplo
Alteraciones cerebrales	Infecciones del sistema nervioso central, traumatismo craneoencefálico, encefalopatías y patologías psiquiátricas
Cambios asociados al metabolismo	Alteraciones hidroelectrolíticas, endocrinas, hipoxemia, alteraciones metabólicas, deficiencias nutricionales y estados hiperosmolares e hipoosmolares
Alteraciones físicas	Quemaduras, hipotermia, hipertermia y traumatismos que desarrollan estados inflamatorios sistémicos
Infecciones	Sepsis, infecciones de las vías urinarias e infecciones sistémicas
Falla orgánica	Falla cardíaca, falla renal, falla hepática, leucemias, estados tromboticos y patologías pulmonares
Fármacos	Medicamentos (analgésicos, antibióticos, antivirales, anticolinérgicos, anti-convulsivantes, antidepresivos, antihipertensivos, corticosteroides, agonistas de dopamina, hipoglucemiantes, antieméticos, antiespasmódicos, sedantes, relajantes musculares, neurolépticos, antihistamínicos)

Elaborado por los autores con base en la referencia 11.

condición. Esto altera el sistema de recaptura de los neurotransmisores que afecta las células de la glía, sobre todo los astrocitos sufren alteraciones metabólicas al perder las interacciones con las neuronas sanas durante la neurodegeneración, lo que tendrá una repercusión importante en el metabolismo cerebral (“segundo *hit*”). Las alteraciones en el metabolismo sumado a la neurodegeneración desencadenan el “tercer *hit*”, donde hay cambios vasculares (isquemia y necrosis) con predominio de una baja perfusión cerebral, que como resultado genera la interrupción del transporte de importantes proteínas plasmáticas al cerebro y fugas de la barrera hematoencefálica, lo que puede hacer que el cerebro sea más vulnerable a las interrupciones del suministro de energía u oxígeno y a los efectos de las moléculas inflamatorias circulantes.^{10,11}

Se debe tener en cuenta que el proceso de envejecimiento ocasiona deterioro renal y hepático, provocando un enlentecimiento del metabolismo y de la eliminación de fármacos. El daño de la barrera hematoencefálica puede aumentar la permeabilidad de los medicamentos administrados sistémicamente que pueden tener efectos psicoactivos y nocivos sobre la función cerebral. Por tanto, los trastornos agudos que ocurren durante una enfermedad aguda o un trauma tienen más efectos en un cerebro vulnerable que en un cerebro joven y saludable.¹¹

METABOLISMO ENERGÉTICO CEREBRAL

El cerebro es un órgano dependiente que requiere una gran cantidad de glucosa y oxígeno, por lo que su privación puede iniciar con manifestaciones histológicas y clínicas en la enfermedad aguda. Inicia con la incapacidad de cumplir los requisitos de energía. Se sabe que las neuronas, como los astrocitos, utilizan la glucosa suministrada por la microvasculatura para generar adenosín trifosfato mediante la glucólisis. Asimismo, en la lanzadera de lactato de astrocito-neurona el lactato (Lac) sintetizado por los astrocitos después de la glucólisis se puede exportar para que lo usen las neuronas (se ha demostrado que el Lac es un confiable marcador de daño tisular que suele elevarse en la respuesta aguda en 30 a 50% de los pacientes) que convierten el Lac en piruvato que se importa a la mitocondria y se usa para alimentar el ciclo del ácido tricarboxílico. En la figura XXI-2 se ejemplifican los mecanismos que se suscitan para el inicio de la fisiopatología. La dificultad respiratoria produce hipoxemia y puede causar hipoxia cerebral, limitando el metabolismo energético neuronal, lo que conduce a la fosforilación oxidativa mitocondrial y genera insuficiente energía. Por último, el deterioro de la función de los astrocitos puede limitar su capacidad para liberar glucó-

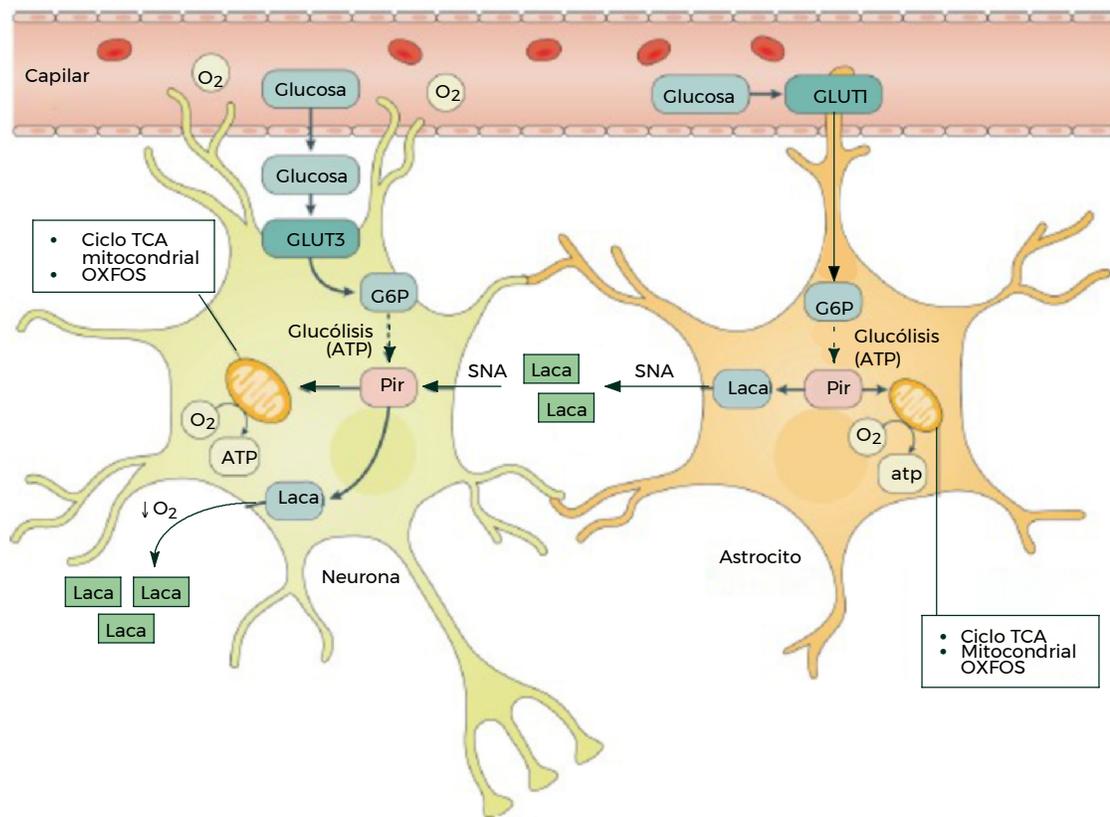


Figura XXI-2. Mecanismos metabólicos que inician los procesos del *delirium*. TCA: ácido tricarbóxico; ATP: adenosin trifosfato; O₂: dióxígeno; SNA: sistema nervioso autónomo. Imagen tomada y modificada de la referencia 12.

geno de las reservas intracelulares, metabolizar la glucosa y proporcionar Lac a las neuronas para el metabolismo energético. Puede limitar la captación de glucosa por parte del endotelio, los astrocitos o las neuronas, restringiendo la glucosa-6-fosfato requerida para la glucólisis y limitando la generación de piruvato requerida para el ciclo del ácido tricarbóxico.^{11,12}

INFLAMACIÓN COMO FACTOR DESENCADENANTE

El estado de estrés producido por dolor o algún daño tisular en el paciente es capaz de condicionar la liberación de moléculas inflamatorias como las interleucinas, las cuales son capaces de alterar la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, propiciando una disfunción en la síntesis y la liberación de neurotransmisores, como acetilcolina, dopamina y adrenalina. Estos estímulos desencadenan la activación de macrófagos tisulares y monocitos sanguíneos y la secreción de mediadores inflamatorios, como interleucinas 1, 1 β y 6, factor de necrosis tumoral y prostaglandina E₂. Estas moléculas pueden cruzar, hasta cierto punto, la barrera hematoencefálica, como se ejemplifica en la figura XXI-3. Los astrocitos estimulados por citocinas producen mayores niveles de quimiocinas, lo que contribuye al reclutamiento de monocitos y otras poblaciones de células inmunitarias en el cerebro, pero su activación también conduce a una pérdida de soporte metabólico para el metabolismo energético neuronal. Los mediadores inflamatorios derivados de la microglía, como interleucina 1 β y factor de necrosis tumoral, afectan directamente la función neuronal para producir tanto

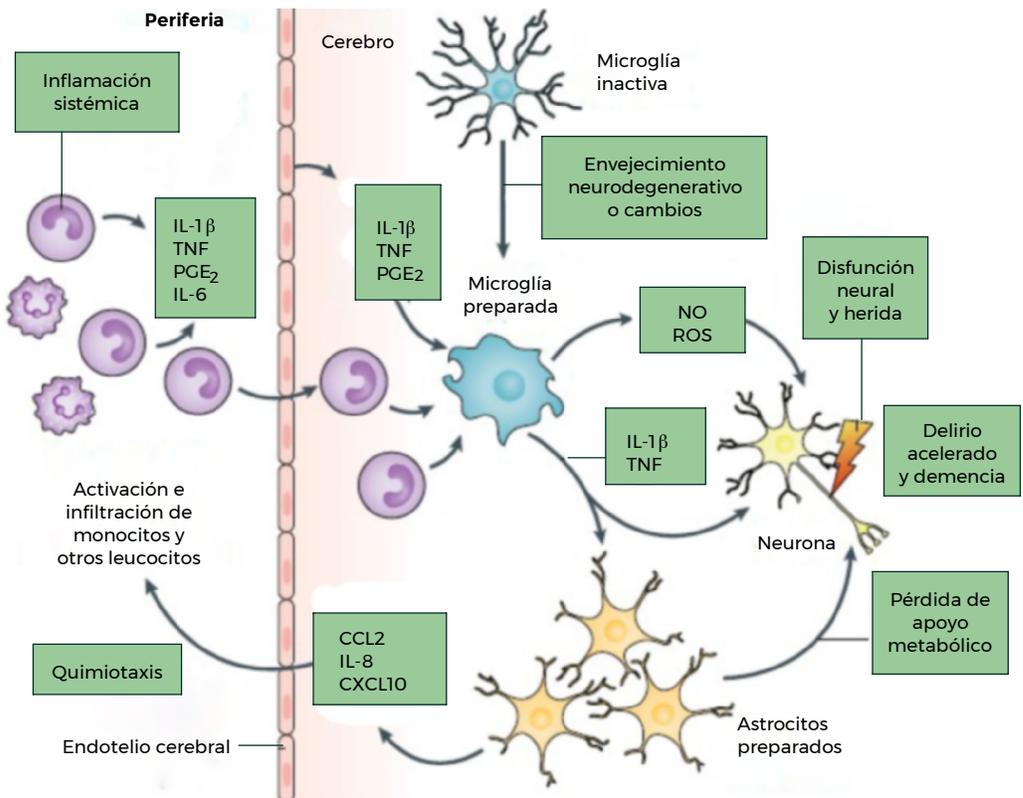


Figura XXI-3. Mecanismos proinflamatorios precipitantes para un estado de delirio acelerado. TNF: factor de necrosis tumoral; IL: interleucina; CCL2: ligando 2 de quimiocina; CXCL10: ligando 10 de quimiocina con motivo C-X-C; PGE2: prostaglandina E2. Imagen tomada de la referencia 12.

disfunción como lesión o muerte celular, lo que en conjunto podría contribuir a las manifestaciones conductuales agudas en el síndrome de delirio.¹²

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas del *delirium* consisten principalmente en inatención, desorientación, alteraciones de la conciencia con un desarrollo súbito y fluctuaciones en el tiempo, según la causa o etiología. Puede comprometer múltiples dominios cognitivos simultáneamente, como orientación, nivel de vigilia, atención, memoria, comprensión y vigilancia, características psicóticas, alteración del estado de ánimo y duración, alteraciones del ciclo sueño-vigilia y respuesta a los estímulos.¹³ La historia natural del *delirium* se caracteriza por la heterogeneidad; su duración varía desde pocos días en la mayoría de los pacientes hasta semanas y meses, lo cual se denomina *delirium* persistente. Cuanto mayor sea la gravedad del síndrome de *delirium* menor será la probabilidad de recordarlo. Sin embargo, si el episodio incluye alucinaciones e ideas delirantes, la posibilidad de recordarlo aumenta (figura XXI-4).¹³

Subtipos de *delirium*

Según las manifestaciones predominantes del síndrome de *delirium*, éste se puede clasificar según el tipo de manifestaciones (cuadro XXI-2).

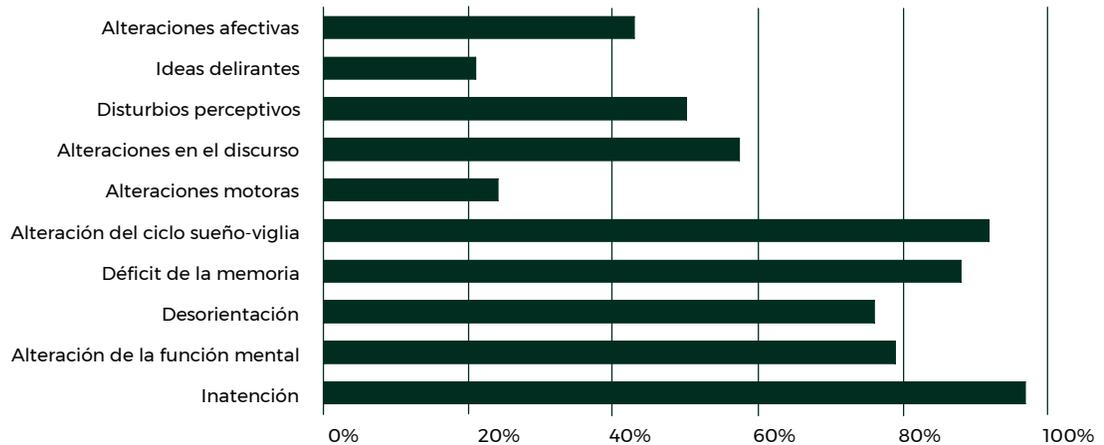


Figura XXI-4. Porcentaje de aparición de los síntomas en el síndrome de *delirium*. Elaborada por los autores con base en la referencia 11.

A pesar de que existe esta clasificación, es elemental decir que en una gran parte de los casos la expresión clínica integra síntomas de ambos subtipos, lo que se conoce como subtipo mixto, y tiene una importancia capital debido a su gran incidencia sobre los otros subtipos.¹⁴

DIAGNÓSTICO

La regla de oro para el diagnóstico del *delirium* es la evaluación clínica mediante los criterios del DSM-5 o la de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.¹⁵

La evaluación del *Confusion Assessment Method* (CAM) valora cuatro puntos claves del *delirium*:

- Cambios en el estado mental y curso fluctuante.
- Inatención.
- Pensamiento desorganizado.
- Nivel de conciencia anormal.

Es la herramienta de diagnóstico más utilizada, lo cual le confiere su importancia en el contexto médico actual, además de que está estandarizada en un contexto paliativo. El diagnóstico requiere la presencia de los dos primeros ítems más el tercero o el cuarto ítem. Esta herramienta tiene una sensibilidad de 82% y una especificidad de 99%. La sensibilidad disminuye cuando no se realiza una evaluación cognitiva previa. Se requiere entrenamiento para aplicar esta evaluación. Existen otras variaciones de ella, como 3D-CAM, bCAM y CAM-ICU. Otra herramienta diagnóstica disponible es 4AT, que consta de cuatro ítems: alerta, cognición, atención y presencia de cambios agudos o curso fluctuante. Tiene 88% de sensibilidad y especificidad.^{15,16}

Cuadro XXI-2. Tipos clínicos de *delirium*

Delirium hiperactivo

- Hiperalerta, agitación, alucinaciones, ideas delirantes, agitación psicomotriz

Delirium hipoactivo

- Hipoalerta, agitación, alucinaciones, ideas delirantes, agitación psicomotriz

Elaborado por los autores con base en la referencia 14.

Cuadro XXI-3. Criterios de diagnóstico para el *delirium* según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición

- a. Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención
- b. Cambios en las funciones cognitivas (déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo
- c. La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- d. Demostración a través de la historia, la exploración física y las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica, debido al consumo de medicamentos o a intoxicaciones por alguna sustancia; síndrome de abstinencia, etiologías múltiples, no especificado

Tomado de Carrera, 2012.

Las escalas validadas para evaluar la gravedad del *delirium* son *Memorial Delirium Assessment Scale* (MDAS) y *Delirium Rating Scale-revised 98*, que son aplicables en los pacientes con cáncer avanzado y enfermedad en situación de últimos días de vida. La valoración inicial del *delirium* implica una revisión general que contemple múltiples posibles desencadenantes del síndrome. Por tanto, se requieren distintos estudios de laboratorio y gabinete justificados, según la anamnesis y la exploración clínica. Algunas presentaciones del *delirium* están causadas por trastornos primarios del sistema nervioso central^{15,16} (cuadro XXI-3).

