

# **MANEJO DEL PACIENTE ONCOLOGICO**

## **EN SITUACION TERMINAL**

### **Autores:**

Francisco Temboursy Ruiz  
Médico adjunto Area Urgencias Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Victoria . Málaga

Eva Mons Checa  
Médico Residente de Oncología  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria  
Málaga

### **Dirección de Referencia:**

Francisco Temboursy Ruiz.  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria  
Campus Universitario de Teatinos.  
29010 Málaga  
Teléfono: 952225822

# EL MANEJO DEL PACIENTE ONCOLOGICO EN SITUACION TERMINAL

## INDICE

### I EL MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL

DOLOR  
SINTOMAS RESPIRATORIOS  
CUIDADOS DE LA BOCA  
CUIDADOS DE LA PIEL  
LINFEDEMA  
SINTOMAS GASTROINTESTINALES  
ANOREXIA Y CAQUEXIA  
SINTOMAS PSICOLÓGICOS  
LAS ULTIMAS 48 HORAS

### II. SINDROME DE COMPRESION MEDULAR

### III SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

## **I. EL MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE ONCOLOGICO TERMINAL**

Según la SECPAL ( Sociedad Española de Cuidados Paliativos) la enfermedad terminal se caracteriza por:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades de respuesta a tratamientos específicos.
- Numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita a no de la muerte.
- Pronóstico inferior a 6 meses.

Aunque dada la dificultad para establecer pronósticos de supervivencia el valor de este último punto es únicamente estadístico, el paciente terminal tiene por definición una expectativa de vida corta y nuestro objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su calidad de vida.

Es importante diferenciar los pacientes terminales de aquellos que se encuentran en un estadio avanzado de su enfermedad, con pocas posibilidades de curación pero que son capaces de responder potencialmente a tratamientos específicos que no han sido aplicados y podrían aumentar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida si son eficaces. Enfermedad metastásica avanzada no tiene porque ser sinónimo de enfermedad terminal.

Este grupo de pacientes precisa por tanto de la atención de unidades especializadas en cuidados paliativos que son definidos por el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa de Europa contra el Cáncer como la “Atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso del duelo”.

Como es lógico todo esto se escapa de la labor que puede y debe realizar un servicio de urgencias, pero aún así el 80% de los fallecimientos en las grandes ciudades ocurren en el hospital y no es infrecuente que nos encontremos familiares que no saben como manejar determinadas situaciones y no tienen otra posibilidad que acudir a su hospital de referencia. En muchas ocasiones basta con un tratamiento adecuado de los síntomas y por supuesto poner a la familia en contacto con las unidades de cuidados paliativos que podrán hacer un seguimiento cercano del paciente ayudándole en todo momento según sus necesidades.

Como muchos de los síntomas que presentan los pacientes en situación terminal han sido abordados en profundidad en otros capítulos, vamos a hacer un repaso de aquellos más frecuentes destacando su manejo específico en estos casos.

Síntomas	4 sem.	1 sem.
	%	%
Fatiga	58	52
Dolor	54	34
Debilidad	43	49
Confusión	24	28
Ansiedad	21	18
Tos	6	7

Prevalencia de síntomas 1 y 4 Semanas antes de la muerte

**1. DOLOR:** Este es uno de los síntomas más frecuentes y que más influye en el bienestar del paciente terminal. Destacar la importancia de usar las dosis adecuadas en intervalos regulares de los analgésicos utilizados según las características del dolor y la situación del paciente. Siempre que sea posible debemos usar la vía oral.

La Organización Mundial de la Salud divide el tratamiento analgésico en 3 escalones:

- **Primer escalón:** Analgésicos periféricos no opioides como los salicilatos, metamizol, paracetamol y los AINES.
  
- **Segundo escalón:** Analgésicos opioides débiles como la codeína, la dehidrocodeína y el tramadol.
  
- **Tercer escalón:** Analgésicos opioides potentes como la morfina, la metadona o el fentanilo, éste último por vía tópica.

Es muy frecuente la combinación de los fármacos del primer escalón con los otros dos grupos pero NO deben utilizarse de forma simultánea los del segundo y el tercero porque pueden contrarrestar sus efectos mutuamente.

Los analgésicos **adyuvantes** como los corticoides (prednisona, metilprednisolona), antidepresivos (amitriptilina) o anticonvulsivantes (carbamacepina) se utilizan junto a los anteriores para dolores de difícil control como el dolor neuropático. Los bifosfonatos son útiles para el tratamiento del dolor secundario a las metástasis óseas además de disminuir la incidencia de sus complicaciones.

A veces son precisas técnicas invasivas como la administración de drogas mediante catéteres al espacio epidural o al subaracnoideo y los bloqueos centrales o periféricos. Tampoco hay que olvidar la utilidad de la radioterapia en caso de metástasis óseas o cerebrales.

## **2. SINTOMAS RESPIRATORIOS:**

- a. **DISNEA:** Es un síntoma subjetivo que se define como la sensación de falta de aire y es una de las situaciones que más angustia al enfermo y a la gente que le rodea. Su fuerte componente psicológico hace que los niveles de ansiedad lleven al enfermo a crisis de pánico que agravan la situación entrando en un círculo vicioso que debemos detener.

- **Medidas generales:** Tranquilizar al paciente, explicarle la situación y NO dejarle sólo. Intentar técnicas de relajación. Ambiente aireado. Elevar el cabecero de la cama.

Es fundamental prevenir las crisis evitando factores desencadenantes como el estreñimiento, la fiebre, inhalación de humos...

