

Cuidados paliativos en cáncer ginecológico

Palliative care in gynecological cancer

Viviana García^{1*}, Franco Calderaro Di Ruggiero^{2**}, Johatson Freytez^{3*}, Ernesto Lara Velásquez^{4***}

RESUMEN

Las pacientes con cáncer ginecológico viven diferentes situaciones de angustia desde el inicio de la enfermedad hasta el final de la vida. Los cuidados paliativos se han definido como un enfoque integral que mejora la calidad de vida de las pacientes y sus familiares, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, cuando se dispone de identificación temprana, evaluación y tratamiento oportuno. Aunque los cánceres ginecológicos surgen de órganos anatómicamente adyacentes, presentan síntomas y patrones de progresión diferentes, siendo necesaria la adopción de estrategias paliativas individualizadas para cada uno de ellos. La derivación oportuna a los servicios de cuidados paliativos puede mejorar el control de los síntomas y la calidad de vida sin afectar la supervivencia. La identificación de los

signos clínicos al final de la vida puede ayudar al equipo médico a formular el diagnóstico de muerte inminente, preparando a las pacientes y sus familiares con anticipación para la misma.

Palabras clave: *Cuidados paliativos, cáncer ginecológico.*

SUMMARY

Patients with gynecological cancer can experience different situations of anguish from the onset of the disease to the end of life. Palliative care has been defined as a comprehensive approach that improves the quality of life of patients and their families through the prevention and relief of suffering when early identification, evaluation, and timely treatment

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s4.11>

ORCID: 0000-0003-4418-8327¹

ORCID: 0000-0002-7101-8481²

ORCID: 0000-0002-6643-3146³

ORCID: 0000-0001-5045-0120⁴

Servicio de Ginecología Oncológica. Servicio Oncológico Hospitalario.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Caracas, Venezuela.

*Residente del Posgrado de Ginecología Oncológica.

Recibido: 4 de septiembre 2021

Aceptado: 8 de septiembre 2021

Servicio Oncológico Hospitalario – IVSS. Caracas, Venezuela.

**Doctor en Ciencias de la Salud, Cirujano General - Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo. Jefe del Servicio y Director de los Posgrados de Cirugía y Ginecología Oncológica (UCV), SOH – IVSS. Miembro Correspondiente Nacional (ANM), Puesto 41. Caracas, Venezuela.

***Ginecólogo Obstetra, Ginecólogo Oncólogo, adjunto del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Domingo Luciani. Caracas, Venezuela.

Correspondencia: Dra. Viviana García. Servicio Oncológico Hospitalario - IVSS. Urbanización Los Castaños, Calle Alejandro Calvo Lairet, Piso 4, El Cementerio, Caracas, Venezuela.

Tel: 0414-688.45.75.

E-mail: vivielisa25@gmail.com

are available. Although all gynecological cancers arise from anatomically adjacent organs, they are manifesting different symptoms and progression patterns, requiring the adoption of individualized palliative strategies for each one of them. Identifying clinical signs at the end of life can help the medical team to accurate the diagnosis of sudden death, preparing patients and their families in advance for it.

Keywords: *Palliative care, gynecological cancer.*

INTRODUCCIÓN

El manejo de las pacientes con cáncer ginecológico debe evolucionar en el control de los síntomas y el mantenimiento de la calidad de vida, desde el diagnóstico y luego durante las etapas terminales, es decir, la atención a los cuidados paliativos se debe iniciar desde el momento del diagnóstico y adecuarse en el curso de la enfermedad (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como: “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias, frente al problema asociado a enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas, físicos, psicosocial y espiritual” (2). Los diversos cánceres ginecológicos, aunque surgen de órganos anatómicamente adyacentes, tienen diferentes síntomas y patrones de progresión. Por lo tanto, las estrategias paliativas se adaptan a las complicaciones causadas por la combinación particular de invasión local y diseminación a distancia, de tumores que surgen de un sitio de origen determinado (3).

LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Como médicos en el área oncológica, resulta cotidiano dar malas noticias, como ginecólogos oncólogos, puede suceder desde explicar complicaciones quirúrgicas, hallazgos, o indicar datos que sugieren progresión del cáncer o aparición de nuevas lesiones.

El impacto que surge en las pacientes, si estas no son dadas adecuadamente, puede conllevar a situaciones de estrés y ansiedad, y en algunas series se han asociado con peores resultados de salud. Sin embargo, hay poca capacitación de médicos sobre cómo nuestras pacientes perciben la entrega y el impacto de tales noticias (4).

En una encuesta hecha a médicos residentes de ginecológica oncología, el 75 % señaló que, habían atendido a más de 12 pacientes en estado terminal, y solo el 42 % informó, que se le enseñó explícitamente a decirle a una paciente que se está muriendo (5).