PREVENCIÓN

Entre todas las estrategias de manejo del *delirium* la mejor evidencia sugiere la reducción de los factores de riesgo comunes para el síndrome de *delirium*. La efectividad de esta estrategia preventiva puede reducir su aparición en hasta 40%. El abordaje más efectivo probado para la prevención consta de intervenciones proactivas, multifactoriales y no farmacológicas, consultas geriátricas y manejo conjunto en los pacientes de alto riesgo quirúrgico (cuadro XXI-4).¹⁷

Cuadro XXI-4. Medidas preventivas primarias para el *delirium*

Medidas generales	Unidades de cuidados intensivos
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento temprano de los factores de riesgo • Valoración diaria • Orientación ambiental • Mantenimiento de la dieta y el estado de hidratación normal • Regulación de los hábitos vesicales e intestinales • Corrección de los desórdenes metabólicos • Optimización cardiorrespiratoria • Identificación y manejo temprano de infecciones y dolor • Movilización diaria y evitación de sujeción • Evitación de antipsicóticos y benzodiazepinas • Higiene del sueño • No existen intervenciones farmacológicas con alto nivel de evidencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones de medidas generales • Sedación superficial • No benzodiazepinas • Movilización temprana • Promoción de rutinas según el horario • Conciencia del entorno y orientación • Retiro de dispositivos vasculares y ventilatorios

Elaboración propia con base en la referencia 12.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Existen distintas entidades que pueden generar confusión debido a las similitudes en el momento de establecer el diagnóstico; las más características son el síndrome neurocognitivo mayor (antes denominado demencia), el trastorno depresivo mayor y los trastornos psicóticos; sin embargo, los estados epilépticos y algunos síndromes neurológicos focales, así como el síndrome del ocaso pueden también compartir características con el síndrome de *delirium*. La manera en la que se puede diferenciar una de otra es a través del reconocimiento característico, recordando que el *delirium* es de inicio súbito, con curso fluctuante y deterioro de uno o más dominios cognitivos, así como estableciendo los factores de riesgo que permiten identificar a la población susceptible.¹⁷

TRATAMIENTO

¿Cuándo hospitalizar al paciente con *delirium*?

No todos los pacientes se benefician de la hospitalización, ya que puede exacerbar el *delirium* en ciertos pacientes. Esta consideración requiere la conjunción de múltiples factores como el momento del diagnóstico, el tiempo de evolución, la estabilidad clínica, la presencia de comorbilidades graves y el apoyo social. Cuando no se presenta alguno de estos factores es imperativo manejar esta entidad de manera intrahospitalaria.

El manejo ambulatorio es opción cuando el diagnóstico se realiza de manera oportuna, se dispone de un entorno seguro para el paciente en casa y se identificó la causa que predispuso al estado de la encefalopatía aguda.^{4,18}

Abordaje terapéutico

El síndrome de *delirium* afecta a los pacientes ambulatorios en situación de últimos días de vida, una parte importante de los pacientes hospitalizados y cerca de la mitad de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos, por lo que su tratamiento representa una gran carga asistencial y de recursos para las diversas instituciones y familias. Falsinger y col. incorporaron el concepto “triángulo destructivo”, en el que el *delirium*, además del pronóstico que le confiere al afectado, tiene un impacto negativo en la salud mental del paciente, su familia y el equipo asistencial; como consecuencia surge un fenómeno de estrés profesional y social que lleva a los cuidadores a exigir un tratamiento dirigido a esta entidad, exigiendo que los equipos médicos y de enfermería administren antipsicóticos y analgésicos opioides de manera desesperada, deteriorando progresivamente al paciente y retroalimentando el círculo vicioso.¹⁸

Aunado a lo anterior, es de vital importancia tener una comunicación adecuada y asertiva con el equipo tratante y la familia, aclarando dudas acerca de esta entidad clínica y siendo transparentes respecto a la forma de tratarlo y su respectivo pronóstico, con el objetivo de tomar la decisión correcta. Clásicamente el tratamiento de *delirium* se conceptúa en no farmacológico y farmacológico. Sin embargo, es importante aclarar que no existe evidencia suficiente y de alta calidad que respalde el tratamiento farmacológico del *delirium*, por lo que es el acercamiento no farmacológico, también llamado multidominio, la piedra angular del tratamiento, pues compromete el manejo de los siguientes aspectos o dominios: establecer medidas preventivas, ajustar y limitar posibles fármacos causantes del *delirium*, corregir las alteraciones fisiológicas, corregir los síntomas propios del síndrome —como la agitación a través de farmacoterapia—, incitar una comunicación efectiva con los pacientes y los cuidadores, promover la educación para todo el círculo comprometido y conversar acerca del pronóstico del paciente que padece dicha afección.^{4,18}

El enfoque multidominio incluye diversas intervenciones y sólo se encamina a la selección de la terapia farmacológica dirigida a las distintas etiologías (p. ej., antibioticoterapia en caso de infección), además del abordaje integral geriátrico, la fisioterapia, la asistencia, la orientación, el soporte

nutricional y el uso de fármacos antipsicóticos sólo en caso de presentar agitación o síntomas psicóticos que puedan comprometer la seguridad del paciente.^{4,18}

El hecho de que una de las vertientes fisiopatológicas del síndrome de *delirium* es el aumento de la proporción de la dopamina como neurotransmisor respecto a la acetilcolina ha llevado a pensar todos estos años que los distintos tipos de antipsicóticos tendrían un papel importante en la resolución de dicho fenómeno; sin embargo, es muy simplista tomar ese concepto, pues las bases neurobiológicas del *delirium* son más complejas, como se mencionó. Los antipsicóticos más utilizados son la clorpromazina, el haloperidol, la olanzapina, la quetiapina, la risperidona, la ziprasidona y el aripiprazol; la dexmedetomidina ha cobrado fuerza en los últimos años, pues lejos de las terapias convencionales ha mostrado una respuesta eficaz. Sin embargo, salvo en el contexto paliativo, el rol de todos estos fármacos permanece incierto, pues no existe evidencia significativa que sustente el beneficio total, la disminución de la gravedad, el tiempo de duración y otros resultados secundarios del uso de estos fármacos.¹⁸

Por este motivo es importante entender que el uso de estos fármacos está reservado únicamente para atender manifestaciones como la agitación, las ideas delirantes y otros síntomas psicóticos cuando no han respondido a las primeras líneas de enfoque multidominio y además se compromete la seguridad del paciente, del equipo médico y de sus cuidadores, siempre individualizando la decisión a cada caso, entorno y contexto clínico. Los efectos secundarios incluyen síndrome extrapiramidal, sedación, síndrome anticolinérgico y el paso de un tipo de *delirium* hiperactivo a uno hipactivo, el cual también representa una forma de estrés importante en el paciente, por lo que además de considerar los riesgos y los beneficios individualizando al paciente, se tiene que encontrar un equilibrio entre el impacto del síndrome de *delirium* y los posibles efectos colaterales del tratamiento antipsicótico.¹⁸

Cuando es manejado un paciente con *delirium* y se considera una terapia farmacológica, eligiendo cualquiera de los fármacos citados, dirigida a un síntoma específico —agitación severa, disturbios perceptuales— o al compromiso de seguridad del paciente y sus cuidadores se usa un esquema corto y con bajas dosis de un antipsicótico. Los pacientes deben ser supervisados constantemente para evaluar el equilibrio mencionado, así como la respuesta terapéutica, y considerar el uso de una benzodiazepina si la agitación es refractaria al tratamiento establecido o en un contexto de síndrome de abstinencia. El principal objetivo del manejo del *delirium* en situación de últimos días de vida y un contexto paliativo, dado su pobre pronóstico, radica en garantizar la comodidad del paciente, garantizando que se encuentre sin dolor, alerta, sin disturbios cognitivos, en paz y con la capacidad de comunicarse con su círculo cercano, pues en este momento trascendental la comunicación puede ser obstaculizada por dicho síndrome.¹⁸

Cuando un paciente con cáncer avanzado presenta un episodio de *delirium* que no responde a cualquier componente del manejo multimodal se reconoce la entidad de *delirium* refractario, el cual es una causa de sufrimiento y distrés para el paciente y su familia, y es la sedación paliativa la única herramienta terapéutica que controla de manera inmediata esta presentación clínica, además del dolor y la disnea severa, ambos refractarios al tratamiento. Se utiliza una selección de fármacos como benzodiazepinas, propofol y dexmedetomidina para alcanzar un estado determinado de sedación en este grupo de pacientes y así poder brindar el objetivo principal del manejo del *delirium* mencionado al inicio. Sin embargo, es importante conocer las normas y las leyes que regulan esta alternativa terapéutica, pues son diferentes en cada país y pueden ser motivo de intervenciones médico-legales (figura XXI-5).^{1,19}

PRONÓSTICO

Hablar con la familia acerca del pronóstico del paciente representa un componente elemental en el manejo multimodal del *delirium*. Un paciente con esta entidad alcanza entre 39 y 44% de mortali-

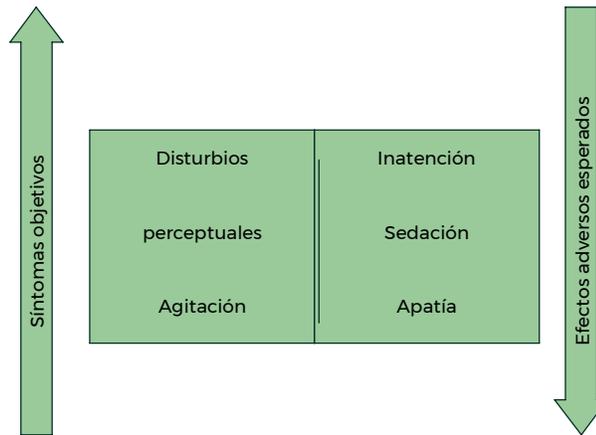


Figura XXI-5. Esquematación con el propósito de equilibrar la opción terapéutica y los síntomas del *delirium* para facilitar la toma de decisiones en la cuestión farmacológica. Elaborada por los autores con base en la referencia 6.

dad, la cual se incrementa 11% adicional cada 48 h. En un contexto paliativo el desenlace no discierne en demasía, por lo que el objetivo en este tipo de pacientes también es procurar la comodidad del paciente y su familia para platicar acerca del posible desenlace. Treinta días después del alta hasta 27% de los pacientes con remisión del *delirium* son reingresados (cuadro XXI-5 y figura XXI-6).¹⁹

CONCLUSIONES

La incidencia del síndrome de *delirium* ha aumentado de manera trascendental en función de la transición epidemiológica, pues los adultos mayores de 65 años de edad tienen un papel importante en la sociedad en función del número poblacional, por lo que enfrentarse al *delirium* en cualquier contexto es bastante frecuente. Dado que es una problemática común resulta muy útil conocer cada aspecto de la patología, desde la definición, el diagnóstico y el tratamiento hasta las profundas bases neurobiológicas, para poder garantizar el mejor tratamiento y la resolución de cada caso en específico. Este capítulo nació luego del múltiple contacto médico-paciente en la clínica de cuidados paliativos del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde después de ver que los pacientes vulnerables con frecuencia sufren los problemas inherentes al desconocimiento de este tema, como retraso del diagnóstico y del tratamiento, y esquemas terapéuticos inadecuados que generan más estrés en ellos y en sus familiares, se decidió optar por realizar una revisión de los artículos y la evidencia más importante en la actualidad, esperando contribuir a un mayor conocimiento de este tema, con el fin último de darle el mejor resultado a la razón de la profesión médica: el paciente.

Cuadro XXI-5. Presentación de complicaciones en función del tiempo

Corto plazo	Largo plazo
Neumonías por aspiración	Síndrome neurocognitivo mayor
Desorientación	Recurrencia del <i>delirium</i>
Deterioro cognitivo global	
Lesiones por presión	

Elaboración propia con base la referencia 11.

¿Hospitalización o manejo en casa?

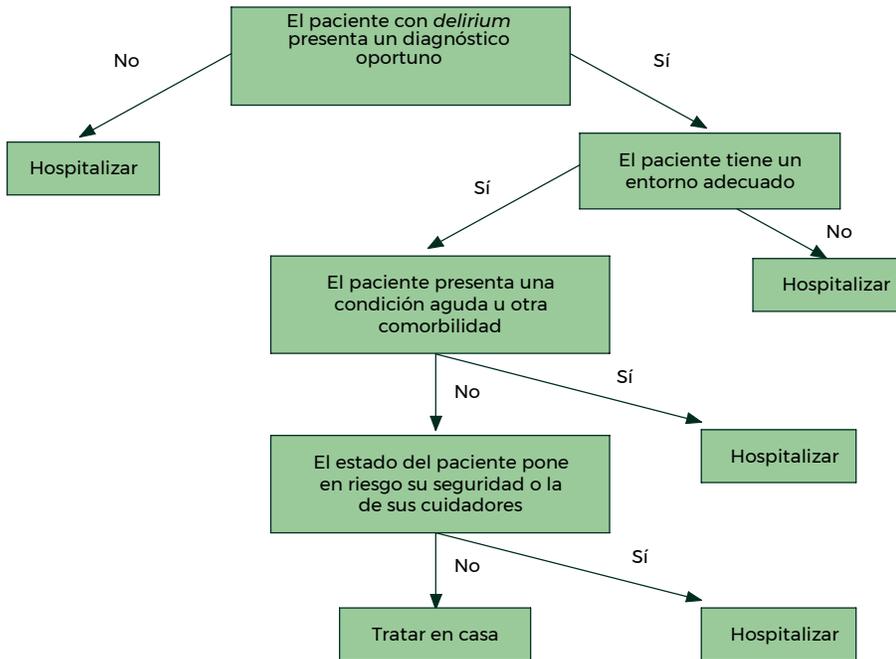


Figura XXI-6. Algoritmo para el manejo ambulatorio y hospitalario del *delirium*.

¿Cuándo decidir manejo antipsicótico?

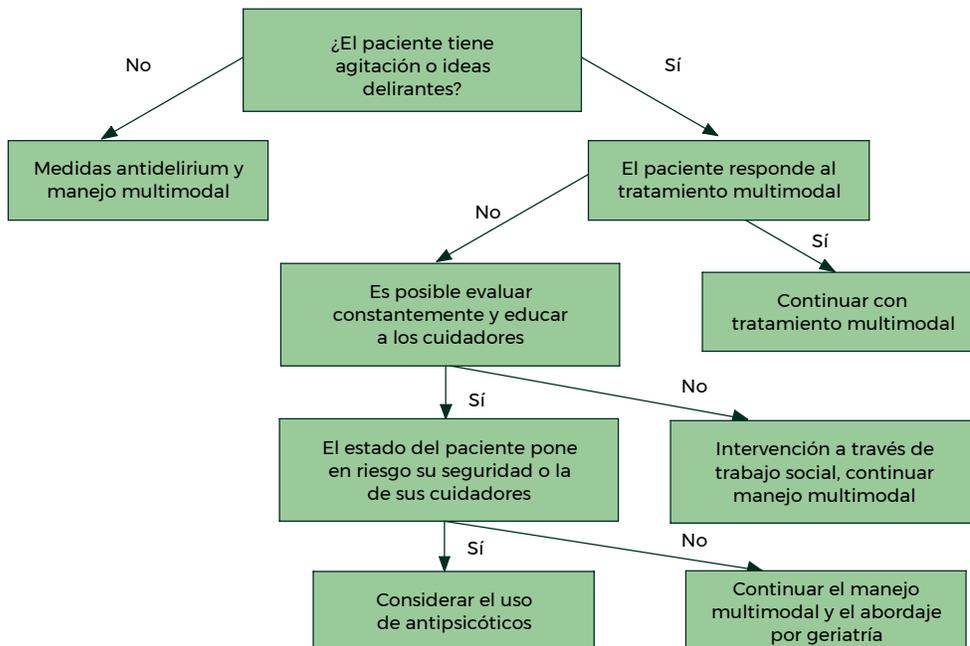


Figura XXI-7. Algoritmo para el manejo multimodal del *delirium*.

REFERENCIAS

1. **Agar MR:** *Delirium at the end of life. Age Ageing* 2020;49(3):337-340.
2. **Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES:** *Delirium in the elderly. Clin Geriatr Med* 2020;36(2):183-199.
3. **Bush SH, Tierney S, Lawlor PG:** Clinical assessment and management of *delirium* in the palliative care setting. *Drugs* 2017;77(15):1623-1643.
4. **Mattison MLP:** *Delirium. Ann Intern Med* 2020;173(7):ITC49-ITC64.
5. **Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS:** *Delirium in elderly people. Lancet* 2014;383(9920):911-922.
6. **Bram Ley P, McArthur K, Blayney A, McCullagh I:** Risk factors for postoperative *delirium*: an umbrella review of systematic reviews. *Int J Surg* 2021;93(106063):106063.
7. **Koffis K, Marra A, Ely EW:** ICU *delirium*-a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiol Intens Ther* 2018;50(2):160-167.
8. **Bramati P, Bruera E:** *Delirium in palliative care. Cancers (Basel)* 2021;13(23):5893.
9. **Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA et al.:** Management of *delirium* in palliative care: a review. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(3):550.
10. **Maldonado JR:** *Delirium* pathophysiology: an updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33(11):1428-1457.
11. **Palmero PJ, Lassard RJ:** *Delirium*: una revisión actual. *Aten Fam* 2021;28(4):284-290.
12. **Wilson JE, Mart MF, Cunningham C et al.:** *Delirium. Nat Rev Dis Primers* 2020;6:90.
13. **Setters B, Solberg LM:** *Delirium. Prim Care* 2017;44(3):541-559.
14. **Fitzgerald JM:** *Delirium* clinical motor subtypes: a narrative review of the literature and insights from neurobiology. *Aging Ment Health* 2018;22(4):431-443.
15. **Bush SH, Lawlor PG, Ryan K et al.:** *Delirium* in adult cancer patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2018;29(Suppl 4):iv143-iv165.
16. **Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK:** *Delirium* in older persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 2017;318(12):1161.
17. **Salvi F, Young J, Lucarelli M, Aquilano A, Luzi R et al.:** Non-pharmacological approaches in the prevention of *delirium*. *Eur Geriatr Med* 2020;11(1):71-81.
18. **Wilson JE, Mart MF, Cunningham C, Shehabi Y, Girard TD et al.:** *Delirium. Nat Rev Dis Primers.* 2020; 6(1):90.
19. **Boettger S, Breitbart W:** *Delirium* in supportive and palliative care. *Palliat Support Care* 2021;19(3):267.