- **Oxígeno:** Es útil en casos de hipoxia. Cuando la enfermedad es avanzada se debe intentar limitar a situaciones agudas porque su uso crónico crea una gran dependencia limitando la calidad de vida del paciente. Las gafas nasales son mejor toleradas que la mascarilla y el oxígeno humedecido evita la sequedad en las fosas nasales.

- **Benzodiacepinas:** Su acción ansiolítica, sedativa y como relajante muscular ayuda a evitar las crisis de pánico.

**Lorazepam :** 0.5-2 mg sublinguales. Util en episodios agudos.

**Diazepam:** Se puede iniciar con 5 mg cada 12 ó 24 h vía oral (nocturno). Es preferible su uso como ansiolítico regular aunque también se puede utilizar durante una crisis en dosis de 5-10 mg intravenosos a menos de 5 mg/mn.

**Midazolam:** Inicialmente 2.5-5 mg sc o 10 mg/24 h en infusión sc o iv.

- **Mórficos:** Aunque su mecanismo de acción no está muy claro parece que deprimen el centro respiratorio al reducir su respuesta a la hipercapnia y disminuyen la frecuencia respiratoria haciendo la ventilación más eficaz.

**Morfina soluble o comp. de liberación inmediata:** Iniciar con 2.5-5 mg / 4h vía oral.

**Morfina en comprimidos de liberación retardada:** Iniciar con 10 mg / 12 h vía oral ajustando la dosis de forma progresiva.

**Morfina parenteral :** 5-10 mg vía subcutánea o intravenosa ( a 2 mg / mn en dilución de 1 mg / ml ) en episodios agudos. Repetir cada 4 horas.

**Fentanilo transdermico:** Iniciar con un parche de “25” cada 72 horas usando zonas diferentes sin repetir la misma área en varios ciclos. No es útil durante crisis agudas de disnea.

Si el paciente no puede tragar o en episodios agudos se puede utilizar la vía subcutánea o si es preciso intravenosa. En casos de pacientes caquéticos o muy ancianos se debe comenzar a mitad de dosis y en insuficiencia renal espaciar la dosis a cada 6 h.

Las equivalencias según la vía de administración son:

Vía oral : vía rectal            1:1

Vía oral : vía subcutánea      2:1

Vía oral : vía intravenosa      3:1

- **Corticoides:** En casos de linfangitis o tumores obstructivos se deben empezar con dosis altas de **dexametasona** 4-6 mg cada 6h iv.

También son útiles en situaciones de broncoespasmo junto a broncodilatadores.

- En determinadas situaciones hay tratamientos específicos como es el drenaje pleural con o sin pleurodesis en casos de derrame, paracentesis si la disnea se ve agravada por la ascitis o incluso control de la fiebre, anemia, infecciones o la insuficiencia cardiaca.

**b. HIPO:** Es un reflejo patológico mediado por el nervio frénico que se produce por un espasmo súbito del diafragma y la glotis con sacudidas de la pared torácica y abdominal y un sonido agudo inspiratorio. Las causas más frecuentes en pacientes con cancer avanzado suelen ser: a) irritación del nervio frénico por afectación tumoral; b) irritación del diafragma por infecciones o cáncer; c) uremia; d) dispepsia gástrica; e) elevación del diafragma por ascitis o hepatomegalia.

## **Tratamiento:**

### **-Causas Periféricas:**

1. Sonda nasogástrica que disminuya la distensión gástrica.
2. Antiácidos.
3. **Metoclopramida** 10 mg / 6h al menos durante 10 días por vía oral, im. o iv.

### **-Causas Centrales:**

1. Intentar tratar las causas reversibles como infecciones con antibióticos o tumores cerebrales con corticoides.
2. **Clorpromacina:** 10-25 mg / 6-8 h vía oral, im o iv (¡ojo!, produce mucha sedación).
3. **Valproato sódico:** 500 - 1000 mg al acostarse o **Fenitoina:** 200-300 mg / día vía oral en caso de tumoración intracraneal.

- c. **TOS:** Es un mecanismo fisiológico que protege el árbol respiratorio pero que si se hace repetitivo se convierte en patológico produciendo vómitos, fatiga, insomnio, dolor torácico o abdominal...

## **Tratamiento:**

1. Humidificación e hidratación, posturas que faciliten el drenaje bronquial, clapping siempre que no suponga molestar al enfermo más de lo necesario, limitar la aspiración porque es muy traumática.
2. Si es posible tratamiento etiológico con antibióticos, corticoides, diuréticos...
3. **Mucolíticos:** N- acetilcisteína, aerosoles con suero fisiológico.



4. **Antitusígenos: Codeína:** 30 mg / 4 h. **Morfina:** 5 mg / 4 h de liberación rápida ó 10 mg / 12 h de liberación lenta. Si estaba tomando morfínicos previamente, aumentar la dosis un 50 %. Recordar que no se deben mezclar fármacos de ambos grupos.

Este tipo de tratamiento se debe utilizar cuando la tos es seca o el paciente es incapaz de toser eficazmente.

5. **Antimuscarínicos** para disminuir las secreciones. **Butilbromuro de hioscina:** 20 mg cada 6-8 horas vía oral o subcutánea.

d. **HEMOPTISIS:** En caso de que el sangrado sea leve están indicados fármacos antifibrinolíticos como el **Acido tranexámico** 1-1.5 gr / 8-12 h o radioterapia si estuviera indicada. Controlar la tos.

Si la hemoptisis es masiva (> 200 ml / 24 h) en un paciente terminal lo único que se puede hacer es sedar al paciente con morfínicos y benzodiazepinas por vía intravenosa, utilizar sábanas oscuras para enmascarar la sangre e intentar disminuir en lo posible la ansiedad del paciente y los observadores.

e. **ESTRIDOR:** Sonido inspiratorio producido por la obstrucción de la laringe o de las vías respiratorias altas.