Esta habilidad se adquiere durante el entrenamiento y se va instruyendo con la experiencia; sin embargo, una revisión de los estudios de oncología ha demostrado que la educación estructurada en cuidados paliativos puede mejorar el nivel de comodidad de los médicos en formación, al dar malas noticias, y esto se describe como percibido por las pacientes (6). Se han desarrollado modalidades en oncología para cubrir las habilidades de comunicación, tales como, dar malas noticias y discutir eventos adversos imprevistos. Una revisión bibliográfica describió un modelo para la capacitación en habilidades de comunicación para residentes de oncología, así como métodos de evaluación, uno de ellos, el Método SPIKES, que consiste en un protocolo de seis pasos para desarrollar malas noticias, Cuadro 1.

Es necesario que no solo se entrene a los médicos en dar malas noticias, sino también de la certeza de aquellas que se transmiten. Una adecuada discusión sobre el pronóstico y los objetivos del tratamiento del cáncer puede proporcionar una base para el manejo eficaz de los síntomas en pacientes con neoplasias ginecológicas avanzadas. También puede brindar la oportunidad de revisar los síntomas anticipados, así como las intervenciones disponibles para aliviar el malestar.

ENFOQUE EN EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

El objetivo fundamental de los cuidados paliativos es el manejo de los síntomas, estos y la necesidad de su atención, son comunes en los cánceres ginecológicos. La prevalencia de dolor moderado a severo puede llegar al 80 %, en

CUIDADOS PALIATIVOS EN CÁNCER GINECOLÓGICO

Cuadro 1
Método SPIKES

S	Paso 1 S - CONFIGURACIÓN DE LA ENTREVISTA.	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar la privacidad. - Involucrar a otras personas importantes. - Establecer conexión con el paciente.
P	Paso 2 P - Evaluación de la PERCEPCIÓN del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es su comprensión de su situación médica?
I	Paso 3 I - Obtener la INVITACIÓN del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo le gustaría que le diera la información sobre los resultados de su prueba?
K	Paso 4 K - Dar CONOCIMIENTO e información al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar advertencia = "Me temo que tengo malas noticias ..." - Nivel apropiado de comprensión y vocabulario para el paciente. - Evite la franqueza excesiva y reevalúe la comprensión del paciente.
E	Paso 5 E - Abordar las EMOCIONES del paciente con empatía.	<ul style="list-style-type: none"> - La respuesta empática consta de 4 pasos. - Observar la emoción de parte del paciente e identificar el motivo de la emoción. - Hágale saber al paciente que se ha conectado con la emoción.
S	Paso 6 S . ESTRATEGIA Y RESUMEN.	<ul style="list-style-type: none"> - Determine las especificaciones del paciente metas / miedos. - Establecer planes para abordar, las metas / miedos del paciente.

estadios avanzados; las náuseas y fatiga, también se describen como frecuentes (7). A continuación, se inicia con el manejo del dolor, como síntoma que es presentado en todas estas entidades, luego se desarrollara la presentación y el tratamiento de los síntomas más comunes y las complicaciones que experimentan las pacientes, de acuerdo con cada neoplasia ginecológica

MANEJO DEL DOLOR

El dolor es un síntoma que frecuentemente es experimentado por las pacientes con cáncer ginecológico avanzado; por lo que su manejo es fundamental para una buena calidad de vida. Más del 40 % de las pacientes con cáncer de ovario y el 75 % de las pacientes con cáncer de cuello uterino, presentan dolor relacionado con el cáncer (8). Esta entidad a menudo ocurre en mujeres jóvenes, lo que puede hacer que estas pacientes tengan un mayor riesgo de experimentar angustia. El dolor integra otros aspectos, tipo conductuales, cognitivos, emocionales,

espirituales e interpersonales, a menudo definidas como dolor total.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo definió como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial"(9).

Resulta de importancia caracterizar este síntoma, distinguir el dolor nociceptivo del dolor neuropático. El dolor nociceptivo suele ser agudo y localizado con precisión. El dolor neuropático se debe a una disfunción del sistema nervioso y puede describirse como ardor, hormigueo o punzadas (10).

Una vez realizada la evaluación del dolor, se procede a iniciar un esquema adecuado a la intensidad del dolor de la paciente. La escalera del dolor de la OMS (Figura 1), proporciona un enfoque simple de tres pasos, que ha demostrado que es eficaz para el manejo del dolor hasta en el 90 % de los casos (11). La analgesia debe revisarse y ajustarse periódicamente según la intensidad. El dolor leve se puede tratar con analgésicos no



Figura 1.

opiáceos como acetaminofén, aspirina u otro antiinflamatorio no esteroideo. El acetaminofén debe limitarse a de 4 gr por día y menos (3 g), en pacientes mayores y aquellas con enfermedad hepática. La aspirina puede estar limitada por efectos secundarios gastrointestinales o alergias. Los AINEs, aumentan el riesgo de hemorragia gastrointestinal y nefrotoxicidad.

El dolor moderado se puede tratar con una combinación de acetaminofén con un opiáceo, como hidrocodona u oxicodona. Una alternativa sin opiáceos para el dolor moderado puede incluir tramadol (12).