CAPÍTULO XXII

Manejo de los síntomas causados por metástasis cerebrales

Fátima Mingüer Rodríguez, José Enrique Martínez Velázquez,
María Eleazar Barrientos Montes de Oca



INTRODUCCIÓN

Las metástasis cerebrales representan la neoplasia intracraneal más frecuente en las personas adultas. Los tumores primarios que comúnmente hacen metástasis cerebral corresponden a cáncer de pulmón, cáncer de mama, melanoma, cáncer colorrectal, cáncer renal y tumores primarios no conocidos.¹

La incidencia de metástasis cerebrales va en aumento de manera secundaria a la eficacia de nuevas terapias sistémicas con un adecuado control extracraneal, pero un limitado acceso al sistema nervioso central (SNC) a través de la barrera hematoencefálica de igual forma debido a la mayor utilización del diagnóstico por imagen, como la resonancia magnética.²

El manejo de la sintomatología por metástasis cerebrales se basa en dos ejes: el uso de corticosteroides, fármacos antiepilépticos y anticoagulantes; y la terapia dirigida al tumor, consistente en radioterapia a través de las técnicas holocraneal y estereotáctica, que son de suma utilidad como manejo paliativo cuando la cirugía no es la mejor opción por las comorbilidades y el mal pronóstico del paciente. La distribución en las zonas del cerebro tiene relación con el flujo sanguíneo: 80% se localizan en el lóbulo parietal o temporal, 15% en la región del cerebelo y sólo 5% se encuentran en el tallo cerebral (figura XXII-1). Aunque en el encéfalo se localizan en mayor porcentaje, también se pueden diseminar a las meninges o el hueso.³

EPIDEMIOLOGÍA

Entre 8 y 10% de los pacientes con cáncer desarrollarán metástasis cerebrales en el SNC. En EUA ocurren 200,000 casos nuevos cada año. En los pacientes con neoplasias malignas sistémicas ocurren en 10 a 30% de los adultos, de los cuales 60% tienen entre 50 y 70 años de edad. En el momento del diagnóstico 25% tienen melanoma y adenocarcinoma de pulmón, 10% cáncer renal, 7% cáncer de mama, 5% cáncer de la cabeza y cuello o del esófago y 2% cáncer gastrointestinal no esofágico. Dentro del primer año desarrollarán metástasis 20% de las personas con cáncer pulmonar y de 5 a 7% con cánceres de mama y renal, así como melanoma.⁴

En México la incidencia y la prevalencia de estos tumores están poco estudiadas. De acuerdo con la base de datos de GLOBOCAN, en México en 2018 los tumores del SNC representaron 3,451 (2.01%)



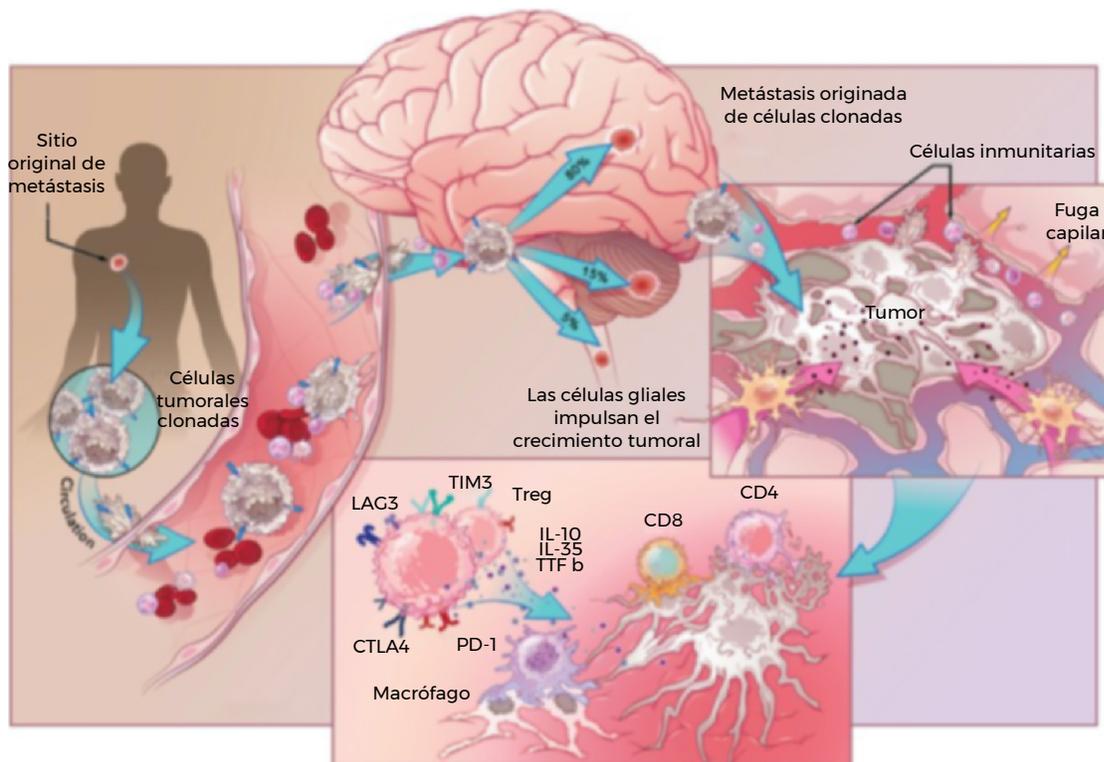


Figura XXII-1. Diseminación de células neoplásicas por vía hematogena, extravasación hacia el parénquima cerebral y angiogénesis. Tomada de la referencia 9.

casos, contribuyendo a la incidencia de cáncer, que ocupó el puesto 17. En el mismo año fallecieron 2,663 personas (3.46%), lo cual lo convierte en la decimotercera causa principal de muerte. Con ello, la incidencia estimada de 3,5 por 100,000 habitantes es la segunda y la quinta causas de muerte por cáncer en los grupos etarios de 0 a 18 y de 18 a 29, respectivamente. Debido a la alta incidencia de cáncer de mama en México, se cree que la mayoría de los casos de metástasis cerebrales ocurren en las mujeres, debido a que es uno de los tumores más comunes que hacen metástasis al sistema nervioso central.⁵

FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo más común de metástasis cerebrales es la diseminación a través del torrente sanguíneo. En ambos hemisferios del cerebro la mayoría de las lesiones se localizan en la unión de las sustancias gris y blanca. La teoría más aceptada se deriva del hecho de que estas zonas cerebrales son las de mayor irrigación en el cerebro. Los vasos sanguíneos disminuyen de diámetro en estas áreas y actúan como trampas para las masas de células tumorales. Los diferentes tipos de tumores tienden a diseminarse a diferentes áreas del cerebro.⁶

El primer paso es la invasión de la pared arterial a nivel del tumor primario, lo que permite que algunas células cancerosas se desprendan y entren en el torrente sanguíneo. En segundo lugar, las células deben poder adherirse a los vasos sanguíneos del cerebro. Este proceso se basa en varios intermediarios⁷ (figura XXII-1).

Cuadro XXII-1. Clasificación de las metástasis cerebrales

Metástasis cerebral solitaria	Una sola metástasis en el cerebro sin progresión o hallazgos en otros sitios
Metástasis cerebral única	Una sola metástasis en el cerebro con hallazgos o progresión a otras regiones del cuerpo
Metástasis cerebral múltiple	Más de cinco metástasis cerebrales

Las células neoplásicas tienen la capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica a través de un mecanismo paracelular o transcelular con la ayuda de las proteasas y los mediadores inflamatorios que ocasionan daño o muerte celular del endotelio no fenestrado con uniones intercelulares de oclusión de la barrera hematoencefálica, la cual impide la entrada de fármacos o microorganismos; sin embargo, es imposible que impidan que las células neoplásicas entren en el parénquima cerebral.⁸

La supervivencia y el crecimiento a partir de ese momento dependen en gran medida de la capacidad para mantener un suministro adecuado de oxígeno y nutrientes, por lo que las células cancerosas cerca de los vasos sanguíneos crecen inicialmente a lo largo de las paredes de los vasos, lo que conduce a la remodelación y la fusión de las células de la vasculatura. Algunos tumores también pueden provocar la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), mediada principalmente por el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF), que se expresa de forma constitutiva en determinadas células tumorales, como el adenocarcinoma de pulmón.^{7,8}

A nivel genómico las metástasis pueden diferir significativamente de los tumores primarios. Un informe reciente de Brastianos y col. hizo una comparación de las mutaciones presentes en los pacientes con adenocarcinoma de pulmón y metástasis cerebrales asociadas, y reveló que estas mutaciones estaban enriquecidas para las vías de la cinasa dependientes de ciclina y el eje PI3K/AKT/mTOR. Los avances en genómica tendrán un gran impacto en el desarrollo de nuevas terapias para el manejo de las metástasis cerebrales.⁸

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Entre 60 y 75% de los pacientes con metástasis cerebrales son sintomáticos; el resto son asintomáticos, por lo que constituyen hallazgos en una tomografía computarizada o una resonancia magnética (RM). Cuando los síntomas se hacen presentes son parecidos a los que se aprecian en los pacientes con tumores cerebrales primarios; los más comunes son fatiga, cefalea, déficit neurológicos focales y convulsiones. El porcentaje de presentación se aprecia en el cuadro XXII-2. La cefalea tiende a ser de predominio matutina asociada clásicamente a lesiones cerebrales, que se exacerba con los cambios posicionales, los estornudos, la tos y las caídas; se puede acompañar de náuseas y vómitos, lo cual se puede atribuir al aumento de la presión intracraneal. Sin embargo, el clásico dolor de cabeza matutino, aunque es muy sugerente, no suele estar presente; hasta 77% de los pacientes pueden describir dolores de cabeza de tipo tensional que ocurren al azar a lo largo del día. Al igual que las neoplasias cerebrales primarias, el déficit neurológico focal específico asociado a metástasis cerebral depende de la ubicación de la lesión. Las lesiones en la corteza pueden generar debilidad, déficit sensorial, disfunción del lenguaje y alteraciones en el campo visual.⁹

En caso de que la metástasis se encuentre en la región del cerebelo las manifestaciones podrían incluir vértigo, ataxia, nistagmo, déficit de coordinación o dificultad para hablar. Las lesiones que involucran el tronco encefálico pueden presentar características clínicas similares a las de la disfunción cerebelosa; además puede haber presencia de disfagia y disartria. Los pacientes con metástasis cerebrales de tumores primarios de características hipervasculares, como el melanoma y el carci-

Cuadro XXII-2. Porcentaje de presentación de síntomas en un paciente con metástasis cerebral

Síntomas	Porcentaje
Fatiga	75.8
Cefalea	42.5
Mareo	41.4
Problemas de concentración	40.6
Confusión	38.3
Entumecimiento	37.5
Debilidad	34.6
Pérdida de la memoria	32.1
Disminución del estado de alerta	30.5
Alteraciones en la marcha	26.3
Cambios en la personalidad	25.0
Náusea	24.2
Vómitos	21.1
Convulsiones	16.1
Alteraciones de la vista	15.2
Dificultad en el habla	11.9
Alteraciones en la sensibilidad	10.2

noma de células renales, pueden manifestar una hemorragia intratumoral y/o intracraneal aguda que ocasionaría síntomas similares a los de un evento vascular cerebral, así como cambios en las características de la cefalea, estado mental deprimido e incluso estado de coma o la muerte.^{9,10}

Las metástasis en las leptomeninges son menos frecuentes pero cuando llegan a presentarse hay déficit neurológicos multifocales que alteran múltiples funciones sensitivomotoras, dependiendo de las áreas específicas de invasión. La afectación cerebral se manifiesta comúnmente con síntomas de hipertensión intracraneal, cefalea, náuseas, vómitos y alteraciones en el estado mental. La presencia de afectación del nervio craneal o la columna vertebral puede manifestarse como diplopía, alteraciones sensitivas en la región facial, pérdida auditiva o debilidad y paresia.¹¹

DIAGNÓSTICO

Ante la presencia de síntomas neurológicos o alteraciones conductuales, signos de hipertensión intracraneal —como vómitos— y papiledema en un paciente con cáncer se debe sospechar metástasis cerebral. En estos pacientes está recomendado realizar estudios de imagen. De igual forma, la *National Comprehensive Cancer Network* aconseja realizar una RM cerebral en los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas en etapa clínica II, III o IV, cáncer de pulmón de células pequeñas a cualquier edad y melanoma en un estadio clínico III C o IV. En términos generales un estudio retrospectivo reciente justifica la indicación de RM en los pacientes que tienen tumores primarios con alta probabilidad de hacer metástasis cerebral, ya que actualmente es la decisión del médico examinar las metástasis cerebrales según la clínica.⁹

La RM con contraste es la regla de oro para diferenciar las metástasis cerebrales de otras lesiones cerebrales incluso mejor que la tomografía con contraste (cuadro XXII-3). El uso de gadolinio es útil para identificar lesiones metastásicas pequeñas, ya que aumenta la sensibilidad de la RM con una dosis triple de 0.3 mmol/kg (figura XXII-2). Las características en la imagen de RM sugestivas de metástasis cerebrales incluyen lesiones en la zona de unión entre la materia gris y blanca, lesiones múltiples en los hemisferios, el cerebelo o el tallo cerebral, lesiones en anillo y edema de tipo vasogénico.¹⁰

Cuadro XXII-3. Diagnósticos diferenciales de metástasis cerebral

Diagnóstico diferencial
Infección/absceso
Hemorragia
Tumor cerebral primario
Infarto cerebral
Lesión inflamatoria desmielinizante
Necrosis por radioterapia

PRONÓSTICO

Sperduto y col. presentaron una propuesta en 2008 de la evaluación pronóstica graduada que está determinada por factores que incluyen la edad, la escala de Karnofsky (KPS, por sus siglas en inglés), la presencia o ausencia de metástasis extracraneales y el número de metástasis.¹¹

El índice de Sperduto es una evaluación del pronóstico del paciente con base en un sistema de puntos:

- 0 puntos: edad > 60 años, KPS < 70%, > 3 metástasis cerebrales, presencia de metástasis extracraneales.
- 0.5 puntos: edad de 50 a 59 años, KPS de 70 a 80%, dos metástasis cerebrales.
- 1 punto: edad < 50 años, KPS de 90 a 100%, una metástasis cerebral, ausencia de metástasis extracraneales.

La suma total de puntos predice la supervivencia de los pacientes con metástasis cerebrales en meses:

- 1 punto: 2.6 meses.
- De 1.5 a 2.5 puntos: 3.8 meses.
- 3 puntos: 6.9 meses.
- De 3.5 a 4 puntos: 11 meses.

Los pacientes que no reciben tratamiento tienen un promedio de supervivencia de un mes.¹¹

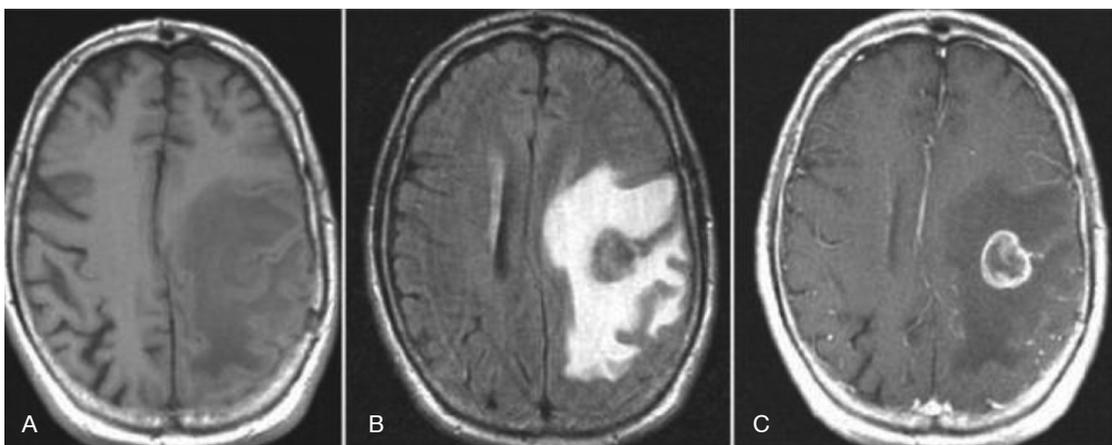


Figura XXII-2. A. Resonancia magnética sin contraste; B. Modo *flair*. C. Presencia de contraste para favorecer la identificación y la delimitación de la metástasis. Imagen obtenida de American Cancer Society: *Cancer facts and figures*. 2005.

TRATAMIENTO

El manejo de precisión de las metástasis cerebrales está basado en las variables específicas del tumor y del paciente; como la histología del tumor, la actividad tumoral extracraneal, el estado funcional de Karnofsky, el pronóstico, las mutaciones, el número, el volumen y la localización de las metástasis, los síntomas y la preferencia del paciente. Las opciones de tratamiento de las metástasis cerebrales son la resección quirúrgica, la radioterapia holocraneana, la cirugía estereotáctica y la quimioterapia.¹²

Cirugía

Tiene el objeto no sólo de reducir el volumen tumoral, sino de obtener tejido para establecer un diagnóstico más preciso en los pacientes con tumor primario desconocido que permita definir un plan de tratamiento. La resección quirúrgica es de primera elección para los tumores del cerebro que cumplan con criterios de resección a 100%, que es el objetivo principal. La única contraindicación para ingresar al paciente al quirófano es si el tumor es poco accesible o se encuentra en un área importante en zonas funcionales, como el área de Broca o de Wernicke, la zona occipital de la visión o las zonas somatosensoriales y motoras en los hemisferios. En cuanto a las dimensiones, debe medir más de 3 cm. Los pacientes con tumores con efecto de masa si es posible se benefician con la cirugía. Los principales factores pronósticos quirúrgicos son la extensión de la enfermedad y el estado neurológico del paciente.¹² Es importante señalar que los pacientes que son sometidos a una resección quirúrgica de una sola metástasis cerebral tienen un riesgo de recurrencia local en el sitio quirúrgico de alrededor de 50% en los próximos seis meses; un tamaño más grande de la metástasis aumenta el riesgo de recurrencia local. Los pacientes con múltiples metástasis y enfermedad sistémica no controlada no se benefician con la cirugía.¹³

Radioterapia

Es el tratamiento de elección para muchos pacientes, debido a la alta incidencia de múltiples metástasis cerebrales. El objetivo es limitar la progresión del tumor, esterilizar las enfermedades microscópicas para prevenir futuras metástasis cerebrales¹⁴ y limitar la dependencia de los corticosteroides. Tiene respuesta en alrededor de 50% de los pacientes y depende de la histología, por lo que los cánceres de mama y de células pequeñas son los más sensibles. Se cree que las histologías de células renales y melanoma son las más resistentes. En los pacientes con metástasis cerebrales no resecaadas da como resultado una respuesta sintomática en aproximadamente 50% de ellos y una mejora en la mediana de supervivencia de tres a seis meses, en comparación con los controles históricos. El tipo de esquema de la radioterapia dependerá de la histología del tumor, el riesgo de sangrado y las condiciones del paciente.¹⁴

Los cánceres de mama y de células pequeñas son los más sensibles. Se cree que las histologías de células renales y de melanoma son las más resistentes. En los pacientes con metástasis cerebrales no resecaadas el resultado es una respuesta sintomática en aproximadamente 50% de ellos y una mejora en la mediana de supervivencia de tres a seis meses.¹⁵

La radioterapia holocraneal ha sido el tratamiento estándar para múltiples metástasis cerebrales; sin embargo, el deterioro cognitivo que se presenta después de la radioterapia es un problema clínico muy importante. Éste puede disminuir si es posible evitar incluir el hipocampo, lo cual mejora la calidad de vida en los pacientes tratados con esta técnica (figura XXII-3).