#### **Tratamiento:**

1. **Dexametasona** 4 mg/ 6 h intravenosa.

2. **Radioterapia o colocación de prótesis traqueales o bronquiales** si hay indicación.

**3. CUIDADOS DE LA BOCA:** Es uno de los principales indicadores de calidad en cuidados paliativos por su importancia en el confort de los pacientes.

- a. Hidratación adecuada mediante la ingesta frecuente de líquidos en pequeñas cantidades.
- b. Cepillado con dentífrico después de cada comida y limpieza de prótesis.
- c. Dieta rica en frutas y vegetales crudos.
- d. En caso de placas bacterianas, costras, suciedad... son útiles algunas soluciones desbridantes:  $\frac{3}{4}$  partes de agua +  $\frac{1}{4}$  de agua oxigenada + 1-2 cucharadas soperas de bicarbonato sódico y soluciones antisépticas de hexetidina o clorhexidina.
- e. - Si hay candidiasis: **Nistatina** 2.5-5 ml en suspensión realizando enjuagues 2-4 veces al día hasta 2 ó 3 días después de curación clínica. En casos de enfermedad avanzada se puede utilizar **Fluconazol** 50 - 100 mg al día vía oral durante 7-14 días.  
  
- En infecciones víricas severas (herpes simple o zoster): **Aciclovir** 200 mg cada 4 horas vía oral durante 5 días o Fanciclovir 500 mg/ 8 horas vía oral.  
  
- En infecciones bacterianas por anaerobios: **Metronidazol** 400- 500 mg / 12 h oral o rectalmente.
- f. Se pueden utilizar soluciones analgésicas como **lidocaina viscosa al 2 %** especialmente antes de las comidas y **sucralfato** en suspensión aunque aveces son necesarios analgésicos sistémicos y corticoides.

**4. CUIDADOS DE LA PIEL:** El mal estado general, la deshidratación, la desnutrición, la inmovilidad, secreciones y exudados, el prurito... Todo esto favorece en el paciente terminal la aparición de erosiones e infecciones en la piel.

Para evitar estas complicaciones lo más importante es una higiene adecuada, adoptando las medidas necesarias para evitar una piel muy seca o muy húmeda, una buena hidratación y una dieta rica en proteínas y carbohidratos, suplementos de vitamina C, facilitar la circulación sanguínea mediante masajes o fricciones, evitar roces y arrugas en la ropa de la cama, favorecer la movilidad del paciente y realizar frecuentes cambios posturales, pueden ser muy útiles los colchones antiescaras o el almohadillado de las zonas más vulnerables.

En las **úlceras de decúbito** el objetivo será conseguir una buena limpieza, alivio de las molestias y evitar el empeoramiento de las heridas, para lo que serán muy útiles los **apósitos hidrocoloides** que producen un desbridamiento químico, favorecen la cicatrización, evitan las infecciones, disminuyen el dolor y absorben el exudado de la herida, además no es necesario cambiarlos a diario.

Las **úlceras malignas** por afectación directa o metastásica de la piel van destruyendo el tejido de forma progresiva sin posibilidades de cicatrización. La radioterapia puede controlar el sangrado y disminuir el tamaño de la lesión. En otras ocasiones la cirugía e incluso la quimioterapia pueden tener su indicación, pero cuando se han agotado todas estas posibilidades el tratamiento irá encaminado a mantener al paciente lo más cómodo posible y evitar las complicaciones.

En úlceras no infectadas se deben hacer lavados con suero fisiológico sin rozar la zona de la herida para disminuir el riesgo de sangrado. Se pueden utilizar compresas de tul engrasadas o impregnadas en vaselina, **hidrocoloides** para evitar el exudado y **lidocaina viscosa al 2 %** para el dolor.

Si la úlcera está infectada, generalmente malolientes y dolorosas, se deben lavar con agua oxigenada y luego suero fisiológico. Usaremos **Metronidazol** 400-500 mg / 12 h vía oral o rectal y si no es tolerado **Metronidazol** tópico en gel.

En úlceras sangrantes se pueden usar apósitos hemostáticos y valorar si la radioterapia está indicada.

**5. LINFEDEMA:** Se produce por un drenaje linfático disminuido por el tumor, infecciones o el tratamiento previo con cirugía o radioterapia. Debemos descartar la existencia de trombosis. El linfedema en sí no es doloroso ni produce ulceraciones o daño neurológico por lo que si aparecen estas alteraciones habrá que buscar otras causas.

Son frecuentes las celulitis por estreptococos sensibles a penicilina que se pueden tratar de forma adecuada con **amoxicilina-clavulánico** 500 /125 mg cada 8 h vía oral o en pacientes alérgicos con **eritromicina** 500 mg / 8h vía oral. Si la infección es por hongos usaremos antifúngicos tópicos o **fluconazol** 50 mg al día vía oral durante 2-4 semanas.

Los masajes de drenaje linfático pueden ser efectivos y habrá que valorar si la utilización de vendajes o medias de compresión elásticas están indicadas.

## **6. SINTOMAS GASTROINTESTINALES:**

**a. NAUSEAS Y VOMITOS:** Entre un 50 y un 60 % de los pacientes oncológicos avanzados presentan estos síntomas. Aunque en muchos casos su origen es multifactorial, es importante intentar establecer la causa desencadenante para realizar un tratamiento efectivo. Si su control no es posible con antieméticos orales podemos utilizar las vías rectal, subcutánea o intravenosa.

