

Complicaciones psiquiátricas, neurológicas y cutáneas en el paciente con enfermedad en fase terminal

M.A. Benítez del Rosario^a, A. Cabreas Sánchez^b, R. Fernández Días^c y M.C. Pérez Suárez^d

Complicaciones psiquiátricas

Del 25 al 50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida en forma de estados de ansiedad, angustia o trastornos depresivos¹. Muchos de estos cuadros son ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo. En el presente trabajo se abordarán los trastornos del ánimo, de ansiedad y de angustia por su elevada frecuencia en los pacientes con enfermedad en fase terminal. En todos ellos deberá descartarse inicialmente la presencia de trastornos adaptativos, cuyo tratamiento requiere técnicas psicoterápicas de diferente profundidad, un adecuado control de los síntomas físicos y una exquisita relación con el paciente en el contexto de la relación de ayuda.

Trastornos del ánimo, de ansiedad y de angustia

La prevalencia de la depresión y ansiedad en los pacientes con cáncer avanzado varía, según los diversos estudios, entre el 4,5 y el 58%¹⁻⁵. En las tablas 1 y 2 se exponen los factores de riesgo que se relacionan con mayor vulnerabilidad para los trastornos depresivos y ansiosos.

El diagnóstico se realizará siguiendo los criterios establecidos por la CIE-10 o el DSM-IV, considerando especialmente los síntomas psicológicos, dado que los somáticos pueden estar provocados por la enfermedad²⁻⁵. Una respuesta positiva del paciente ante la pregunta directa sobre si se siente deprimido puede servir de ayuda para sospechar la existencia de un trastorno del ánimo²⁻⁵. En general, el riesgo de suicidios en pacientes con cáncer terminal no es superior al de la población general.

Médicos de Familia.

^aJefe de la Sección de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario La Candelaria. Tenerife. España.

^bCS Leganitos. Marbella. España.

^cCS de Otero. Asturias. España.

^dCS de Sama de Langreo. Asturias. España.

Correspondencia:

Miguel Ángel Benítez del Rosario.

Apdo. de Correos 10521.

Santa Cruz de Tenerife. España.

Correo electrónico: mabenitez@comtf.es

Puntos clave

- Los trastornos de ansiedad y depresión son frecuentes entre los pacientes con enfermedades en fase terminal. Su diagnóstico y tratamiento adecuado mejoran la calidad de vida de los pacientes.
- En la aparición de los trastornos psiquiátricos influye de forma predominante la presencia de sufrimiento físico no aliviado.
- El *delirium* es un cuadro de confusión mental caracterizado por trastornos de la atención y trastornos cognitivos que provocan una situación de agitación en el paciente. En un porcentaje no despreciable de casos puede ser reversible.
- Los cuidados de la piel constituyen un aspecto importante de los cuidados paliativos. Influyen en la imagen del paciente y la situación de bienestar. Las curas de las úlceras deberían realizarse bajo una cobertura analgésica adecuada.

TABLA 1 Factores de riesgo para un trastorno depresivo

Antecedentes de trastorno afectivo o alcoholismo

Control deficiente del dolor y otros síntomas

Estados avanzados del cáncer, especialmente en ciertos tumores

(páncreas, pulmón e intestino delgado)

Cirugía mutilante

Enfermedades médicas específicas concurrentes

Fármacos

Aislamiento social

Nivel socioeconómico bajo

Problemas conyugales premórbidos

Dificultad previa para expresar cólera u hostilidad

TABLA 2
Factores de riesgo de ansiedad

Antecedentes de trastornos de ansiedad
Historia familiar positiva para ansiedad
Pobre soporte social
Malas noticias recientes
Control insuficiente de los síntomas
Antecedentes de abuso de alcohol o benzodiacepinas
Personalidad inmadura u obsesiva
Ambiente inestable en la niñez
Experiencias tempranas de separación
Sobreprotección por la familia o el cónyuge
Experiencia estresante de muerte en la familia o amigos

El tratamiento³⁻⁵ se basa en el adecuado control de las complicaciones físicas; la resolución de las dudas, angustias o problemas de comunicación del paciente; el uso de antidepresivos o psicoestimulantes en cuadros moderados-graves para los trastornos depresivos, y el uso de ansiolíticos y antidepresivos para los trastornos de ansiedad y angustia.