El esquema más utilizado es el de 30 Gy en 10 fracciones, pero en la práctica clínica hay otros rangos de dosis, como 20 Gy en cinco fracciones, 40 Gy en 20 fracciones, 45 Gy en 25 fracciones y 37.5 Gy en 15 fracciones.

En el caso de las metástasis germinales que tienen riesgo de sangrado se utilizan dosis menores por fracción.^{16,17}

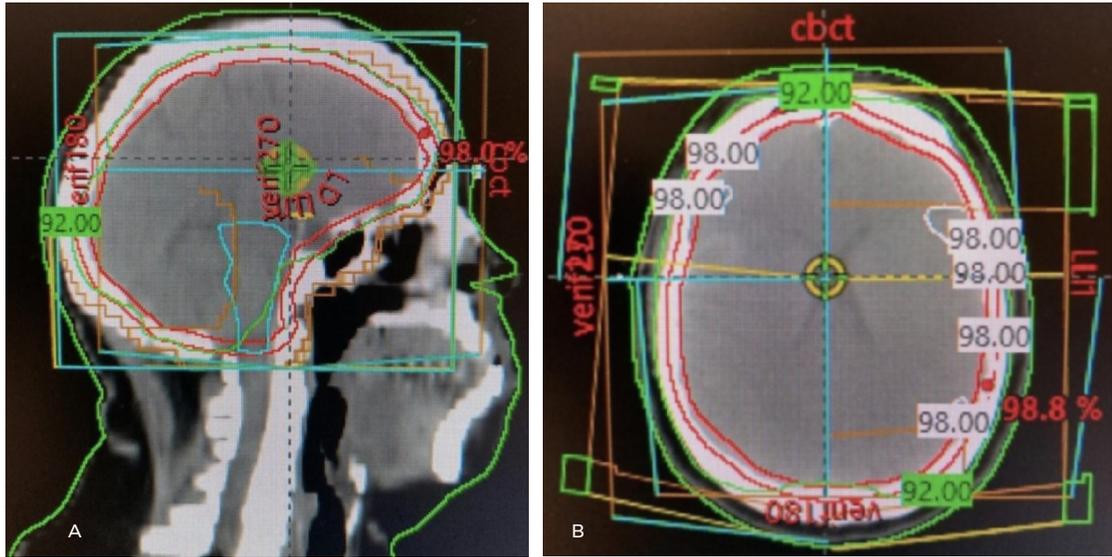


Figura XXII-3. Radioterapia holocraneal para el tratamiento de las metástasis cerebrales múltiples. **A.** Corte sagital. **B.** Corte axial.

Recientemente se desarrolló la técnica de radioterapia estereotáctica, proporcionada por un acelerador lineal, un bisturí gamma o un CyberKnife® (figura XXII-4).

El papel de la radiocirugía estereotáctica se ha vuelto más importante, ya que permite enfocar la radiación en la zona de la lesión desde múltiples direcciones (figuras XXII-5 y XXII-6), redu-



Figura XXII-4. CyberKnife® de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "Siglo XXI".

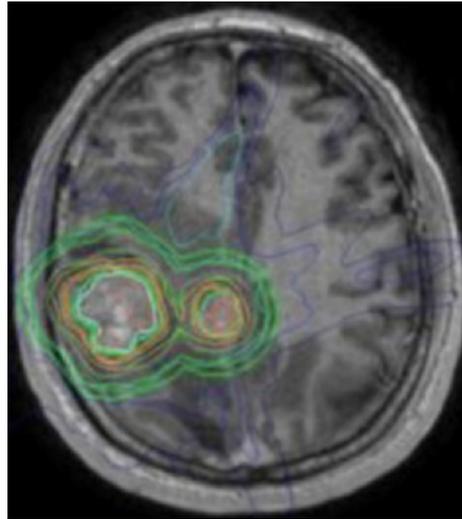


Figura XXII-5. Tratamiento de metástasis cerebrales voluminosas mediante CyberKnife®. Proporcionada por el Dr. Félix Leyva.

ciendo así la dosis al tejido normal circundante (figura XXII-7). La necrosis por radiación después de la irradiación estereotáctica es uno de los efectos adversos más comunes. Se reporta que la tasa de incidencia de necrosis por radiación después de la radioterapia estereotáctica es de 6 a 25%.¹⁶

El papel de la radioterapia estereotáctica se ha vuelto más importante, ya que permite enfocar la radiación en la zona de la lesión a partir de múltiples direcciones (figuras XXII-5 y XXII-6), reduciendo de esta manera la dosis al tejido normal circundante (figura XXII-7). Es de gran utilidad en los pacientes con un número limitado de cuatro o menos lesiones como modalidad única, exclu-

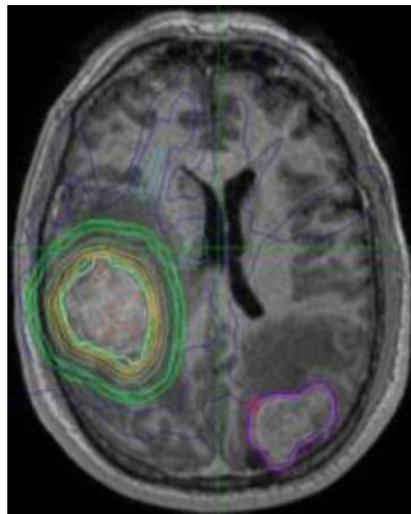


Figura XXII-6. El CyberKnife® delimita la región de la metástasis, reduciendo la dosis de radiación en el tejido circundante. Proporcionada por el Dr. Félix Leyva.

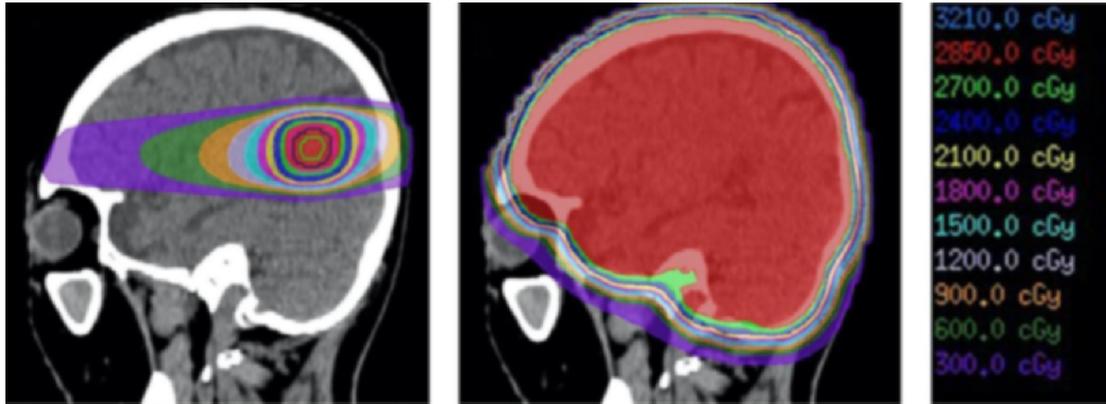


Figura XXII-7. A. Se puede observar la diferencia en la distribución de la dosis de un tumor cerebral metastásico calculada por el sistema de planificación del tratamiento de radioterapia estereotáctica. **B.** Radioterapia cerebral completa. El área de color rojo está recibiendo 95% de la dosis prescrita. Tomada de la referencia 16.

yendo el carcinoma de células pequeñas. También sirve para tratar lesiones de mayor profundidad o cercanas a estructuras que impiden el abordaje quirúrgico. La radiocirugía estereotáctica puede administrarse en una dosis alta o fraccionada de dos a cinco fracciones en casos de lesiones de mayor tamaño u órganos críticos cercanos, como las estructuras ópticas o el tronco encefálico. La dosis para esta técnica se basa en el estudio RTOG 9005 y en el tamaño con 24 Gy utilizados para tumores de menos de 2 cm, 18 Gy para tumores de 2.1 a 3 cm y 15 Gy para tumores de más de 3.0 a 4 cm. La radiocirugía fraccionada (FSRS) generalmente se administra con 27 Gy en tres fracciones o con 25 a 30 Gy en cinco fracciones.¹⁷

Se debe ofrecer también sólo a los pacientes con una o dos metástasis cerebrales resecaadas si la cavidad quirúrgica se puede tratar de manera segura y considerar la extensión de la enfermedad intracraneal restante. La combinación de radiocirugía más radioterapia intracraneal es una opción razonable para los pacientes con más de cuatro metástasis cerebrales no resecaadas o más de dos resecaadas y un buen estado funcional. La radiocirugía juega un papel importante en la gestión de las metástasis cerebrales. El CyberKnife® es una tecnología moderna no invasiva utilizada para la radiocirugía intracraneal y extracraneal.¹⁶

Quimioterapia

El manejo de las metástasis cerebrales con quimioterapia ha fracasado en gran medida y sólo se considera una opción tras haber fallado con las terapias locales. Esto es debido a la barrera hematoencefálica y sus uniones estrechas que le otorgan impermeabilidad a muchas moléculas quimioterapéuticas y a la presencia de bombas eficientes para la entrada y la salida de fármacos del SNC.¹⁶

Inmunoterapia

Los inhibidores de puntos de control inmunitario han mostrado buenos resultados cuando se utilizan para el tratamiento de las metástasis cerebrales, ya que no sólo logran vencer la barrera hematoencefálica y penetrar directamente en el cerebro, sino que también tienen otro mecanismo que estimula la respuesta inmunitaria sistémica contra las células malignas.¹⁸

Terapia molecular

Una nueva generación de terapia molecular dirigida podría tener una eficacia terapéutica notable en las lesiones intracraneales, incluidas las metástasis cerebrales. El osimertinib es un inhibidor del

receptor del factor de crecimiento epidérmico-tirosincinasa de tercera generación que resulta ser altamente eficaz en el control de las lesiones intracraneales, como lo demuestra un análisis de subconjunto del ensayo FLAURA.¹⁹

Manejo paliativo

Los pacientes con metástasis tienen poca probabilidad de cura, por lo que los cuidados paliativos se entienden como los cuidados de apoyo y sintomáticos, incluyendo los tratamientos o manejos para el edema vasogénico, las convulsiones y la trombosis venosa sintomática. Algunas otras opciones de tratamiento más específicas que no son curativas pero que mejoran las manifestaciones clínicas y brindan una mejor calidad de vida son la radiación holocraneal, la radiocirugía estereotáctica y la cirugía; aunque en muchos casos las metástasis cerebrales son resistentes a la quimioterapia en algunas circunstancias también se considera una opción de tratamiento paliativo.²⁰

De las metástasis cerebrales sólo 10% son sintomáticas; las manifestaciones clínicas dependen de la localización, la variedad o la velocidad de crecimiento de las lesiones metastásicas. Los pacientes pueden presentar cefalea (de 40 a 50%), edema vasogénico peritumoral, convulsiones (de 15 a 20%), dolor, déficit cognitivo y fatiga, que son manifestaciones secundarias al daño que ocasiona el crecimiento neoplásico dentro del parénquima cerebral en la región de la sustancia gris de la corteza o la zona blanca. Los trastornos neurológicos pueden ser secundarios a la alteración de la actividad nerviosa superior; puede haber la presencia de síndrome de hipertensión intracraneal y signos de focalización por alteraciones en las fibras nerviosas motoras o sensitivas; otras manifestaciones clínicas por tumores en la región del hipotálamo-hipófisis condicionan un síndrome endocrino. En el manejo paliativo también hay que incluir las reacciones adversas de la quimioterapia o la radioterapia y los efectos secundarios del uso de medicamentos, como los opioides y otros.²¹

SÍNTOMAS

Edema extracelular vasogénico

Se forma por la presencia de moléculas, como los VEGF, que en condiciones fisiológicas normales son producidas por neuronas, astrocitos y células endoteliales para la proliferación de células formadoras de endotelio vascular que no causan daño a la neurona. Las células neoplásicas en el sistema nervioso central producen VEGF en cantidades anormales que afectan la estructura de la barrera hematoencefálica, específicamente dañando las claudinas y las ocludinas, que son las que establecen las uniones estrechas de la barrera hematoencefálica, dando lugar a la hiperpermeabilidad de dicha barrera.²¹

Los corticosteroides son utilizados para disminuir o controlar la hipertensión intracraneal y el edema cerebral que se asocia a la metástasis o que se desarrolla por las intervenciones terapéuticas, como la cirugía o la radiación.²²

Los glucocorticoides —en especial la dexametasona, que tiene menos efectos mineralocorticoides, más potencia y vida media prolongada— disminuyen los niveles del VEGF de las células neoplásicas y aumentan la síntesis de ocludinas y claudinas. La dexametasona es el esteroide ideal para el tratamiento del edema cerebral secundario a la metástasis, por lo que es indicada en el paciente con manifestaciones clínicas por edema o por hipertensión intracraneal.

Se recomienda una dosis inicial de 4 a 8 mg/día y subir la dosis de 16 a 32 mg/día en caso de que el paciente presente síntomas severos. Su uso muestra beneficios neurológicos entre 24 y 72 h tras la administración. En los pacientes asintomáticos no hay necesidad de corticosteroides incluso si ya están en sesiones de radioterapia.

Para prevenir o revertir los efectos adversos de los corticosteroides se debe iniciar la dosis mínima posible o indicar la reducción de la dosis.²³

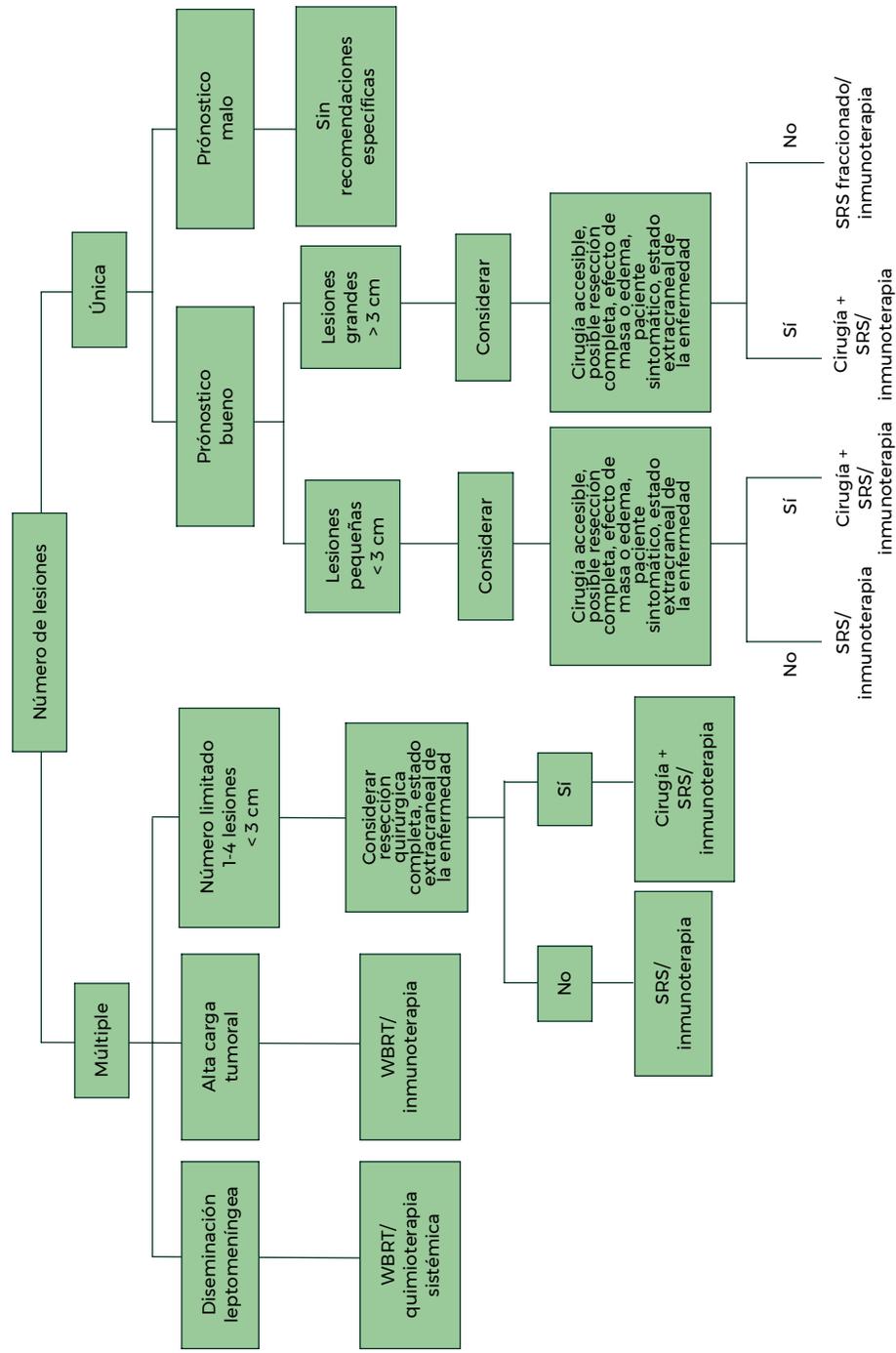


Figura XXII-8. Manejo de metástasis cerebrales dependiendo del número de lesiones. WBRT: radioterapia holocraneal; SRS: radiocirugía estereotáctica.