- **Secundario a mórficos:** El 30 % de los pacientes en tratamiento con morfina presentan nauseas durante la primera semana de tratamiento, por lo que se aconseja realizar profilaxis con **Metoclopramida** 10-20 mg / 6-8 h vía oral, im o iv o **Haloperidol** 1.5-10 mg ( 10 gotas = 1 mg) en una dosis única nocturna o repartido en varias veces al día vía oral o im.

- **Secundario a fallo renal:** El **haloperidol** suele ser efectivo.

- **Secundario a gastroparesia funcional: Metoclopramida o domperidona** 10 mg cada 6h vía oral o 60 mg cada 8 -12 horas vía rectal.

- **Secundario a obstrucción gastroduodenal no operable:** La **Metoclopramida** puede ser útil si la obstrucción es parcial. **Corticoides** como la **dexametasona** 8-20 mg al día vía oral, im o iv disminuyen la inflamación o el edema y tienen efecto antiemético.

El **Octreótido** 0.3-0.6 mg al día vía subcutánea o **N-butilbromuro de hioscina** 20 mg cada 6-8 horas por vía oral, rectal, subcutánea o intravenosa reducen las secreciones gastrointestinales disminuyendo el volumen del vómito. Si está indicado puede ser necesaria la colocación de una sonda nasogástrica siempre y cuando suponga un alivio para el paciente.

- **Secundario al aumento de la presión intracraneal: Dexametasona, hidroxicina** 25 mg / 4h vía oral que es un antihistamínico con acción antiemética o **clorpromacina** vía oral, im o iv comenzando con 15-25 mg en dosis nocturna y teniendo en cuenta su gran efecto sedante.

- Otras causas como la hipercalcemia, infecciones, estreñimiento, gastritis o ansiedad serán tratados de forma específica.

**b. OBSTRUCCION INTESTINAL:** Aparece en el 3 % de los pacientes con cáncer avanzado, llegando hasta un 25-40 % en los casos de neoplasia avanzada de ovario.

Las causas más frecuentes son el propio crecimiento tumoral, los tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, fármacos...) o la impactación fecal, siendo ésta última una de las más frecuentes y la que más fácil solución tiene.

Los síntomas más frecuentes son náuseas y vómitos, dolor abdominal cólico o continuo, estreñimiento, distensión o diarrea en casos de obstrucción parcial.

Generalmente van empeorando y tienden a hacerse continuos aunque a veces ceden de forma espontánea. La radiografía simple y la ecografía son las pruebas complementarias que se suelen realizar para su diagnóstico.

### **Tratamiento:**

- Descartar siempre mediante tacto rectal la existencia de fecalomas y utilizar si están indicados los **enemas de limpieza**.
  
- Se debe valorar la indicación de **cirugía paliativa** aunque ésta conlleva una alta mortalidad (12-30%), baja mediana de supervivencia y alta incidencia de fistulas enterocutáneas.
  
- La **sonda nasogástrica** sólo produce mejoría en el 0-2 % de los casos estando indicada si la obstrucción es alta y se piensa realizar tratamiento quirúrgico.
  
- Se realizará tratamiento sintomático de los vómitos y del dolor abdominal cólico o continuo con **mórficos** según la dosis que tomara previamente, **N- butilbromuro de hioscina** 60 mg / 24h y **haloperidol** 5 mg / 24 h, siendo preferible la infusión continua subcutánea o intravenosa.
  
- Otros fármacos como los corticoides o el octreótido pueden estar indicados según las características del paciente.

**c. ESTREÑIMIENTO:** Es la defecación poco frecuente (menos de 3 veces por semana) y dificultosa. Se presenta en el 50 % de los pacientes en estadio terminal aunque el 80 % van a

precisar de la utilización de laxantes.

Las causas más frecuentes son la inmovilidad, la dieta pobre en fibra y en líquidos y la utilización de drogas como los analgésicos opioides. También habrá que descartar otras causas como la hipercalcemia, la obstrucción intestinal por compresión extrínseca o intrínseca de la masa tumoral o la compresión medular que puede debutar con pérdida de la sensibilidad rectal y alteración del control del esfínter anal con pérdida del reflejo anocólico cuando la lesión es a nivel de la cola de caballo. Las hemorroides o las fisuras anales son alteraciones que contribuyen a empeorar el estreñimiento.

### **Tratamiento:**

1. **Medidas generales:** Dieta rica en fibras ( frutas, verduras, pan integral...), ingesta abundante de líquidos, actividad y ejercicio en la medida de lo posible, facilidad para la utilización del baño.

2. **Tipos de laxantes:**

- **Emolientes:** Actúan reblandeciendo las heces: **Parafina** 15 ml cada 12 h. Si se produce broncoaspiración puede producir neumonitis aspirativa.

- **Estimulantes:** Aumentan el contenido de agua y electrolitos en la luz intestinal y aumentan el peristaltismo: **Senósidos:** 12-36 mg al acostarse. Se utilizan para la preparación intestinal en radiología o cirugía y no se deben usar de forma prolongada.

-**Incrementadores del bolo intestinal:** **Salvado, metilcelulosa, plantago ovata** 3.5-7 g en ayunas por la mañana con 1-2 vasos de agua.

**-Osmóticos:** Aumentan la presión osmótica en la luz intestinal, con aumento de la excreción de agua a la luz intestinal y aumento del peristaltismo: **Lactulosa:** 15-30 ml al día en dosis única o repartida. Se debe acompañar de aumento en la ingesta de líquidos. **Sulfato magnésico:** 10 - 15 mg disueltos en 250 ml de agua ( tener precaución por el riesgo de hipermagnesemia y de deplección hidrosalina en pacientes con insuficiencia renal )

**-Rectales:** No deberían formar parte del tratamiento regular del estreñimiento en pacientes con cáncer aunque pueden ser útiles en casos de fecalomas o de compresión medular. Pueden usarse supositorios de glicerina o enemas que a veces deben administrarse mediante sondas de Foley para que sean efectivos.