Los antidepresivos recomendados como de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) por presentar menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos. Las dosis recomendadas son las habituales para la población general. Cuando las expectativas vitales de los pacientes con depresión no sean muy prolongadas, estará indicado el uso de psicoestimulantes como el metilfenidato (5-60 mg/día). El uso de las benzodiacepinas en los trastornos de ansiedad no difiere del que se hace en la población general. La presencia de ideas de suicidio, de depresiones graves, la falta de respuesta al tratamiento instaurado o psiquiátrico, la necesidad de intervenciones específicas de psicoterapia que sobrepasen los recursos técnicos de los profesionales de atención primaria son criterios para la remisión del paciente a unidades de salud mental o específicas de cuidados paliativos.

Insomnio

Aparece en la tercera parte de los pacientes en algún momento de la enfermedad. Se relaciona estrechamente con la existencia de depresión, ansiedad o síntomas físicos no controlados². También puede aparecer por sí mismo sin que sea expresión de un trastorno psiquiátrico, como efecto secundario de tratamientos con corticoides, psicoestimulantes o antiasmáticos, o por la presencia de una demencia o *delirium*². Su tratamiento se basa en la corrección de la causa cuando sea posible, en una adecuada higiene del sueño (dormir sólo por la noche, control ambiental de los elementos que dificultan el descanso nocturno) y en el uso de hipnóticos benzodiacepínicos, no benzodiacepínicos,

TABLA 3
Diagnóstico del delirium

1. Deterioro cognitivo de inicio agudo y curso fluctuante con alteración de la atención, y que puede asociar o no trastornos conductuales, perceptuales y del ciclo vigilia-sueño
2. En la exploración se objetivan trastorno de los tests de atención (test de las «A» o de los dígitos), alteración en los instrumentos de exploración cognitiva (Short Portable Mental Questionary, MEC o MM-test), con o sin alucinaciones, delusiones, agitación o lenguaje incoherente

cos, clometiazol o neurolépticos si concurre una situación de demencia o *delirium*.

Complicaciones neurológicas

Por su frecuencia y trascendencia se describirán el *delirium*, la compresión medular y la hipertensión craneal.

Delirium

Es una complicación frecuente en el cáncer en fase terminal. También ha sido descrito con los términos de «confusión» o «síndrome orgánico cerebral». Es una complicación que por su infradiagnóstico e inadecuado tratamiento provoca intensa sobrecarga física y afectiva en los familiares. La aparición de *delirium* debería generar una actitud diagnóstica exquisita sobre la posibilidad de que sea reversible o que sea una complicación que aparece en los últimos días de la vida². La situación funcional del paciente y, en relación con ello, la presunta expectativa vital son los criterios sobre los que debe basarse la necesidad o no de realizar un estudio profundo para localizar el origen del *delirium*^{2,5-7}. Entre sus causas reversibles se encuentran los trastornos de la glucemia, del calcio y de la función renal, las infecciones, los síndromes de abstinencia a fármacos y alcohol, y la exposición a corticoides o psicofármacos^{2,5-7}. Si la situación clínica del paciente lo permite (adecuada situación funcional previa y ausencia de signos indicativos de una expectativa vital corta), el enfermo debería ser derivado a una unidad especializada para su estudio y tratamiento. Cuando las expectativas vitales del paciente son cortas o su situación funcional es muy mala, la conducta ante el *delirium* estará centrada en el control de la agitación. El *delirium* puede ser la primera expresión de la instauración del proceso de fallecimiento, está presente hasta en el 83% de los enfermos en la última semana de vida.

Un elevado porcentaje de *delirium* no se diagnostica o el diagnóstico se realiza en fases muy avanzadas. En la tabla 3 se describen los criterios diagnósticos. Para la sospecha del mismo es válida la anamnesis familiar dirigida según el Método de Valoración de la Confusión^{2,7} (Confusion Assessment Method, descrito en la tabla 4).

El tratamiento será causal cuando sea posible y esté indicado por las expectativas vitales del paciente, sumado al tratamiento farmacológico adecuado para el control de la agitación. En el control de la agitación es de elección el

TABLA 4 Método para la valoración de la confusión (Confusion Assessment Method)

Respuesta positiva de un familiar a las preguntas:

1. Comienzo súbito y curso fluctuante
¿Existe evidencia de cambio agudo en el estado mental del paciente?
¿Fluctuaba el comportamiento anormal a lo largo del día?
2. Inatención
¿Tenía el paciente dificultad para mantener la atención?
3. Pensamiento desorganizado
¿Tenía el paciente un pensamiento desorganizado o incoherente?
Cualquier respuesta que no sea «alerta»
4. Alteración del nivel de conciencia
Globalmente, ¿como clasificaría el nivel de conciencia del paciente: alerta, hiperalerta, obnubilado, estuporoso o comatoso?
El diagnóstico de confusión/delirio requiere la presencia de los ítems 1 y 2, además del 3 o el 4 indistintamente

haloperidol por los escasos efectos cardiovasculares y anticolinérgicos que presenta. Cuando la agitación no se ha controlado con 30-40 mg de haloperidol, pueden utilizarse neurolepticos con mayor actividad sedante como las fenotiacinas. El tratamiento de la agitación y su prevención con un tratamiento neuroleptico de base debería considerarse una urgencia médica. Para el control de los episodios de agitación intensa se administran 1-2,5 mg de haloperidol vía oral o subcutáneos cada 30 min, o 12,5-25 mg de clorpromacina o levomepromacina si la agitación es muy intensa. La risperidona puede ser útil como tratamiento de base en pacientes ancianos sin agitación excesiva. La consecución de un ambiente tranquilo con reducción de los estímulos externos es imprescindible para evitar episodios de confusión y agitación. Aproximadamente en el 10-25% de los casos es necesario realizar una sedación mantenida del paciente para controlar la intensa agitación⁷.

Compresión medular

Es una urgencia médica. Su tratamiento temprano puede revertir el déficit neurológico; en caso contrario, se establecerá una parálisis permanente de los miembros con mayor o menor alteración del control de esfínteres. Se sospechará ante todo paciente con cáncer que presente dolor de espalda irradiado o no a miembros y con pérdida de fuerza en los mismos. Una vez que se ha establecido la sospecha de compresión medular, el paciente debería ser remitido sin retraso al hospital para la confirmación del diagnóstico e instauración de radioterapia o cirugía paliativa cuando sea preciso. Si la distancia desde el domicilio o centro de salud hasta el hospital es elevada, se administrarán 20-40 mg de dexametasona intravenosa o subcutánea para conseguir una rápida reducción del edema y, por tanto, del daño neurológico⁸. El dilema más importante es va-

lorar si la situación del paciente (en relación con su deterioro previo y cortas expectativas vitales) aconseja o no la derivación del paciente para la instauración del tratamiento. La decisión se tomará tras discutir las opciones con el paciente y la familia.

Hipertensión intracraneal

Es causa de cefalea, vómitos, convulsiones y déficit neurológico. En la fase terminal del cáncer su tratamiento se basa en el uso de analgésicos, antieméticos y dexametasona. Ésta constituye el tratamiento de elección para reducir la inflamación y el edema peritumoral, y se utilizará a la menor dosis eficaz, partiendo de una dosis inicial de 4 mg/día. La falta de respuesta a dosis elevadas de dexametasona (40-60 mg/día) puede ser indicativo de mal pronóstico a corto plazo.

Síntomas cutáneos en medicina paliativa

El cuidado de la piel de los pacientes con enfermedad en fase terminal es un aspecto fundamental en la mejora de su calidad de vida. Las situaciones de caquexia, inmovilidad y la presencia de úlceras neoplásicas contribuyen a la aparición de afecciones cutáneas que son causa de molestias físicas y de trastornos de la autoimagen. En la atención a los trastornos de la piel, la prevención es un arma terapéutica esencial. Ésta está centrada en el mantenimiento de una higiene corporal adecuada más la protección cutánea intensa con el uso de cremas o lociones hidratantes cuando sea preciso⁹⁻¹¹. El exceso de humedad de la piel representa una fuente de molestias para el paciente y aumenta el riesgo de infecciones, en especial por hongos; puede tratarse con el uso tópico, durante 2-10 min y 2-3 veces/día, de compresas impregnadas de suero fisiológico, solución de Burow (subacetato de aluminio) o agua sulfatada (sulfato de cobre o de cinc, 1 g en 1 l de agua). Es fundamental la inspección periódica para detectar infecciones, especialmente en zonas no habitualmente expuestas.

Prurito

Las causas del prurito pueden ser diversas: sequedad e infecciones cutáneas, estasis biliar, urticarias o el propio tumor, entre otras. El tratamiento del prurito localizado intenso se basa en el uso tópico de lidocaína en gel al 0,5-2% o preparados de calamina, mentol, crotamiton o capsaicina. Los corticoides tópicos sólo estarán indicados en tratamientos de corta duración si existiese inflamación cutánea local. El tratamiento del prurito generalizado descansa en el uso de los antihistamínicos sistémicos asociados o no a corticoides. Cuando el prurito es producto de la estasis biliar, puede ensayarse la colestiramina (4 g/8 h) o la asociación farmacéutica de varios preparados disolventes de las sales biliares. Si no se obtiene respuesta, se probará sucesivamente con antihistamínicos (hidroxicina a dosis de 25-50 mg/8 h), corticoides, clorpromacina, metiltestosterona o fenobarbital (30-80 mg/8 h)¹².