Convulsiones

Representan entre 20 y 40% de las manifestaciones clínicas en las metástasis cerebrales; en las metástasis por melanoma tienen una incidencia de hasta 50%, debido a su naturaleza hemorrágica. El uso de fármacos antiepilépticos está indicado en los pacientes que ya hayan presentado un episodio de convulsiones por el diagnóstico de metástasis cerebral; a veces esta sintomatología es la primera manifestación para la sospecha de metástasis cerebral o de un tumor primario que no ha sido diagnosticado. El uso de antiepilépticos, como el levetiracetam, ha mostrado eficacia en la disminución de convulsiones. En los pacientes que no han sufrido episodios de convulsiones a pesar de tener el diagnóstico de metástasis cerebral la evidencia científica no justifica su uso; en los estudios de cohortes y los ensayos aleatorizados no se muestra eficacia del uso profiláctico de anticonvulsivantes, pero sí efectos adversos en el paciente. Se prescriben como prevención primaria en el periodo perioperatorio y en la radiocirugía estereotáctica en caso de que las lesiones se encuentren en la región cortical motora o si existe un edema vasogénico masivo que predisponga al aumento de las convulsiones.²²

Trombosis venosa sintomática

Los pacientes con metástasis cerebrales tienen complicaciones tromboembólicas que son una causa considerable de morbilidad y mortalidad, debido a que tienen un mayor riesgo después de la operación o por tratamiento con quimioterapia. La heparina de bajo peso molecular es la más segura, debido a que no interactúa con la quimioterapia.^{22,23}

Dolor

Hasta 50% de los pacientes con metástasis cerebrales padecen cefaleas. Es importante evitar el uso crónico de los antiinflamatorios no esteroideos, debido a su toxicidad gástrica. Sin embargo, toda clase de analgésicos deben ser considerados una opción en caso de cefalea, incluidos los opioides. Respecto a las características de la cefalea, tiende a ser de predominio matutino asociada clásicamente a lesiones cerebrales y exacerbaciones con los cambios posicionales, los estornudos, la tos, las caídas o la presencia de náuseas y vómitos, todo lo cual se puede atribuir al aumento de la presión intracraneal. Sin embargo, el clásico dolor de cabeza matutino es muy sugerente, pero no suele estar presente; hasta 77% de los pacientes señalan que los dolores de cabeza son de tipo tensional y ocurren al azar a lo largo del día.²⁴

TRAMADOL Y TAPENTADOL

En estudios observacionales anteriores se determinó un probable riesgo elevado de convulsiones relacionado con el uso de tramadol; sin embargo, el riesgo comparativo de convulsiones con tramadol en relación con otros opioides sigue siendo incierto. Las convulsiones son un efecto adverso conocido pero muy raro de los agonistas opioides puros, debido a una disminución del umbral convulsivo al bloquear la liberación de ácido gamma-aminobutírico.²⁵

Las convulsiones son los efectos adversos neurológicos graves más frecuentes informados del tramadol. El riesgo incrementa en los pacientes con antecedentes de crisis convulsivas o de exposición a otras sustancias que reducen el umbral convulsivo, incluidos los psicofármacos. Los datos recopilados en diversos estudios desde que empezó la comercialización del tapentadol sugieren que la frecuencia de convulsiones se redujo con su uso, inclusive en los pacientes con riesgo de convulsiones. Un comunicado de prensa de la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios del Reino Unido advirtió acerca del riesgo de crisis convulsivas asociadas a la administración de tapentadol luego del análisis de datos de farmacovigilancia europeos.²⁶

En la práctica clínica tanto el tramadol como el tapentadol deben ser indicados con precaución en los pacientes con antecedentes de convulsiones o administración concomitante de fármacos que

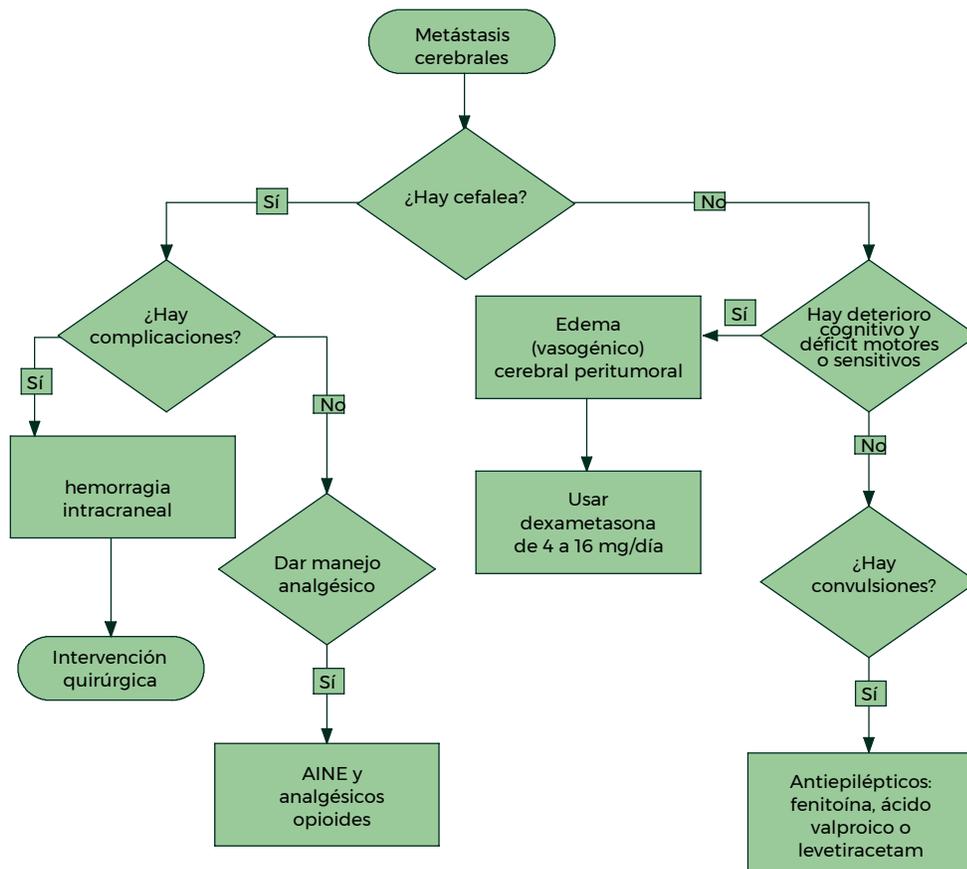


Figura XXII-9. Manejo paliativo de las metástasis cerebrales. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

disminuyan el umbral de convulsiones. Ambos están contraindicados en los pacientes con epilepsia mal controlada.²⁷

CONCLUSIÓN

Las metástasis cerebrales son los tumores intracraneales más frecuentes que se originan de tumores primarios de pulmón, mama, colon, riñones, melanoma y tumores germinales. Pueden ser únicas o múltiples lesiones que en la mayoría de los pacientes se pueden manifestar como síntomas de hipertensión intracraneal, cefalea tensional, deterioro cognitivo, alteraciones sensitivo-motoras o convulsiones, dependiendo de la región del cerebro donde se localicen; en algunos pacientes suele ser un hallazgo durante un estudio de imagen. El tratamiento dependerá de la histología del tumor, el riesgo de sangrado y las condiciones del paciente. Las principales opciones de tratamiento son la cirugía más radioterapia, la radioterapia junto con radiocirugía y la radiocirugía sola. La radiocirugía y la radioterapia estereotáctica con el CyberKnife® son la herramienta con tecnología de punta más precisa para el manejo de las metástasis intracraneales y extracraneales. El abordaje paliativo es muy importante desde el momento del diagnóstico para mejorar los síntomas y brindar calidad de vida a los pacientes.

REFERENCIAS

1. **Marín A, Renner A, Itriago L, Álvarez M:** Metástasis cerebrales: una mirada biológica y clínica. *Rev Méd Clín Las Condes* 2017;28(3):437-49.
2. Instituto Nacional del Cáncer: *Tratamiento de los tumores del sistema nervioso central en adultos* (PDQ). NIH, 2019.
3. Nice National Institute for Health and Care Excellence: *Brain tumours (primary) and brain metastases in adults*. NICE guidelines. 2018.
4. *GLOBOCAN 2018*. Observatorio Mundial del Cáncer. Francia, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, 2019.
5. *Gac Mex Oncol* 2006;5(5).
6. **Soffiotti R, Abacioglu U, Baumert B, Combs SE, Kinhult S et al.:** Diagnosis and treatment of brain metastases from solid tumors: guidelines from the European Association of Neuro-Oncology. *Neuro Oncol* 2017;19(2):162-174.
7. **Brastianos PK, Carter SL, Santagata S et al.:** Genomic characterization of brain metastases reveals branched evolution and potential therapeutic targets. *Cancer Discov* 2015;5(2015):1164-1177.
8. **Brastianos PK et al.:** Genomic characterization of brain metastases reveals branched evolution and potential therapeutic targets. *Cancer Discov* 2015;5(11):1164-1177.
9. **Mitchell DK, Kwon HJ, Kubica PA, Huff WX, O'Regan R et al.:** Brain metastases: an update on the multi-disciplinary approach of clinical management. *Neurochirurgie* 2022;68(1):69-85.
10. **Gutiérrez VE, Balderrama IR, Hernández CA et al.:** Diagnosis and management of brain metastases: an updated review from a radiation oncology perspective. *J Cancer Metastasis* 2019;5:54.
11. **Boire A, Brastianos PK, Garzia L, Valiente M:** Brain metastasis. *Nat Rev Cancer* 2020;20(1):4-11.
12. **Obermeier B, Daneman R, Ransohoff RM:** Development, maintenance and disruption of the blood-brain barrier. *Nat Med* 2013;19(12):1584-1596.
13. **Usuki KY:** Metastatic disease: bone, spinal cord, brain, liver, and lung. En: *Gunderson & Tepper's clinical radiation oncology*. 2022:461-477.
14. **Imbaquingo A, Madera OS, Maldonado I, Castillo J, León B et al.:** Manejo multidisciplinario de las metástasis cerebrales: una revisión actualizada y un cambio de paradigma. *Rev Oncol Ecu* 2022;32(2):224-243.
15. **Liu Q, Tong X, Wang J:** Management of brain metastases: history and the present. *Chin Neurosurg J* 2019;5:1.
16. **Atsuko K, Hideomi Y:** Brain metastasis: recent treatment modalities and future-perspectives. *Oncol Lett* 2022;23(6):191.
17. **Palmer JD, Trifiletti DM, Chan M, Minniti G et al.:** Multidisciplinary patient-centered management of brain metastases and future directions. *Neurooncol Adv* 2020;2(1):1-17.
18. **Sapkaroski D, Osborne C, Knight KA:** A review of stereo-tactic body radiotherapy-is volumetric modulated arc therapy the answer? *J Med Radiat Sci* 2015;62:142-151.
19. **Wowra B, Maucevic A, Tonn J:** Current and future management of brain metastasis. *Prog Neurol Surg Basel Karger* 2012;25:201-209.
20. **McKay MJ:** Brain metastases: increasingly precision medicine-a narrative review. *Ann Transl Med* 2021;9(21):1629.
21. **Taillibert S, Delattre JY:** Palliative care in patients with brain metastases. *Curr Opin Oncol* 2005;17(6):588-592.
22. **Lara L, Zaira I, Sánchez D, Jesús S, Martínez R et al.:** Dexametasona y edema cerebral peritumoral. ¿Cuándo, cuánto y hasta cuándo? *Med Crit* 2018;32(1):48-52.
23. **Schroeder T, Bittrich P, Noebel C, Kuhne JF, Schroeder J et al.:** Efficiency of dexamethasone for treatment of vasogenic edema in brain metastasis patients: a radiographic approach. *Front Oncol* 2019;9:695.
24. **Schiff D, Lee EQ, Nayak L, Norden AD, Reardon D et al.:** Medical management of brain tumors and the sequelae of treatment. *Neuro Oncol* 2015;17(4):488-504.
25. **Lagard C, Vodovar D, Chevillard L, Callebert J, Caillé F et al.:** Investigation of the mechanisms of tramadol-induced seizures in overdose in the rat. *Pharmaceuticals* 2022;15(10):1254.

26. **Morrow RL, Dormuth CR, Paterson M, Mamdani MM, Gomes T *et al.***, Canadian Drug Safety Effectiveness Research Network (CDSEEN): Tramadol and the risk of seizure: nested case-control study of US patients with employer-sponsored health benefits. *BMJ Open* 2019;9(3):e026705.
27. **Roulet L, Rollason V, Desmeules J, Piguet V:** Tapentadol *versus* tramadol: a narrative and comparative review of their pharmacological, efficacy and safety profiles in adult patients. *Drugs* 2021;81:1257-1272.





CAPÍTULO XXIII

**Abordaje del síndrome de compresión
medular en el paciente con cáncer**

David Ramsés Pérez Albores



El síndrome de compresión medular por cáncer es un conjunto de manifestaciones neurológicas ocasionadas por metástasis de un tumor primario a la médula espinal, y constituye una de las complicaciones neurológicas con más morbilidad después de las metástasis cerebrales; es considerado una emergencia oncológica y paliativa (independientemente del tipo de tumor, el nivel de afectación medular y la extensión del tumor primario). Si no es detectado adecuadamente, puede llevar a una pérdida irreversible de la función neurológica e indudablemente a un deterioro de la calidad de vida del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno.¹

Ocurre en 2.5 a 5% de los pacientes con cáncer, lo cual puede equivaler a cerca de 80 casos por millón de personas por año. Es más común en los pacientes con un diagnóstico de cáncer primario conocido, pero puede ser la manifestación inicial de malignidad en un cáncer no diagnosticado. Se manifiesta mayormente como una complicación en los pacientes afectados por cáncer de pulmón, de mama y de próstata, así como mieloma múltiple. Ocurre sobre todo en los pacientes con cáncer de pulmón de células pequeñas, cáncer metastásico de origen desconocido, mieloma múltiple y linfoma no Hodgkin.^{2,3}

FISIOPATOLOGÍA

Tres mecanismos son los principales responsables de la compresión metastásica de la médula espinal. El método más común de propagación del cáncer es el hematógeno, representando más de 85% de los casos.⁶ En el caso de la columna vertebral esta extensión puede ocurrir a través del plexo venoso de Batson, que cursa como una red paralela y yuxtapuesta a la columna vertebral. Por esta vía los tumores de la mayor parte de las cavidades corporales pueden hacer metástasis hacia la columna vertebral.² La presión directa causada por el crecimiento de depósitos cancerosos puede amenazar la vascularización neural y comprometer la integridad ósea, lo que lleva al colapso de las vértebras (figura XXIII-1). La inestabilidad espinal puede desarrollarse y causar signos y síntomas neurológicos. También puede ocurrir como consecuencia de la extensión directa del tumor a la columna vertebral o, con menos frecuencia, por el depósito directo del tumor. Los efectos de compresión que dan lugar a edema y congestión venosa son similares a los observados en otros tejidos, pero el daño celular resultante se caracteriza por desmielinización neural. La compresión prolongada y no tratada provoca lesiones vasculares que ocasionan un infarto de la médula espinal, el cual a menudo es irreparable.²⁻⁴



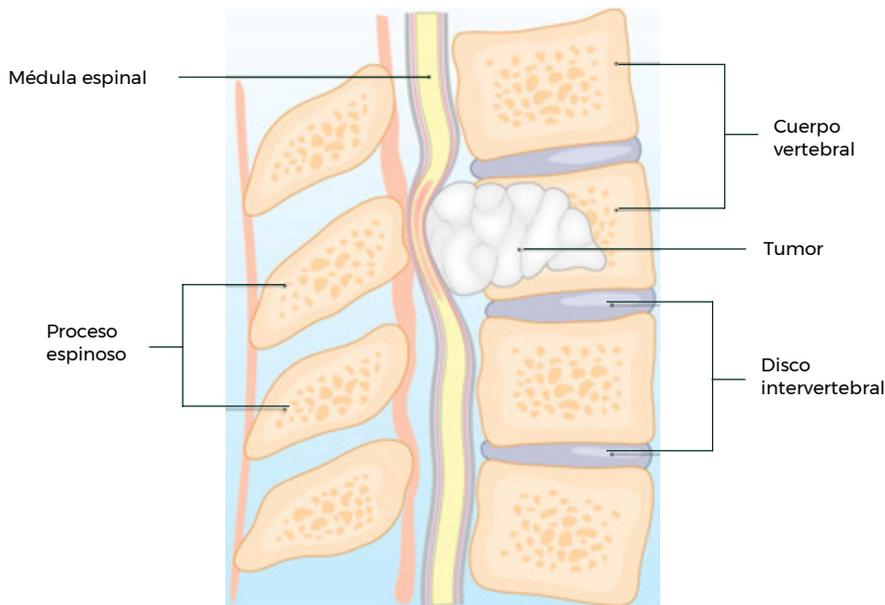


Figura XXIII-1. Compresión metastásica de la médula espinal. Adaptado de Nicola James.⁴

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Las características clave de presentación incluyen dolor de espalda, debilidad motora, déficit sensoriales y disfunción intestinal o vesical. Los signos y los síntomas varían según la fisiopatología (lesión motora superior o inferior) y la ubicación de la columna. El dolor de espalda es el síntoma de presentación más común, informado por 80 a 95% de los pacientes. El dolor por compresión metastásica de manera temprana suele ser constante y agravarse por la noche o al despertar en la mañana. Puede exacerbarse al toser, estornudar, hacer las maniobras de Valsalva y acostarse. La última situación típicamente representa inestabilidad de la columna torácica o la unión toracolumbar debido al movimiento patológico de una cifosis inestable. La compresión a nivel cervical puede causar dolor medio escapular, la compresión torácica puede causar dolor torácico o tirantez similar a la presencia de una banda en el tórax o la parte superior del abdomen, y la compresión lumbosacra puede causar dolor lumbosacro o de cadera. El movimiento exagera el dolor de la fractura o la inestabilidad vertebral (es decir, es un dolor mecánico o funcional). Cuando el dolor es radicular o referido puede acompañar a una presentación más avanzada. Los déficit motores se encuentran en 35 a 75% de los pacientes con metástasis espinales en el momento del diagnóstico. Una minoría de pacientes no pueden caminar y otros describen pesadez o torpeza sutiles en las extremidades.⁵

Clásicamente los pacientes mostrarán signos de la neurona motora superior por debajo del nivel de compresión de la médula; se puede obtener un nivel sensorial dermatomal con sensibilidad alterada o reducida. La compresión por debajo del nivel de la terminación de la médula espinal (el cono, generalmente a nivel de la vértebra L1) tiende a presentarse con síntomas del síndrome de cauda equina.