**d. DIARREA:** Aparece en el 10 % de los pacientes con cáncer avanzado. Las causas más frecuentes son la utilización de laxantes de forma inapropiada, impactación fecal con sobreflujo y la obstrucción intestinal incompleta. También puede estar producida por esteatorrea, fármacos (antibióticos), radioterapia o enfermedades intercurrentes.

**Tratamiento:** Además de solucionar la causa desencadenante del cuadro y de realizar una hidratación adecuada del paciente se suelen utilizar fármacos como la **Loperamida** vía oral 4 mg inicialmente seguido de 2 mg después de cada deposición hasta un máximo de 16 mg al día durante 5 días o **Codeina** 10-60 mg /4 h vía oral.

**7. ANOREXIA Y CAQUEXIA:** La caquexia es un estado de desnutrición severa que se caracteriza por la pérdida de peso, lipólisis, pérdida de proteínas musculares y viscerales, anorexia, náuseas crónicas y debilidad. Aparece en el 80 % de los pacientes con cáncer, siendo muy frecuente en la mayoría de los tumores sólidos con la excepción del cáncer de mama. Las alteraciones metabólicas, la malabsorción y la disminución de la ingesta calórica son las causas fundamentales, siendo la pérdida de peso un factor de mal pronóstico independiente en relación con la supervivencia.



Los niveles de albúmina, así como la medición de los pliegues tricipital y subescapular o la circunferencia del brazo pueden ser útiles para la valoración del estado nutricional del paciente y su seguimiento.

### **Tratamiento:**

1. **Nutrición intensiva:** Puede estar indicada cuando hay una causa identificable y reversible de la pérdida de peso y es preciso mejorar el estado general del paciente para algún tipo de tratamiento. Sin embargo los estudios realizados no encuentran una mejora significativa en la supervivencia o en el control del tumor y limitados efectos en cuanto a las complicaciones asociadas a otros tratamientos.
2. **Corticoides:** Mejoran de forma subjetiva la anorexia y la debilidad aunque sus efectos están limitados a cortos periodos de tiempo (2-3 semanas). **Prednisolona 40 mg o dexametasona 6 mg al día vía oral.**
3. **Gestágenos:** Mejoran el apetito, el consumo calórico y el estado nutricional del paciente aunque no tienen efecto en su supervivencia . Los efectos secundarios más frecuentes son la retención de líquidos y la mayor incidencia de trombosis. **Acetato de megestrol 480 mg al día vía oral.**
4. **Agentes procinéticos:** En casos de náuseas crónicas y saciedad precoz es útil la **Metoclopramida 10 - 20 mg 30 minutos antes de las comidas vía oral.**
5. Si el síntoma principal es la disfagia severa, como en tumores de cabeza y cuello o neoplasia de esófago se puede valorar el beneficio de la gastrostomía.

Ninguna de estas medidas terapéuticas mejoran la supervivencia del paciente por lo que el objetivo siempre será obtener un beneficio en relación con la calidad de vida del paciente.

## 8. SINTOMAS PSICOLOGICOS:

**a. Depresión y ansiedad:** Es difícil distinguir cuando estos síntomas son parte del proceso de adaptación a la enfermedad y cuando se convierten en estados patológicos que precisan de un tratamiento psiquiátrico específico.

Se pueden presentar **manifestaciones somáticas** como la dificultad para el control del dolor o la aparición de náuseas y vómitos o **manifestaciones psicológicas** como la pérdida de interés, dificultad para la concentración, sentimiento de culpabilidad o desesperanza, ideas suicidas...

Muchas de estas situaciones se podrían evitar con un seguimiento cercano, prestando el apoyo necesario al paciente y a los familiares y facilitando la información adecuada en cada momento. Técnicas de relajación, masajes, darle oportunidad para expresar sus temores y favorecer un ambiente tranquilo y confortable pueden ser medidas muy útiles.

**Tratamiento:** El tratamiento farmacológico sólo debería iniciarse en caso de que el paciente presente un síndrome depresivo patológico o el periodo de adaptación se prolongue más allá de unas pocas semanas.

- **Antidepresivos tricíclicos:** Son ansiolíticos, sedativos y tienen características analgésicas en determinados tipos de dolor. Hay que tener presente sus efectos anticolinérgicos. **Amitriptilina** : Se puede comenzar con dosis de 25-50 mg vía oral en dosis única nocturna aunque a veces se necesitan 75-150 mg o más repartidos en varias dosis durante el día.

- **Inhibidores específicos de la recaptación de Serotonina:** Tienen menos efectos anticolinérgicos, son menos sedativos y más seguros en casos de sobredosificación aunque pueden producir náuseas, diarrea, cefalea o ansiedad. **Paroxetina** 20 mg al día vía oral.

- Otros fármacos como los inhibidores de la monoaminooxidasa, el litio, los psicoestimulantes...pueden ser utilizados aunque siempre bajo la supervisión de un especialista.

En los casos en que la **Ansiedad** sea el síntoma predominante se pueden utilizar benzodiazepinas como el **Lorazepam** 1-2 mg en dosis única nocturna o cada 8-12 horas vía oral. El **Midazolam** 5-10 mg por vía subcutánea o intravenosa puede ser útil en determinados casos de crisis de ansiedad o si no se puede usar la vía oral. El uso prolongado de estos fármacos puede disminuir su efecto ansiolítico, por lo que se recomienda su utilización durante periodos cortos o de forma intermitente.

También son útiles neurolepticos como el **Haloperidol** a dosis de 1.5-5 mg al día vía oral o beta-bloqueantes como el **propranolol**.