Úlceras malignas

El cáncer de mama es el tumor que con mayor frecuencia se asocia a este tipo de lesiones, pero no son raras en los tumores de vulva, vejiga y recto. El mal olor resultante de estas lesiones y la repercusión psicológica que tienen cuando asientan en lugares visibles (cara, cuello, etc.) pueden provocar el aislamiento y abandono social del paciente. Los objetivos principales de su tratamiento son la prevención del dolor y mal olor, y el descenso del impacto negativo en la autoimagen. La limpieza regular es esencial, administrando previamente analgésicos sistémicos y lidocaína viscosa tópica al 2-4% si las curas provocaran dolor. Las curas⁹⁻¹¹ se pueden realizar con suero fisiológico, soluciones de suero fisiológico-agua oxigenada a partes iguales o povidona yodada al 4% mezclada con parafina líquida en proporción 1:4. La experiencia del profesional y las características de cada paciente orientarán sobre el procedimiento más adecuado en cada caso. Las infecciones deberían ser tratadas con antibióticos sistémicos para enlentecer la destrucción cutánea y combatir el dolor y mal olor. La disminución del mal olor intenso se puede conseguir con el uso de compresas impregnadas con una mezcla de carbón activado y vaselina, o con la utilización de apósitos que contienen carbón activado¹¹.

Linfedema

Su origen es la obstrucción tumoral del drenaje linfático. Requiere de los cuidados habituales de la piel considerando la necesidad de una hidratación exquisita para evitar la aparición de soluciones de continuidad. No existe un tratamiento farmacológico específico que sea eficaz para su control. Los diuréticos no favorecen la resolución del linfedema y pueden provocar trastornos hidroelectrolíticos que aumenten la situación de malestar del paciente. Los corticoides pueden ejercer un cierto efecto antiinflamatorio inicial que retrase la organización del tejido celular subcutáneo causante del linfedema organizado e irreductible, así como disminuir la compresión tumoral causante de la obstrucción. Las medidas de compresión externa mediante vendajes o medias ortopédicas son la mejor solución para el control del linfedema siempre que otras intervenciones como la cirugía, la irradiación paliativa o los corticoides no hayan podido resolver o paliar la causa de la obstrucción^{13,14}.

Bibliografía

1. Die Trill M. Reacciones psicológicas y sus alteraciones durante la enfermedad terminal. En: Gómez Sancho, editor. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán, 1999; p. 753-63.
2. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A. Valoración multidimensional en cuidados paliativos. En: Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, editores. Cuidados paliativos y atención primaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 2000; p. 207-35.
3. Stiefel, Die Trill M, Berney A, Olarte JMN, Razavi D. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Supp Care Cancer* 2001;9:477-88.
4. Angelino AF, Treisman GJ. Major depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Supp Care Cancer* 2000;9:344-9.
5. Breitbart W, Chochinov HM, Passik S. Psychiatric aspects of palliative care. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 933-56.
6. Fainsinger RL. Treatment of delirium at the end of life: medical and ethical issues. En: Portenoy RK, Bruera E, editors. *Topics in palliative care*. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 261-77.
7. Casarett DJ, Inouye SK, for the American College of Physician-American Society of Internal Medicine En-of-Life Care Consensus Panel. Diagnosis and management of *delirium* near the end of life. *Ann Intern Med* 2001;135:32-40.
8. Centeno C, Sanz A, Vara F, Bruera E. Metástasis óseas: manifestaciones clínicas y complicaciones. Un tratamiento multidisciplinar. *Med Pal* 2001;8:100-8.
9. Sosa Déniz, Mendoza Suárez NM. Cuidados específicos de enfermería. En: Gómez Sancho, editor. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Arán, 1999; p. 801-18.
10. Antón Orrubia M, Blánquez Sánchez M. Cuidados de enfermería en las úlceras de presión y en los tumores ulcerados. En: López Imedio E, editor. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana, 1998; p. 59-64.
11. Miller C. Skin problems in palliative care: nursing aspects. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 642-56.
12. Pittelkow MR, Loprinzi CL. Pruritus and sweating. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 627-42.
13. Sanz Llorente B. El linfedema neoplásico. Cuidados de enfermería. En: López Imedio E, editor. *Enfermería en cuidados paliativos*. Madrid: Panamericana, 1998; p. 65-70.
14. Mortimer PS, Badger C, Hall JG. Lymphoedema. En: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. *Oxford textbook of palliative medicine*. 2nd ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998; p. 658-65.