Los déficit de las neuronas motoras superiores suelen ser simétricos y los déficit de las neuronas motoras inferiores tienden a ser asimétricos.²⁻⁵

**Cuadro XXIII-1. Escala de evaluación de afección
nerológica de la *American Spinal Injury Association*^{4,13}**

Grado	Descripción clínica
A	Lesión completa. Ausencia de función motora y sensitiva hasta el segmento S4-S5
B	Lesión incompleta. Preservación de la función sensitiva (no motora) por debajo del nivel neurológico y hasta los niveles S4-S5
C	Lesión incompleta. Preservación de la función motora por debajo de la lesión; más de la mitad de los músculos clave por debajo del nivel neurológico tienen fuerza grado < 3* (sin movimiento antigraedad)
D	Lesión incompleta. Preservación de la función motora por debajo de la lesión; más de la mitad de los músculos clave por debajo de la lesión tienen fuerza grado ≥ 3* (antigraedad)
E	Normal. Funciones sensitiva y motora normales

* Función motora: 0 = parálisis total; 1 = contracción visible o palpable; 2 = movimiento activo sin gravedad; 3 = movimiento activo contra gravedad; 4 = movimiento activo contra resistencia moderada; 5 = movimiento activo normal contra resistencia completa.

Los síntomas sensoriales como parestesia, sensibilidad reducida y entumecimiento de los dedos de las manos y de los pies pueden extenderse de uno a cinco dermatomas por debajo del nivel de compresión real del cordón. La pérdida sensorial en un patrón radicular y la ausencia de reflejos tendinosos pueden correlacionarse más estrechamente con el sitio de compresión que generó los síntomas.⁶ La existencia de alteraciones autonómicas se asocia a un peor pronóstico; rara vez son el síntoma de comienzo del síndrome, pero desafortunadamente la existencia de estas alteraciones en el momento del diagnóstico es bastante elevada. La alteración autonómica más frecuente es la pérdida del control vesical, manifestada con retención urinaria indolora. En otras ocasiones la alteración autonómica puede manifestarse en forma de íleo paralítico, incontinencia fecal, trastornos de la sudoración, trastornos de la presión arterial y síndrome de Claude Bernard-Horner. Existen varias escalas para definir el grado de afección de las funciones nerviosas, pero la más utilizada es la escala de la *American Spinal Injury Association* (cuadro XX-1).³

CONSIDERACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO

Si bien el cuadro clínico orienta el diagnóstico, los estudios de imagen son los métodos que ayudan a determinar si existe compresión medular, además de que permiten dirigir la mejor opción de tratamiento. La sospecha diagnóstica se basa en la clínica y en la exploración física (figura XXIII-2). Ante la aparición de un dolor de espalda nuevo o que ha cambiado en un paciente oncológico hay que plantear el diagnóstico de sospecha.

La tomografía computarizada y la imagen de resonancia magnética (IRM) son los más utilizados. En hasta 46% de los casos el manejo puede cambiar con una IRM. Los rayos X pueden demostrar alteración hasta en 80% de los casos de metástasis espinales sintomáticas, con un valor predictivo positivo de 98%, pero falsos negativos en 17%. La tomografía computarizada puede desempeñar un papel en la planificación del tratamiento quirúrgico y de radioterapia, pero la IRM es mejor para confirmar el diagnóstico.

Las secuencias de recuperación de inversión T1 sagital y/o T1 corto tienen una alta sensibilidad para identificar la enfermedad metastásica dentro del hueso. Las imágenes T2 sagitales complementadas con exploraciones axiales ponderadas en T1 o T2 muestran los componentes de tejido blando de cualquier masa y el grado de compresión de la médula espinal causado.

Para los pacientes con contraindicación de la IRM, como quienes tienen marcapasos cardíaco, es posible que se requiera una mielografía por tomografía computarizada o una tomografía por emisión de positrones.^{1,5,7}



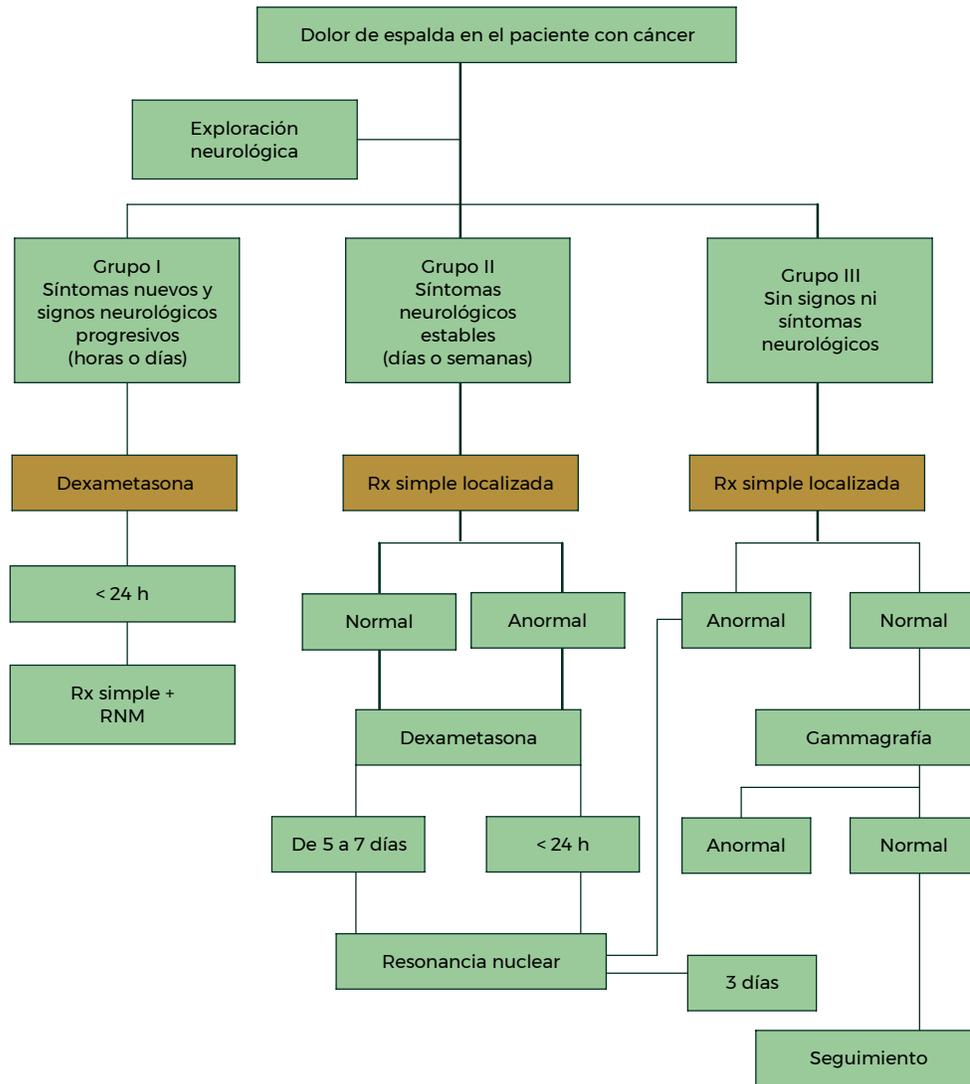


Figura XXIII-2. Algoritmo diagnóstico del dolor de espalda en el paciente oncológico.⁷ RNM: resonancia nuclear magnética; Rx: radiografía.

MANEJO INICIAL

Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, preservar o mejorar la función neurológica, estabilizar la columna, llevar a cabo un control local del tumor y mejorar la calidad de vida. Existen varias opciones terapéuticas que se pueden aplicar solas o combinadas (figura XXIII-3), pero antes siempre hay que valorar los siguientes elementos:

- Situación neurológica del paciente.⁷
- Radiosensibilidad del tumor.
- Estabilidad mecánica: dolor con el movimiento.

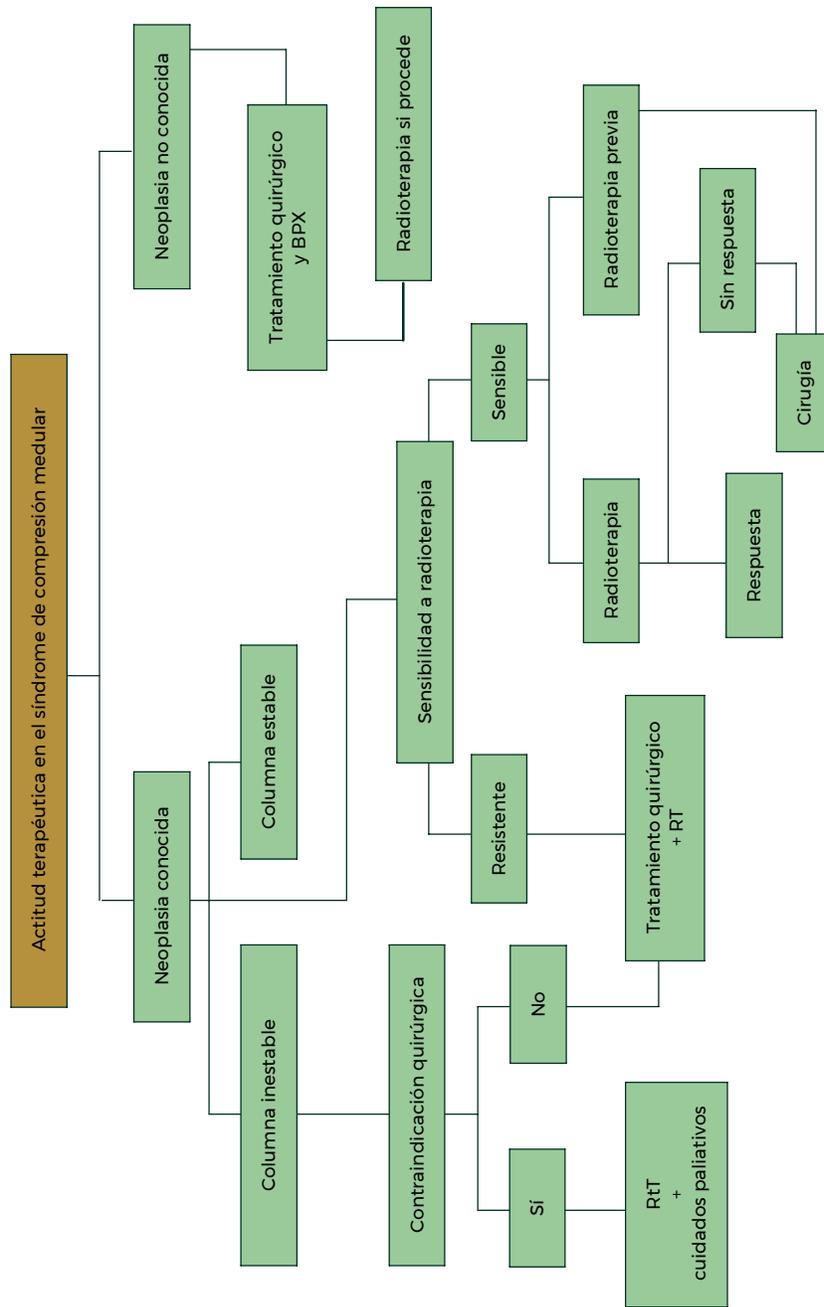


Figura XXIII-3. Algoritmo diagnóstico del dolor de espalda en el paciente oncológico. Pauta para seguir: RNM: resonancia nuclear magnética; Rx: radiografía; RT: radioterapia.



- Extensión de la enfermedad y situación clínica del paciente.

Glucocorticoides

El tratamiento inicial con esteroides en dosis altas se inicia en un paciente con alta sospecha clínica de compresión metastásica de la médula espinal para reducir el edema de la médula espinal y preservar la función neurológica, además de producir analgesia (Cole y Patchell, 2008). La dexametasona es la regla de oro, ya que regula a la baja la producción de factor de crecimiento endotelial vascular y prostaglandina E₂, provoca una disminución del edema de la médula espinal y retrasa la aparición del deterioro neurológico.⁸

Se desconoce la dosis óptima de esteroides, pero una revisión Cochrane de 2015 concluyó que hay niveles más altos de complicaciones graves, como úlcera gástrica perforada, psicosis o incluso la muerte por infección después de las dosis altas de dexametasona (bolo de 96 a 100 mg); no está claro si la dosificación proporciona algún beneficio sobre la dosificación moderada (bolo de 10 a 16 mg).⁴ Se recomienda dexametasona de 16 mg por vía oral o intravenosa como dosis inicial y luego 16 mg una vez al día antes del mediodía junto con protección gástrica. Luego se reduce gradualmente según la tolerancia, y se controlan los efectos secundarios relacionados con los esteroides. Si se administra radioterapia, el tratamiento con esteroides se continúa durante cinco días desde el comienzo de la radioterapia para reducir la inflamación inducida por la radiación y la hinchazón peritumoral.^{3,4,7,8}

Manejo del dolor

La mayoría de los pacientes con compresión metastásica de la médula espinal requieren opioides, que a menudo se combinan con analgésicos adyuvantes. El cuadro XXIII-2 enumera las dosis analgésicas iniciales recomendadas para pacientes que no han recibido tratamiento a base de opioides. Los corticosteroides ayudan tanto con el dolor neuropático como con el dolor inflamatorio de la metástasis vertebral. Otros adyuvantes para el dolor incluyen anticonvulsivos (p. ej., gabapentina, pregabalina) y antidepressivos tricíclicos (p. ej., amitriptilina). Aunque no se han evaluado para el dolor que resulta directamente de la compresión metastásica de la médula espinal, alivian el dolor en los pacientes con lesión de la médula espinal y dolor por cáncer neuropático. Los bifosfonatos, los antiinflamatorios no esteroideos y el paracetamol ayudan a aliviar el dolor de la metástasis ósea, aunque no se han evaluado para su uso en pacientes con compresión metastásica de la médula espinal.^{9,11}

Cirugía

Después de obtener imágenes de la médula espinal que revelan compresión se puede recurrir a una de las varias herramientas de puntuación que ayudan a determinar qué pacientes se beneficiarán de una intervención quirúrgica temprana. De los muchos métodos disponibles, los dos sistemas de puntuación que se usan comúnmente y han mostrado una gran confiabilidad entre los usuarios son la puntuación neoplásica de inestabilidad espinal (SINS, por sus siglas en inglés) para la estabilidad (cuadro XXIII-2) y la puntuación de Tokuhashi revisada (cuadro XXIII-3). La evaluación SINS considera el sitio de compresión, la presencia y la naturaleza del dolor, el tipo de metástasis (esclerótica, mixta o lítica), la extensión de la afectación del elemento posterior, el grado de colapso vertebral y la mala alineación radiológica de la columna. Una puntuación mayor de 7 sugiere inestabilidad de la columna.

La puntuación de pronóstico de Tokuhashi revisada (Tokuhashi y col., 2005) incorpora el estado funcional de Karnofsky, el número de metástasis en el cuerpo vertebral y extraespinales, el sitio del cáncer primario y la metástasis en los principales órganos internos, junto con el grado de parálisis. La puntuación resultante proporciona una supervivencia estimada > 6 meses, de 6 a 12 meses y > 12 meses (cuadro XXIII-4).

Cuadro XXIII-2. Manejo del dolor en los pacientes sin tratamiento previo con opioides con compresión metastásica de la médula espinal⁵

Morfina ^a	
Liberación inmediata	De 7.5 a 15 mg por vía oral cada 3 h según sea necesario o de 2 a 4 mg por vía intravenosa cada 2 h según sea necesario
Liberación sostenida	15 mg por vía oral cada 8 a 12 h
Oxicodona ^a	
Liberación inmediata	De 5 a 10 mg por vía oral cada 3 h según sea necesario
Liberación sostenida	10 mg por vía oral cada 8 a 12 h
Hidromorfona ^a	
Liberación inmediata	De 2 a 4 mg por vía oral cada 3 h según sea necesario o de 0.4 a 0.8 mg por vía intravenosa cada 3 h según sea necesario
Fentanilo ^a	
Liberación sostenida	12 mg/h por vía transdérmica cada 72 h
Dexametasona	10 mg por vía oral o intravenosa y luego de 4 a 6 mg por vía oral o intravenosa cada 6 h
Gabapentina ^a	100 mg por vía oral 2 veces al día, 300 mg por las noches
Pregabalina ^a	75 mg vía oral, dos veces al día
Amitriptilina	De 10 a 25 mg por vía oral por las noches
Nortriptilina	De 10 a 25 mg por vía oral por las noches
Ácido zoledrónico ^b	4 mg por vía intravenosa cada 3 a 4 semanas
Pamidronato ^b	90 mg por vía intravenosa cada 3 a 4 semanas
Paracetamol ^c	1,000 mg por vía oral cada 8 h
Senósidos	1 o 2 tabletas dos veces/día
Polietilenglicol	17 g una o dos veces/día
Supositorio de bisacodilo	Diariamente según sea necesario

Nota: ^a Disminuir la dosis ante insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina, 50 mL/min) o hepática. ^b Disminuir la dosis o evitarla en casos de insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina, 50 mL/min). ^c Limitar a 2,000 mg/día en caso de insuficiencia hepática.