**b. Confusión:** Lo ideal es encontrar la causa que produce este estado ( infecciones, deshidratación...) aunque en la práctica es a menudo necesaria la sedación del paciente para lo que podemos utilizar **Haloperidol** 5-10 mg por vía intramuscular que puede repetirse cada hora hasta que se produzca su efecto, aumentar la dosis a 20 mg o asociar a una **benzodiazepina**.

En caso de que sea necesaria una sedación continuada es útil una infusión continua subcutánea o intravenosa de **haloperidol** 10-30 mg y **midazolam** 30-60 mg cada 24h

**9. LAS ULTIMAS 48 HORAS:** Al llegar a esta situación el control de los síntomas sigue siendo el objetivo principal, evitando intervenciones innecesarias y prestando el apoyo necesario al paciente y a sus familiares.

- Se deben utilizar los fármacos necesarios, pudiendo prescindir de otros como antihipertensivos, antidepresivos, hipoglucemiantes... que hasta hace poco eran esenciales. Según la situación clínica del paciente y el tipo de fármaco utilizaremos la vía de administración más adecuada ( sublingual, subcutánea, transdérmica, rectal...).

- Si estamos utilizando **morfina** para el control del dolor y es necesario pasar de la vía oral o rectal a la parenteral debemos reducir de un tercio a un medio la dosis total para compensar la diferencia en biodisponibilidad.

- El **Fentanilo transdérmico** presenta un retraso de 24-48 horas en alcanzar niveles efectivos por lo que si el paciente no lo estaba usando previamente debemos utilizar otros analgésicos de acción más precoz.

- En caso de **disnea** estará indicado el uso de **opioides** y **benzodiazepinas** a las dosis necesarias para evitar el sufrimiento del paciente.

- Los **estertores premortem** son el ruido que produce el paso del aire a través de las secreciones acumuladas en las vías respiratorias del paciente moribundo. Es necesario explicarle a la familia porque se producen y hacerles entender que no molestan al paciente en su actual situación. Debemos restringir la sueroterapia y utilizar anticolinérgicos como el **N-butilbromuro de hioscina (buscapina)** a dosis de 20 mg cada 6-8 horas vía subcutánea por su acción antisecretora. La aspiración sólo estará indicada en caso de que el paciente esté inconsciente y para evitar ansiedad en la familia.

- El resto de los síntomas como las náuseas y los vómitos, la confusión o situaciones como la hemoptisis o hematemesis masiva se manejarán como hemos visto en los distintos apartados de este capítulo.

## **II. SINDROME DE COMPRESION MEDULAR**

Se define como el resultado de la compresión, producida por el crecimiento tumoral, de la médula o de las raíces nerviosas que forman la cola de caballo y que conduce en su progresión al establecimiento de lesiones neurológicas irreversibles.

Se presenta en el 5 % de las autopsias de pacientes fallecidos por una enfermedad neoplásica a pesar de lo cual sólo el 1-4 % de los enfermos de cáncer

presentan síntomas secundarios a esta situación. El retraso en su diagnóstico puede conducir a la pérdida del control de los esfínteres y a una parálisis irreversible, por lo que se considera una urgencia oncológica y debemos iniciar su tratamiento de forma precoz .

Aunque su origen puede ser intradural, la mayoría de las veces se encuentra a nivel extradural por afectación tumoral del cuerpo vertebral o el arco posterior. Otros mecanismos de daño medular pueden ser el colapso vertebral, la diseminación del tumor a través del foramen intervertebral o la interrupción del aporte vascular.

El 10 % de las lesiones son a nivel cervical, el 70 % a nivel dorsal y en el 20 % de los casos la compresión es lumbosacra. Debemos tener presente la posibilidad de que exista afectación de varios niveles medulares.

El cáncer de pulmón en los varones y el de mama en las mujeres son los tumores primarios que producen con más frecuencia este síndrome, seguidos por el cáncer de próstata, el linfoma, los sarcomas, cáncer de riñón, mieloma y tumores gastrointestinales.

I . **Clínica:** Dependiendo de la institución donde se realiza el estudio, entre el 8 y el 47 % de los pacientes presentan compresión medular como primera manifestación clínica de su enfermedad.

- I.1. En el 90 % de los casos existe **dolor** a nivel de la columna que se caracteriza por aumentar con los movimientos y la tos, empeora con el decúbito y no suele ceder con los fármacos habituales. A veces la distribución es radicular por la afectación de las raíces nerviosas y la percusión sobre la zona afecta nos puede dar información acerca del nivel de la lesión.
- I.2. La pérdida de fuerza se encuentra presente en el 70 % de los pacientes al diagnóstico presentando generalmente debilidad bilateral y simétrica de predominio proximal que se localizará según el nivel de la lesión. La afectación de la primera neurona motora producirá además espasticidad,

hiperreflexia, clonus rotuliano o aquileo y un reflejo cutaneo-plantar extensor bilateral.

Si la instauración es muy rápida el paciente puede desarrollar una paresia grave asociada a flacidez e hiporreflexia.

- I.3. Entre el 50 y el 70 % presentarán alteraciones de la sensibilidad aunque es raro que sea el síntoma inicial de la lesión. Aparecen parestesias que se comienzan en los dedos de las extremidades inferiores y van ascendiendo de forma gradual hasta alcanzar el nivel de la compresión. La sensibilidad posicional y la vibratoria son las que primero se alteran seguidas de la térmica y la dolorosa.

- I.4. Entre el 37 y el 52 % se acompañan de alteraciones autonómicas, siendo éste un dato de relativo mal pronóstico. Se caracteriza por la pérdida del control vesical, produciéndose tanto retención como incontinencia urinaria.

Otros síntomas son el íleo paralítico, incontinencia fecal, síndrome de Claude Bernard-Horner, alteraciones en la sudoración o en la tensión arterial...

- I.5. La ataxia, la diplopia, signo de Lhermitte o el síndrome de Brown-Séquard son otras manifestaciones que pueden estar presentes.

**II. Diagnóstico:** Es fundamentalmente clínico. La primera prueba de imagen que debemos realizar es la **radiografía simple de columna** donde encontraremos alteraciones en las dos terceras partes de los pacientes.

La **tomografía axial computerizada**, la **gammagrafía ósea** o la **mielografía** son alguna de las técnicas utilizadas, aunque esta última ha sido desplazada por la **resonancia magnética nuclear** que es la técnica de elección en los casos de sospecha de compresión medular.

**III. Tratamiento :** No debemos olvidar la importancia del tratamiento precoz en este cuadro si queremos evitar la aparición de una paraplejia completa e irreversible en el curso de días o incluso de horas.

**III.1.Corticoides:** Ante la sospecha de compresión medular se debe iniciar tratamiento con **dexametasona**. Aunque la dosis óptima no está bien establecida se puede comenzar con 10 mg en bolo i.v. seguido de 4 mg cada 6 horas. Otros autores recomiendan dosis de 100 mg en bolo i.v. seguido de 24 mg/ 6h, especialmente en caso de que exista un rápido deterioro neurológico. El beneficio se produce a través de su acción antineoplásica y antiedema y aunque los efectos secundarios de las altas dosis (infecciones, miopatías, úlcera...) son importantes se pueden evitar si su uso no es prolongado (menos de 3 semanas), debiéndose iniciar una pauta de descenso cuando el paciente se encuentre estable e iniciemos el tratamiento definitivo con radioterapia, cirugía o quimioterapia. Para disminuir las complicaciones derivadas de la acción gastroerosiva de los corticoides, podemos realizar protección gástrica con fármacos como el omeprazol.

**III.2 Radioterapia:** Es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos de tumores radiosensibles, debe iniciarse lo antes posible y el campo de irradiación se extenderá a 2 cuerpos vertebrales por encima y dos por debajo del nivel de la compresión.

**III.3.Quimioterapia:** Puede ser útil en tumores quimiosensibles como el linfoma o los tumores germinales.

**III.4.Cirugía:** Actualmente está indicada si es preciso un diagnóstico histológico y no se puede realizar una biopsia guiada por TAC, en tumores radiorresistentes, si hay progresión durante la radioterapia o recidiva después de finalizarla, en casos de inestabilidad espinal o si hay fragmentos óseos en la médula.

Se realizará descompresión y estabilización vertebral si la lesión es en el cuerpo vertebral y laminectomía cuando se encuentre en el arco posterior. Si está indicado se completará el tratamiento con radioterapia.

La recuperación o el mantenimiento de la capacidad para la deambulación depende de la situación del paciente al inicio del tratamiento, la respuesta inicial a la dexametasona, la rapidez en la instauración de los síntomas o el grado de afectación sensitiva y esfinteriana.

### III SINDROME DE VENA CAVA SUPERIOR

#### III.1 Fisiopatología y Etiología :

El Síndrome de Vena cava superior (SVCS) junto con el Taponamiento cardiaco ,son las urgencias cardiovasculares más frecuentes . Se produce por la aparición rápida de síntomas ó gradualmente , derivados de la obstrucción parcial ó completa del flujo sanguíneo de la Vena cava superior al corazón (aurículas derecha).

La Vena cava superior es una estructura de pared delgada y elástica, que drena el retorno venoso de la cabeza, cuello, extremidades superiores y hemitorax superior; estando rodeada por estructuras relativamente rígidas como el esternón, tráquea, bronquio principal derecho aorta, tronco braquiocefálico y ganglios mediastínicos. Por lo tanto, cualquier proceso ocupante a este nivel, originará un compromiso en el drenaje sanguínea ya sea por compresión, invasión de la pared con ó sin trombosis ó fibrosis, fundamentalmente esta última secundaria a radioterapia. Cuando la Vena cava superior está obstruida completa ó parcialmente se desarrolla circulación colateral venosa siendo el sistema de la vena acigos el más importante, ayudado también por la venas mamarias interna, laterales torácicas, vertebral y sistema venoso esofágico. Las venas subcutáneas favorecen el edema torácico : **signo frecuente** a la exploración física del Síndrome de Vena cava Superior.

La Etiología neoplásica es la causa más común ,representando aproximadamente el 80 por ciento de los casos, especialmente el carcinoma de Pulmón que supone el 75 por ciento de las causas tumorales, siendo el 80 por ciento, por afectación del pulmón derecho .La variedad histológica más frecuente es el carcinoma microcitico seguido del carcinoma escamoso.

La segunda causa tumoral de Síndrome de Vena Cava Superior ES EL Linfoma con afectación mediastínica. Otros tumores ya menos frecuentes son T. De Células germinales con



masa mediastínica, Teratoma, Sarcoma, Metástasis de Tumores sólidos fundamentalmente Carcinoma de Mama .

Entre las causas no tumorales cabe destacar la incidencia creciente secundaria a Catéteres de vía central venosa ,como los usados en reservorios para la infusión de Citostáticos, Marcapasos, etc.... La Fibrosis Mediastínica secundaria a radioterapia ó bien a Histoplasmosis también es causa de Síndrome de Vena Cava superior.