- Niveles limitados de compresión del cordón.
- Deterioro neurológico mínimo.
- Inestabilidad espinal (que conduce a dolor mecánico y funcional).
- Radioterapia previa que se haya administrado a nivel de la compresión metastásica de la médula espinal.^{10,11}

La intervención quirúrgica junto con la radioterapia juegan un papel central en el manejo de pacientes con síndrome de compresión medular por cáncer, particularmente en casos de inestabilidad espinal y compresión causada por fragmentos óseos. Además de la mejora de los déficit neurológicos se ha informado que la cirugía produce dolor inmediato y sostenido, alivio y mejora de la calidad de vida. Las intervenciones van desde descompresiones de mínima invasión hasta técnicas individualizadas altamente sofisticadas que consideran la ubicación y la extensión. Una de estas técnicas es la descompresión quirúrgica con fusión instrumentada. La vertebroplastia y la cifoplastia solas generalmente no están indicadas para compresión medular metastásica con déficit neurológicos, aunque pueden ser útiles para fracturas vertebrales dolorosas por compresión en pacientes sin déficit neurológicos.^{7,10,11}

Radioterapia

La radioterapia se administra para reducir la presión sobre la médula espinal al encoger el tumor y también para lograr cierto control local; se puede administrar como una medida paliativa para



Cuadro XXIII-3. Elementos de la puntuación neoplásica de inestabilidad espinal

Ubicación	Puntaje
De unión (occipital-C2, C7-T2, T11-L1, L5-S1)	3
Columna móvil (C3-C6, L2-L4)	2
Semirrígido (T3-T10)	1
Rígido (S2-S5)	0
Dolor:	
Sí	3
Dolor ocasional pero no mecánico	1
Lesión sin dolor	0
Lesión ósea	
Lítico	2
Mixta (lítica/blástica)	1
Blástico	0
Alineación espinal radiográfica	
Subluxación/traslación presente	4
Deformidad <i>de novo</i> (cifosis/escoliosis)	2
Alineación normal	0
Colapso del cuerpo vertebral	
Más de 50% de colapso	3
Menos de 50% de colapso	2
Sin colapso con más de 50% del cuerpo involucrado	1
Ninguna de las anteriores	0
Compromiso posterolateral de elementos espinales:	
Bilateral	3
Unilateral	1
Ninguna de las anteriores	0

el control del dolor y ayuda para el manejo de la pérdida del control restante del esfínter. La radioterapia sola está indicada cuando:

- El paciente no es apto para la cirugía.
- Están involucrados múltiples niveles vertebrales.
- Hay compromiso vertebral extenso.
- El tumor es radiosensible, por ejemplo, carcinoma de células pequeñas y mieloma.

En los pacientes que está contraindicada la cirugía generalmente se administra radioterapia en el sitio de la metástasis para tratar de lograr el control sintomático. La quimioterapia primaria puede ser el tratamiento definitivo preferido en la minoría de los pacientes con compresión metastásica de la médula espinal que tienen una enfermedad relativamente quimiosensible como resultado de tumores de células germinales o linfoma. En un ensayo de control aleatorizado Patchell y col. (2005) demostraron que la cirugía seguida de radioterapia resultó en mejores resultados para los pacientes y mejor movilidad independiente que la radioterapia sola. Un metaanálisis de estudios que compararon la radioterapia con la cirugía seguida de radioterapia, realizado por Lee y col. (2014), no sólo confirmó mejores resultados ambulatorios, sino que también mejoró la supervivencia a los 6 y los 12 meses en los pacientes sometidos a un tratamiento de modalidad combinada. Los factores clave en la administración de radioterapia incluyen la dosis y el fraccionamiento y la consideración de volver a irradiar los sitios de radioterapia previa. La radioterapia de corta duración en pacientes con

Cuadro XXIII-4. Sistema de puntuación de Tokuhashi

Estado general (estado funcional, índice de Karnofsky)	Pobre: de 10 a 40%	0
	Moderado: de 50 a 70%	1
	Bueno: de 80 a 100%	2
Número de metástasis óseas extravertebrales	≥ 3	0
	1 o 2	1
	0	2
Número de metástasis vertebrales	≥ 3	0
	1 o 2	1
	0	2
Metástasis a los órganos principales	No reseables	0
	Resecables	1
	Sin metástasis	2
Sitio primario del cáncer	Pulmón, osteosarcoma, estómago, vejiga, esófago, páncreas	0
	Hígado, vesícula biliar, no identificado	1
	Otros	2
	Riñones, útero	3
	Recto	4
	Tiroides, mama, próstata, tumor carcinoide	5
Lesión medular	Completa (escala de Frankel A, B)	0
	Incompleta (escala de Frankel C, D)	1
	Ninguna (escala de Frankel E)	2

Criterios de pronóstico: de 0 a 8 puntos: < 6 meses, de 9 a 11 puntos = 6 meses, de 12 a 15 puntos = 1 año. Tomado de Tokuhashi *et al.*, 2005.

peor pronóstico está respaldada por ensayos controlados aleatorizados (Hoskin y col., 2017). No existe un régimen de tratamiento de radioterapia estandarizado para la compresión metastásica de la médula espinal, pues aunque en todo el mundo se utilizan muchos programas y dosis de fraccionamiento, aún faltan estudios comparativos que demuestren superioridad. Es deseable un tiempo de tratamiento más corto para la comodidad y conveniencia del paciente, especialmente en los que tienen peor esperanza de vida. Los aspectos prácticos de los viajes y el posicionamiento del paciente para el tratamiento pueden estar asociados a una incomodidad significativa. Rades y col. (2005) evaluaron retrospectivamente cinco programas de radiación y factores de pronóstico en un estudio multicéntrico y demostraron que los cinco programas probados fueron comparativamente efectivos. Por lo tanto, recomiendan que se ofrezca el tiempo de tratamiento más corto (1 x 8 Gy) a los pacientes con una supervivencia estimada pobre. Esto se asocia a buenos resultados funcionales iniciales. En los pacientes con un mejor pronóstico del cáncer y la movilidad los oncólogos prefieren una dosis más alta en un régimen fraccionado (Pease y col., 2004). Se puede ofrecer esquemas más prolongados (p. ej., 10 x 3 Gy) a los pacientes con una supervivencia estimada mayor de cuatro a seis meses. Los datos sugieren que los programas de tratamiento más prolongados se pueden asociar a menos recaídas y una mejor recalcificación.^{3,9,12}

Una vez que se dispone de la resonancia magnética y de los puntajes de SINS y de Tokuhashi se toma una decisión urgente acerca del manejo definitivo. La cirugía está indicada en pacientes con:

Atención de rehabilitación

La independencia y la calidad de vida de los pacientes con cáncer pueden verse afectadas por las secuelas de la enfermedad. La isquemia de la médula espinal resultante de la compresión metastásica de la médula espinal puede provocar un déficit neurológico permanente con reducción de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Los pacientes postrados en cama tienen



un mayor riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica, infecciones de las vías urinarias y respiratorias, y úlceras por presión. Se deben considerar estrategias farmacológicas y de enfermería para minimizar estos riesgos.^{5,12}

La rehabilitación debe incluir un manejo médico apropiado y estrategias preventivas. La alteración de la función vesical e intestinal puede tener un efecto profundo en estos pacientes. Idealmente esto se proporciona en forma de rehabilitación neurológica funcional hospitalaria especializada o, en su caso, atención en el propio hogar del paciente. La rehabilitación después de la compresión por metástasis medular está determinada por los objetivos del paciente, los requisitos de atención y el pronóstico. La mayoría de los pacientes logran ganancias funcionales comparables con las de los pacientes con lesión isquémica o traumática de la médula espinal. Las consideraciones clave incluyen atención de rehabilitación durante la hospitalización aguda, manejo de la vejiga y el intestino neurogénicos, prevención de las úlceras de decúbito y transición fuera del entorno de cuidados agudos.^{2,5,12}

Manejo integral y cuidados paliativos

El manejo integral de los pacientes con síndrome de compresión medular en cuidados paliativos implica el fortalecimiento de la atención en sus tres esferas (aspectos biopsicosociales), teniendo de la mano el apoyo conjunto con psicología y tanatología, en comunicación estrecha con el servicio de oncología y rehabilitación. Las preocupaciones psicosociales de los pacientes con síndrome de compresión medular por metástasis incluyen el afrontamiento, las necesidades familiares y de cuidado, y la planificación anticipada de la atención. Los pacientes pueden expresar preocupaciones acerca de la movilidad reducida, el aumento de la carga del cuidado de sus seres queridos y las barreras para recibir atención en el hogar. Con frecuencia expresan preocupaciones acerca de las limitaciones en su vida social y el temor de ser vistos como personas con discapacidad en entornos sociales. Además los pacientes deben manejar la incertidumbre acerca de su recuperación funcional y pronóstico general. Los oncólogos pueden colaborar con los médicos de cuidados paliativos junto con el personal de psicología para explorar el afrontamiento, los miedos y las dificultades de los pacientes, así como garantizar que reciban una atención que sea coherente con sus objetivos y valores, un componente fundamental de la atención de alta calidad. Las primeras conversaciones sobre la planificación anticipada de la atención con pacientes gravemente enfermos se han asociado a mejores resultados para los pacientes y sus familiares.^{11,14}

REFERENCIAS

1. **Bautista HMY:** Síndrome de compresión medular por cáncer. *Gac Mex Oncol* 2011;10(5):295-302.
2. **Patnaik S, Turner J, Inaparthi P, Kieffer WK:** Metastatic spinal cord compression. *Br J Hosp Med (Lond)* 2020;81(4):1-10.
3. **Soriano LJ, Rojas AP, Pons LD, González RD, Leyva CG:** Síndrome de compresión medular en el paciente con cáncer. *Med Int Méx* 2022.
4. **Sodji Q, Kaminski J, Willey C, Kim N, Mourad W et al.:** Management of metastatic spinal cord compression. *South Med J* 2017;110(9):586-593.
5. **Lawton AJ, Lee KA, Cheville AL, Ferrone ML, Rades D et al.:** Assessment and management of patients with metastatic spinal cord compression: a multidisciplinary review. *J Clin Oncol* 2019;37(1):61-71.
6. **Al-Qurainy R, Collis E:** Metastatic spinal cord compression: diagnosis and management. 2016.
7. **Sanz FME, Molinero BE:** Protocolo diagnóstico y tratamiento de la compresión medular en el paciente oncológico. *Medicine* 2013;11(27):1681-1685.
8. **Abrahm JL:** *A physician's guide to pain and symptom management in cancer patients*. 3ª ed. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2014.
9. **George R, Jeba J, Ramkumar G, Chacko AG, Tharyan P:** Interventions for the treatment of metastatic extradural spinal cord compression in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2018(9):CD006716.

10. **Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB et al.:** Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations. *Pain* 2007;132(3):237-251.
11. **Ferrone M, Cheville A, Balboni TA, Abrahm J:** Update on spinal cord compression for the palliative care clinician. *J Pain Symptom Manage* 2017;54(3):3949.
12. **Barzilai O, Laufer I, Yamada Y, Higginson DS, Schmitt AM et al.:** Integrating evidence-based medicine for treatment of spinal metastases into a decision framework: neurologic, oncologic, mechanical stability, and systemic disease. *J Clin Oncol* 2017;35(21):2419-2427.
13. **Huang ME, Sliwa JA:** Inpatient rehabilitation of patients with cancer: efficacy and treatment considerations. *PM R* 2011;3(8):746-57.
14. **Bernacki R, Hutchings M, Vick J, Smith G, Paladino J et al.:** Development of the serious illness care program: a randomized controlled trial of a palliative care communication intervention. *BMJ Open* 2015;5(10):e009032.





ÍNDICE ALFABÉTICO

Números

5-fluorouracilo, 164

A

absceso, 259
acalasia, 177
acetato de megestrol, 138
acetónido de triamcinolona, 170
aciclovir, 171
ácido
 graso omega-3, 138
 hialurónico, 171, 173
 valproico, 267
 zoledrónico, 279
adenocarcinoma mucosecretor, 129
agotamiento emocional, 145
alergia, 152
alteración
 del ciclo sueño-vigilia, 244
 del sueño, 147, 211, 225
amitriptilina, 222, 227, 278, 279
anamorelina, 138
anemia, 59, 125, 126, 128, 136, 221
 asociada al cáncer, 128
 hemolítica, 129
 autoinmunitaria, 129
 nutricional, 129
anfebutamona, 222, 227
anfotericina B, 172
angina
 de pecho, 176
 inestable, 84
anhedonia, 196
anorexia, 41, 76, 133, 134, 135, 136, 196, 225
 nerviosa, 137, 198
ansiedad, 40, 76, 96, 136, 138, 146, 164, 173,
 182, 193, 194, 195, 198, 200, 205, 207, 211,
 217, 218, 220, 228, 232
 orgánica, 219
 reactiva, 219

apnea obstructiva del sueño, 205
aprepitant, 154, 174, 176
taquicardia, 220
aripiprazol, 248
arritmia, 63, 219
arteriopatía periférica, 64
artritis, 64
 reumatoide, 15
artrosis, 64
asbestosis pleural, 162
ascitis, 60, 160, 162
asma, 151, 154, 219
ataque
 de angustia, 219
 de pánico, 219
ataxia, 257
atonía muscular, 206
atrofia muscular, 136, 137
 periférica, 157
autismo, 111

B

bacteremia, 61
 por *Mycobacterium avium complex*, 64
bisacodilo, 279
bleomicina, 161, 164
bronquiectasia, 151
bronquitis, 152, 157, 219
 crónica, 58
buprenorfina, 188, 222
bupropión, 222
buspirona, 201, 222

C

cáncer, 101, 207
 avanzado, 68
 colorrectal, 255
 de cabeza y cuello, 117
 de células pequeñas, 260
 de colon, 151
 y recto, 194, 207

de cuello uterino, 128
de endometrio, 128
de esófago, 177
de hígado, 207
de mama, 97, 117, 151, 205, 207, 212, 255, 260, 273
de ovario, 128
de páncreas, 117
de próstata, 117, 228, 273
de pulmón, 58, 151, 175, 194, 205, 207, 255, 273
de células
 no pequeñas, 258
 pequeñas, 258, 273
de riñón, 228
de tiroides, 228
de útero, 117
de vejiga, 208, 228
de vulva, 128
gástrico, 175
gastrointestinal, 208
genitourinario, 117
ginecológico, 194
hematológico, 194
metastásico, 273
pulmonar, 76, 164, 255
renal, 255
testicular con metástasis, 84
candidiasis, 173
 oral, 172
cansancio, 146
caquexia, 133, 134, 135, 136, 137
 por cáncer, 138
carbamazepina, 222
carbenoxolona, 171
carcinoma
 bronquial, 85
 de células
 pequeñas, 263, 280
 renales, 257
 hepatocelular, 59, 128
 renal, 127
 suprarrenal, 127
carcinomatosis
 leptomeningea, 241
 pleural, 160
cardiopatía isquémica, 64
cefalea tensional, 267

cefepima, 127
cetuximab, 170
cifosis, 120
 inestable, 274
ciproheptadina, 138
cirrosis, 59, 128
citalopram, 222, 227
citrato de fentanilo, 157
clorhexidina, 170
clorpromazina, 157, 159, 248
clotrimazol, 172
codeína, 181
colangiocarcinoma, 127
colangitis esclerosante, 59
complicación respiratoria, 136
compresión
 medular por cáncer, 279
 metastásica de la médula espinal, 278, 279
 por metástasis medular, 282
confusión, 258
convulsión, 157, 258, 264, 267
cor pulmonale, 58, 60
Corynebacterium parvum, 164
COVID-19, 144, 233
crisis
 convulsiva, 266
 de angustia, 222
 de ansiedad, 222
 de dolor, 222
 disneica, 157

D

adenocarcinoma de pulmón, 257
deficiencia nutricional, 242
déficit cognitivo, 264
delirio, 157, 239
delirium, 40, 66, 68, 219, 222, 223, 232, 239, 241, 250
 hiperactivo, 241, 245, 248
 hipoactivo, 245, 248
 persistente, 244
 posoperatorio, 240
demencia, 15, 54, 61, 63, 64, 68, 247
depresión, 65, 76, 96, 109, 136, 146, 147, 187, 193, 195, 200, 205, 207, 211, 217, 218, 220, 224, 225, 227, 232
cardiopulmonar, 120
 mayor, 193, 196, 197, 198, 219

menor, 193
 dermatomiositis, 127
 derrame pleural, 152, 158, 160
 maligno, 152, 158, 162
 desmielinización neural, 273
 desnutrición, 61, 139
 deterioro
 cognitivo, 54, 196, 207, 249, 260, 267
 funcional, 54
 neurológico, 278
 dexametasona, 138, 157, 159, 174, 176, 264, 267,
 276, 278, 279
 dexlansoprazol, 179
 dexmedetomidina, 248
 dextrometorfano, 154
 diabetes, 15, 16, 52, 65, 84, 126, 187, 194
 mellitus, 60, 63, 73, 83, 120, 137, 180, 181
 diazepam, 158, 159
 difenhidramina, 170
 disautonomía, 181
 discinesia, 182
 disfagia, 61, 151
 esofágica, 177
 disfonía, 153
 disfunción neurocognitiva, 196
 disfunción renal, 126
 disgeúsia, 171
 disnea, 40, 41, 56, 59, 68, 151, 154, 155, 157, 158,
 159, 161, 164
 de esfuerzo, 156
 en reposo, 40
 dispepsia, 169, 181
 distensión abdominal, 187, 188
 dolasetrón, 174
 dolor
 abdominal, 188
 crónico, 37, 45, 117
 de cabeza, 257, 266
 de cadera, 274
 de espalda, 274, 276, 277
 de la metástasis ósea, 278
 de pecho, 178
 incidental, 67
 inflamatorio, 278
 intenso, 222
 irruptivo, 67
 lumbar, 120
 lumbosacro, 274
 musculosquelético, 147, 153
 neuropático, 67, 120, 278
 neurótico, 222
 oncológico, 119, 187
 visceral, 118
 pélvico, 119
 persistente, 136
 pleurítico, 158
 por cáncer, 117, 118
 neuropático, 278
 por compresión metastásica, 274
 torácico, 177, 274
 visceral, 120
 domperidona, 182
 duloxetina, 212, 222