### **III.2 Evaluación inicial en urgencias del Síndrome Vena Cava Superior (SVCS)**

#### **Anamnesis en busca de síntomas**

La disnea está presente en el 65 % de los pacientes con ortopnea en un porcentaje de ellos. Sensación de pesadez de la cabeza con ó sin cefalea, hinchazón de la cara, cuello, brazo y hemitórax superior. La tos puede ser por edema traqueal ó bien por su propia etiología de base .El dolor torácico y la disfagia por compresión de estructuras mediastínicas ,aunque esto es menos frecuente.

#### **Exploración física**

La distensión del sistema nervioso colateral conlleva la aparición de edema facial, cervical con ingurgitación yugular en el 65 % ,torácico con venas periféricas distendidas y de miembros superiores originando el llamado edema en esclavina. Plétora, cianosis facial también se encuentran presentes en le 20% de los casos.

#### **Exploraciones complementarias:**

Ante una Anamnesis y una exploración física compatible las exploraciones fundamentales de urgencias son: Hemograma, bioquímica y gasometría arterial para valorar la repercusión funcional si existe y radiografía de tórax que puede llegar a ser patológica hasta en un 95% de los pacientes ( mirar tabla) .Una vez diagnosticado el SVCS el objetivo es conocer la etimología del mismo, es decir, tener un diagnostico anatomopatologico si es la presentación inicial de una neoplasia ,ya que el pronostico del paciente con SVCS se relaciona con el de la enfermedad subyacente, así por ejemplo, la poliquimioterapia combinada con la radioterapia es potencialmente curativa en el carcinoma de pulmón de célula pequeña y en le linfoma no Hodking aun cuando debuten con SVCS.

Tabla

Ensanchamiento mediastínico superior	30-60%
Derrame pleural	10-25%
Masa hiliar derecha	10-35%
Aumento del índice cardiotorácico	6%
Infiltrados bilaterales difusos	7%
Masa en Mediastino anterior	3%
Normal	5-15%

### **Exploraciones complementarias para el diagnóstico etiológico**

-Citología de esputo: Se recogerán tres muestras y preferentemente por la mañana. El diagnóstico citológico es tan exacto como el histológico en caso de carcinoma de pulmón de célula pequeña.

-Toracocentesis diagnóstica: se deberá realizar citología del líquido pleural, bioquímica con LDH, marcadores tumorales y enviar muestra para microbiología.

-TAC de Tórax: completa la información de los hallazgos descritos en la radiografía de tórax. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por TC por vía transtorácica percutánea permite un diagnóstico citológico

-Broncoscopia y Biopsia : No suele haber contraindicación para su realización y es la prueba más rentable para el diagnóstico histológico.

-Biopsia de un ganglio supraclavicular ó laterocervical ,especialmente si es sospechosos a la palpación.

-Mediastinoscopia y/o Toracotomía ,si con las exploraciones previas no hemos logrado un diagnóstico histológico.

### **Tratamiento**

El tratamiento persigue aliviar los síntomas e intentar curar la enfermedad subyacente.

Medidas Generales: ó Tratamientos sintomáticos: destinadas a favorecer el retorno venoso y aumentar el confort.

-Reposo en cama con cabecera elevada a 45 grados

-Oxigenoterapia al 30 por ciento con mascarillas ó gafas nasales.

-Corticoides: Dexametasona a dosis inicial de 16 mgrs seguidos de 4-8 mgrs cada 6 a 8 horas o metilprednisolona a dosis inicial de 500 mgrs seguidos de 40-60 mgrs cada 6 a 8 horas, todo esto, por vía intravenosa.

-Diuréticos: Furosemida 10 mgrs cada 8 horas vigilando la deshidratación que conllevaría empeoramiento clínico por disminución más marcado del retorno venoso.

-Cloruro Mórfico según necesidades

-Dieta sin sal para disminuir el edema

#### Tratamiento etiológico: Causas tumorales.

En pacientes en los que un diagnóstico histológico no puede ser establecido y con un deterioro rápido y progresivo peses a tratamiento sintomático y con imagen radiológica de masa mediastínica se debe considerar en SVCS como una Urgencia oncológica requiriendo irradiación urgente con alto fraccionamiento inicial 3,4 Gy por sesión los primeros días, continuando con una dosis habitual de 2 Gy día hasta completar 50 Gy.

En caso de no poder comenzar de modo inmediato con la radioterapia una alternativa eficaz es la quimioterapia ya que tanto el carcinoma de pulmón de célula pequeña como el Linfoma no Hodking son tumores quimiosensibles.

En pacientes con diagnóstico histológico y si es posible con estudio completo de estadiaje antes del tratamiento .El tratamiento del SVCS es el tratamiento de la enfermedad de base, es decir su NEOPLASIA.

#### Tratamiento etiológico: Causas no tumorales.

-Angioplastia trasluminal, inserción de endoprotesis y cirugía

La angioplastia transluminal percutánea ó la inserción de stent pueden ser valoradas como una alternativa eficaz y menos traumática que la cirugía ya sea la realización de by-pass de injerto autólogo ó bien usando prótesis de dacron ó prótesis expandible de politetrafluoretileno .La mayoría de pacientes con SVCS de origen benigno sobreviven largo tiempo sin necesitar intervención quirúrgica ,sin embargo si la enfermedad progresa rápidamente ó existe un aneurisma de la aorta la cirugía podría resolver la obstrucción.

-Tratamiento trombolítico: Está limitado al tratamiento del SVCS u ocasionado por catéteres. La estreptoquinasa , la uroquinasa y el activador del plasminógeno tisular recombinado(rTPA) pueden causas la lisis del trombo al principio de su formación. Para reducir la extensión del trombo y su progresión usamos la heparina y los anticoagulantes orales. Para evitar la embolización la retirada del catéter si es posible debería combinarse con la anticoagulación.