E

econazol, 172
 edema, 136, 157, 258
 cerebral, 264, 267
 de la médula espinal, 278
 extracelular vasogénico, 264
 pulmonar, 151
 vasogénico, 264
 masivo, 266
 temblor, 220
 embolia pulmonar, 160
 emesis, 173
 empiema, 160, 164
 encefalopatía, 59, 242
 aguda, 240, 247
 hepática, 59
 enfermedad
 autoinmunitaria, 129, 137
 cardiaca, 73, 83
 avanzada, 56
 cardiovascular, 16, 52, 64, 83, 147, 207
 crónica, 15
 celiaca, 137
 cerebrovascular, 54
 crónico-degenerativa, 51
 de la vergüenza, 97
 de Parkinson, 15, 54, 61, 64, 224
 hematológica, 41
 hepática
 cirrótica, 59
 crónica, 15
 infecciosa, 128



- crónica, 134
- inflamatoria crónica, 134
- intestinal inflamatoria, 137
- metastásica, 194
- neoplásica, 51
- neurodegenerativa, 53, 68
- neurológica, 15, 61, 64, 65
 - crónica, 54
- oncológica, 54
 - avanzada, 52
- por reflujo gastroesofágico, 175
- psiquiátrica, 218
- pulmonar, 58, 83
 - crónica, 16
 - obstruktiva crónica, 58, 134, 151, 158
 - progresiva, 60
- renal crónica, 59, 134, 194
- respiratoria, 52
 - crónica, 15
 - progresiva, 151
- reumatológica, 64, 137
- tromboembólica, 282
- vascular cerebral, 207
- enfisema, 58, 152
- entumecimiento de los dedos
 - de las manos, 275
 - de los pies, 275
- eritema, 170
 - en parches, 172, 173
- eritromicina, 182
- erlotinib, 170
- vértigo, 220
- escitalopram, 222, 229
- esclerodermia, 177
- esclerosis
 - lateral amiotrófica, 54, 63
 - múltiple, 15, 54
- esofagitis, 178
 - eosinofílica, 177
 - erosiva, 178
- esófago de Barrett, 178
- esomeprazol, 179
- espasmo esofágico difuso, 177
- esquizofrenia, 197, 198
- estado
 - comatoso, 65
 - de depresión, 193
 - epiléptico, 247

- estenosis
 - péptica, 177, 178
 - pilórica, 180
- estreñimiento, 76, 136, 187, 188
 - con tránsito
 - lento, 187
 - normal, 187
 - inducido por opioides, 188, 189
- estrés, 206, 208, 218, 247, 248, 249
 - agudo, 145
 - catastrófico, 200
 - crónico, 143, 224
 - laboral, 143
 - crónico, 145
 - por enfermedad, 94
 - posquirúrgico, 241
 - postraumático, 198, 228
 - psicológico, 195, 240
 - psicosocial, 195
- evento
 - cerebrovascular, 62, 64, 240
 - vascular cerebral, 224, 258

F

- falla
 - hepática, 240
 - multiorgánica, 53, 67
- famciclovir, 171
- fatiga, 56, 59, 76, 125, 133, 136, 138, 151, 197, 207, 208, 225, 258, 264
 - aguda, 125
 - asociada al cáncer, 126
 - crónica, 125
 - relacionada con cáncer, 208
 - subaguda, 125
- fenitoína, 267
- fenotiazina, 174
- fentanilo, 188, 279
- feocromocitoma, 127
- fibrilación auricular, 63
- fibrosis pulmonar, 58
- fiebre
 - de origen
 - infeccioso, 127
 - tumoral, 127
 - inducida por quimioterapia, 127
 - neoplásica, 127
 - tumoral, 127

fluconazol, 171
fluocinolona, 170
fluoxetina, 222, 227
fluvoxamina, 227
fobia social, 219
fosaprepitant, 174, 176
fractura, 64, 65, 274
 costal, 153
 de compresión patológica, 120
 de tobillo, 84
 patológica, 118
 vertebral, 279
furosemida, 157, 159

G

gabapentina, 154, 222, 278, 279
gastroparesia, 180, 181, 182
granisetron, 174

H

halitosis, 151
haloperidol, 222, 248
Helicobacter pylori, 175
hematoma
 epidural, 120
 retroperitoneal, 119
hemianopsia, 63
hemorragia
 cerebral masiva, 53
 intracraneal, 258, 267
 intratumoral, 258
heparina de bajo peso molecular, 266
hepatoma, 127
hepatopatía crónica, 54
hernia de hiato, 178
hidrocefalia, 267
 normotensiva, 64
hidromorfona, 279
hidróxido
 de aluminio, 171
 de magnesio, 171, 172
hipercalcemia, 76
hiperfagia, 220
hiperlipidemia, 194
hipersomnía, 197, 207, 211
 idiopática, 210

hipertensión, 195
 arterial, 60
 endocraneal, 77
 intracraneal, 258, 264, 267
 portal, 54
 pulmonar, 151
hipertermia, 221, 242
hipoglucemia, 240
hipogonadismo, 137
hiponatremia, 77
hipotensión ortostática, 64, 119
hipotermia, 242
hipotiroidismo, 126, 198
hipoxia
 cerebral, 242
 intermitente prooncogénica, 207

I

ictus, 62, 63
íleo paralítico, 275
imipramina, 222, 227
impactación fecal, 188, 189, 240
incontinencia, 65
 fecal, 62, 275
 rectal, 61
 urinaria, 62, 153
 vesical, 61
indometacina, 127
inestabilidad
 espinal, 279, 280
 vertebral, 274
infarto
 cerebral, 259
 de la médula espinal, 273
infección
 crónica, 137, 158
 micótica, 171
 por *Candida albicans*, 172
 por *Helicobacter pylori*, 175
 por VIH, 137
 viral, 152
 vírica, 171
infección
 de las vías
 respiratorias, 282
 urinarias, 242, 282
del sistema nervioso central, 242
por *Cryptosporidium*, 64



por el virus
 de la hepatitis B, 59
 de la hepatitis C, 59
 de la inmunodeficiencia humana, 54
 pulmonar, 58
 respiratoria, 61
 sistémica, 53, 242
 urinaria, 61
 inflamación
 causada por *Helicobacter pylori*, 175
 crónica asociada a cáncer, 128
 pulmonar crónica, 85
 inmunosupresión, 120
 insomnio, 174, 195, 196, 197, 205, 207, 208,
 209, 211, 212, 228
 de conciliación, 212
 de mantenimiento, 212
 insuficiencia
 cardíaca, 54, 59, 64, 158, 176, 219, 221
 congestiva, 162
 crónica, 56, 134
 hepática, 64, 68
 hepatocelular, 54
 renal, 64, 68
 crónica, 54
 respiratoria, 58, 151, 155, 164
 crónica, 54
 insulina, 138
 intolerancia a la glucosa, 138
 hiporexia, 220
 isoniácida, 54
 isquemia de la médula espinal, 281
 itraconazol, 173

K

ketoconazol, 172

L

laringitis, 178
 lesión
 medular, 281
 metastásica, 258
 ósea, 280
 renal, 119
 vascular, 118, 273
 leucemia, 242

aguda, 127
 linfocítica crónica, 129
 mielóide, 126
 no linfocítica aguda, 135
 leucoencefalopatía multifocal, 64
 levetiracetam, 266, 267
 levodopa, 61
 lidocaína, 171, 173
 linfangitis carcinomatosa, 157
 linfoma
 de células B, 207
 de Hodgkin, 127
 gástrico, 175
 no Hodgkin, 127, 135, 273
 sistémico, 64
 lorazepam, 174

M

macrogol, 189
 melanoma, 151, 255, 257
 melatonina, 138
 meropenem, 127
 mesotelioma, 160, 162
 metástasis
 a distancia, 118
 al pulmón, 151
 cerebral, 54, 75, 241, 255, 256, 257, 260,
 263, 265, 273
 múltiple, 257
 solitaria, 257
 única, 257
 de columna vertebral, 120
 en las leptomeninges, 258
 esclerótica, 278
 espinal, 275
 extracraneal, 259, 267
 hepática, 54, 75
 intracraneal, 267
 lítica, 278
 medular, 54, 75
 óseas extravertebrales, 281
 por melanoma, 266
 pulmonar, 54, 75
 vertebral, 120, 281
 metilnaltrexona, 189
 metoclopramida, 174, 176, 182
 miconazol, 172
 midazolam, 157

mieloma, 280
 múltiple, 208, 273
mitomicina, 161, 164
mixoma auricular, 127
morfina, 6, 74, 154, 157, 159, 164, 181, 279
mucositis, 169, 173

N

naloxegol, 189
naloxona, 189
naltrexona, 189
naproxeno, 127
narcolepsia, 210
neoplasia, 277
 cerebral, 257
 ginecológica maligna, 128
 hematológica
 de linfocitos B, 129
 maligna, 126
 intracraneal, 255
 maligna, 137
neumonía, 61, 249
neumonitis aguda, 164
neumopatía crónica, 83
neuropatía
 de la médula espinal, 187
 inducida por quimioterapia, 120
 periférica, 64
neutropenia, 126
 febril, 127
nistagmo, 257
nistatina, 171, 172, 173
nortriptilina, 279

O

obesidad, 65, 181
obstrucción intestinal, 77, 136, 188
oclusión
 intestinal, 187
 vascular, 118
olanzapina, 138, 174, 222, 248
omeprazol, 179
ondansetrón, 174, 176
osimertinib, 263
osteoporosis, 64, 179
osteosarcoma, 127

oxibutinina, 127, 128
oxicodona, 181, 189, 279

P

paciente
 con adenocarcinoma de pulmón, 257
 con anuria, 60
 con cáncer, 21, 37, 38, 117, 125, 128, 129, 133, 134, 138, 139, 172, 255, 273
 avanzado, 133, 134, 157
 de mama, 7
 de próstata, 126
 neutropénico, 126, 127
 con caquexia, 135
 con carcinoma de células renales, 127
 con compresión metastásica de la médula espinal, 280
 con conducta suicida, 231
 con *delirium*, 247, 248, 250
 con demencia avanzada, 61
 con derrame pleural maligno, 164
 con deterioro cognitivo, 101
 con dolor, 78
 por cáncer
 de ano, 119
 de recto, 119
 de vulva, 119
 con enfermedad
 crónica, 187
 de Parkinson, 61, 62
 no transmisible, 74
 pulmonar, 58, 164
 renal crónica, 59
 con epilepsia, 267
 con esofagitis, 178
 con esquizofrenia crónica, 95
 con evento cerebrovascular, 62
 con fiebre y sudoración, 127, 128
 con gastroparesia, 182
 con glioma, 194
 con hipogonadismo, 137
 con *ictus*, 63
 con insuficiencia renal, 60
 con lesión
 de la médula espinal, 278
 isquémica de la médula espinal, 282
 traumática de la médula espinal, 282
 con leucemia



- aguda, 127
- mieloide, 126
- con linfoma, 127
- con metástasis, 264
 - cerebral, 257, 260
 - espinal, 274
- con mucositis, 171
- con neoplasia maligna sistémica, 255
- con riesgo de convulsiones, 266
- con SIDA, 64
- con síndrome
 - de *burnout*, 144
 - de compresión medular, 282
- con trastorno
 - de ansiedad, 218
 - del estado de ánimo, 96
- con tumor primario desconocido, 260
- críticamente enfermo, 151
- con cáncer, 193, 194, 208, 227, 228
 - colorrectal, 193
 - de mama, 193
 - de próstata, 198
 - de pulmón, 193
 - genitourinario, 193
 - ginecológico, 193
- en coma, 63
- en estado psicótico, 95
- neutrópico, 126
- oncológico, 54, 56, 160, 169, 172, 173, 211
- traumatizado, 101
- palonosetrón, 174
- paludismo, 128
- pamidronato, 279
- pancreatitis, 160
- pantoprazol, 179
- papiledema, 258
- paracetamol, 279
- parálisis, 278
 - bulbar, 63
 - de las extremidades, 63
- paraplejía, 119
- parasitosis, 128
- parestesia, 275
- paroxetina, 222, 227
- pérdida
 - de la memoria, 258
 - de masa muscular, 133
 - de peso, 61, 63, 137

- de sensibilidad, 65
- perforación esofágica, 160
- pericarditis urémica, 60
- peritonitis bacteriana, 59
- pilocarpina, 172, 173
- pirosis, 177, 180
- poliarteritis nodosa, 137
- polietilenglicol, 279
 - 4000, 189
- polimialgia, 64
- polimiositis, 127
- polineuropatía, 60
- prednisona, 157, 159
- pregabalina, 278, 279
- pregabalina, 154, 212, 222
- propofol, 248
- psicosis, 228, 278

Q

- quemadura, 242
- quetiapina, 222, 248

R

- radiculopatía crónica, 120
- reboxetina, 227
- reflujo, 178
 - gastroesofágico, 154, 169, 175, 181
- regurgitación, 177
- resistencia a la insulina, 133
- retención urinaria, 240, 275
- riesgo
 - de caída, 223
 - de desarrollar síndrome de *burnout*, 146
 - de fractura, 179
 - de infección, 120, 126
 - de padecer depresión, 194
 - de sangrado, 260
 - de suicidio, 229
- rifampicina, 54
- rinosinusitis crónica, 154
- risperidona, 222, 248
- bromazepam, 223

S

- Salmonella*, 180
- sangrado de la mucosa oral, 169

sarcoma, 135
 de huesos, y tejidos blandos, 151
 de Kaposi visceral, 64
 sarcopenia, 134, 136
 sepsis, 61, 64, 240, 242
 progresiva, 126
 sertralina, 222, 227
 sialorrea, 118
 SIDA, 15, 16, 52, 54, 63, 64, 83, 97, 128, 134
 silicato de magnesio, 164
 síndrome
 anginoso, 59
 confusional, 51, 223
 de abstinencia, 246, 248
 de agotamiento laboral, 147
 de anorexia-caquexia, 133, 134, 139
 de apnea obstructiva del sueño, 207, 211
 de *burnout*, 143, 144, 145, 146
 de cauda equina, 274
 de Claude Bernard-Horner, 275
 de compresión
 de la vena cava superior, 157
 medular, 277
 por cáncer, 273
 de delirio, 244
 de *delirium*, 240, 241, 244, 246, 247, 248, 249
 de desgaste, 143
 profesional, 143
 de Evans, 129
 de fatiga crónica, 125
 de hipersensibilidad a la tos, 152
 de hipertensión intracraneal, 264
 de inmovilidad, 241
 de inmunodeficiencia adquirida, 63
 de Parry-Romberg, 137
 de piernas inquietas, 207, 209, 211
 del ocaso, 247
 depresivo, 195
 doloroso regional, 120
 endocrino, 264
 epónimo, 137
 geriátrico, 67
 hepatobiliar, 60
 hepatorrenal, 59
 metabólico, 133
 nefrótico, 162
 neurocognitivo, 241
 mayor, 240, 247, 249
 neurodegenerativo, 61
 neurológico focal, 247
 neuropsiquiátrico, 240
 paraneoplásico, 127, 241
 proliferativo, 160
 reumatológico, 127
 serotoninérgico, 222
 urémico, 59
 sobrepeso, 181, 211
 sucralfato, 171, 173, 180
 sueño de movimientos oculares rápidos, 206
 suicidio, 197, 198, 217, 227, 228, 229, 233
 sulfato de hidralazina, 138

T

tabaquismo, 73, 120
 tapentadol, 266
 taquicardia, 60
 temblor, 61, 182
 violento, 61
 timoma, 129
 tirotoxicosis, 137
 tos
 aguda, 152, 154
 crónica, 152, 154, 178
 de aspiración protectora espontánea, 152
 persistente, 164
 progresiva, 161
 sin esputo, 152
 subaguda, 152
 toxicidad por anestésico local, 119
 toxina botulínica, 118
 toxoplasmosis, 64
 tramadol, 266
 trasplante de órgano, 54
 trastorno
 afectivo, 228
 ansioso, 198
 de adaptación, 200
 de ansiedad, 96, 111, 218, 219, 220, 221, 222
 generalizada, 197, 200, 219
 por separación, 198
 social, 198
 de control de impulsos, 111
 de la personalidad, 95, 111
 de la sudoración, 275
 de pánico, 198, 219

de personalidad, 228
degenerativo, 217
del estado de ánimo, III, 218
del movimiento, 207
del sueño, 125, 174, 205, 206, 208, 209, 212, 218
 estresante, 208
delirante, 197, 198
depresivo, 195, 198, 223, 226
 mayor, 223, 247
electrolítico, 126
esquizaafectivo, 197
esquizofreniforme, 197
infeccioso, 217
límite de la personalidad, 95
metabólico, 147, 217
neurológico, 224
obsesivo-compulsivo, 198, 200
por ansiedad, 200
por déficit de atención e hiperactividad, III
por estrés postraumático, 200, 219
psicótico, 197, 247
psiquiátrico, 137, 218, 224
respiratorio del sueño, 205
traumático, 217
trauma, 194
traumatismo, 242
 craneoencefálico, 242
trazodona, 212
tioconazol, 173
trombocitopenia autoinmunitaria, 129
trombosis venosa, 264
tropisetron, 174
tuberculosis, 54, 128, 137, 158, 160
 resistente a los medicamentos, 15
tumor
 hipotalámico, 127

mediastínico, 160
mucosecretor, 129

U

úlceras
 de decúbito, 54, 282
 gástrica, 278
 por presión, 61, 64, 282
ulceración
 dolorosa de las mucosas, 169
 oral, 134

V

valproato, 222
varices esofágicas, 59
venlafaxina, 222, 227
VIH, 16, 83
virus
 de Epstein-Barr, 180
 del herpes, 180
vitamina
 A, 128
 B₁₂, 128, 129, 179, 224
vonoprazán, 180

X

xerostomía, 134, 169, 171, 173

Y

yodopovidona, 161, 164

Z

ziprasidona, 248





1 9 4 3 - 2 0 2 3

Esta obra se terminó de imprimir y encuadernar el XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX en los talleres de
XX, con un tiraje de XXXXXXXXXXXX ejemplares
en papel couché y forros en cartulina Sundance felt.