En intensidad de dolor moderado (si la paciente no toma opioides, se puede considerar comenzar con un opioide de acción corta, como oxicodona 5 mg cada 4 horas (h), según sea necesario, morfina IR 5-7,5 mg cada 4 h según sea el caso, o hidromorfona 2 mg por vía oral una vez y reevaluar el dolor en 1 h). Si la paciente toma opioides, considere si la dosis reduce la puntuación de dolor en al menos un 50 %. En caso afirmativo, se puede evaluar aumentar la frecuencia de la dosis. Si no se produce alivio del dolor, aumente la dosis de acción corta en un 50 % y mantenga la misma frecuencia. Reevalúe el dolor dentro de 1 a 2 h para medicamentos orales y 15 minutos (min), para medicamentos intravenosos.

Si el dolor es severo, aumente la dosis en 30 %-50 % de la dosis previa programada o igual a la dosis de opioide calculada para las 24 h previas, la que sea mayor. Calcule los opioides de acción corta como 10 %-20 % de la dosis total, y administrar cada 2 h, según sea necesario.

Para el caso de medicamentos de acción prolongada de los opioides anteriores, son útiles una vez que se puede estimar el uso de la dosis diaria total a partir del uso de acción más corta. Los agentes comúnmente utilizados incluyen sulfato de morfina o cápsulas de liberación prolongada a 15 mg por vía oral cada 12 h, o 20 o 30 mg por vía oral al día. De manera similar, la oxicodona se puede dosificar a 10 mg por vía oral cada 12 h, con tabletas de 20, 40 y 80 mg (13).

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El 15 % de las mujeres con cáncer de cuello uterino, son diagnosticadas con enfermedad avanzada y tienen una tasa de supervivencia a 5 años de solo el 17 %. El cáncer de cuello uterino puede provocar síntomas particularmente graves que interfieren con la calidad de vida (14).

Dentro de estos síntomas podemos citar: Sangrado o secreción vaginal, dolor pélvico o de espalda, ansiedad y depresión, fístulas vesicales o intestinales, edema de extremidades inferiores, trombosis venosa profunda (TVP), disnea por anemia o afectación pulmonar, uremia por obstrucción ureteral y sangrado vaginal. Con respecto a este último se describe taponamiento vaginal, radioterapia, embolización de las arterias uterinas, si no se dispone de embolización dirigida radiográficamente, la laparotomía con ligadura de las arterias uterinas o las divisiones anteriores de las arterias hipogástricas es otra alternativa (15).

La anemia sintomática por pérdida de sangre se puede remediar con transfusiones de sangre, una vez que se detiene el sangrado.

DOLOR

El dolor es a menudo un síntoma muy incapacitante del cáncer de cuello uterino avanzado o recurrente. El malestar generalmente se debe a la infiltración regional de nervios,

músculos y huesos. Los objetivos del manejo del dolor son optimizar las actividades de la vida diaria de la paciente. Es necesaria una adecuada evaluación del dolor para determinar el tratamiento correcto. Generalmente se dispone del uso de medicamentos opioides en cualquiera de sus vías de administración, se conocen efectos adversos comunes que incluyen estreñimiento, prurito, náuseas, somnolencia y erupción cutánea. Debido a que el estreñimiento es casi universal con dosis crecientes de opioides, se debe prescribir simultáneamente un estimulante intestinal. Para el dolor continuo, se deben administrar opioides de liberación prolongada, las dosis deben ser del 50 % al 100 % de las necesidades diarias de las pacientes. Las dosis de avance se prescriben al 10 %-20 % de la dosis diaria total. Es posible que se requiera la admisión en el hospital o en un centro de cuidados paliativos para pacientes internados, para controlar las crisis de dolor intenso (16).

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y ciertos medicamentos antidepresivos, a menudo pueden proporcionar un efecto sinérgico favorable cuando se prescriben al mismo tiempo que los opioides, especialmente para el dolor que se cree que es de origen neuropático.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Resultan comorbilidades comunes en pacientes con cualquier tipo de cáncer, deben reconocerse y tratarse de inmediato. Si no es así, el control del dolor y el cumplimiento del paciente con otras terapias importantes pueden verse comprometidos. Generalmente muestran signos y síntomas de angustia que incluyen insomnio, falta de concentración, sentimientos de ira y pérdida de control, preocupación por la enfermedad y la muerte y tristeza por la pérdida de la salud habitual. Una vez detectado estos síntomas, se debe ofrecer la derivación a profesionales de la salud mental. Las terapias eficaces incluyen ansiolíticos, antidepresivos, asesoramiento de apoyo, asesoramiento espiritual y apoyo familiar (17).

FÍSTULAS

El cáncer de cuello uterino avanzado puede causar fístulas urinarias, vesicovaginales con más frecuencia que las fístulas ureterovaginales. Esto generalmente impacta de forma negativa en la vida de la paciente.

La paliación de las fístulas puede lograrse quirúrgicamente mediante la creación de un conducto ureterointestinal o mediante la colocación de nefrostomías percutáneas bilaterales para descomprimir los uréteres. Las fístulas rectovaginales pueden ser el resultado de una lesión por radiación, invasión o la recurrencia del tumor. Una colostomía de derivación es el procedimiento quirúrgico de elección en alguien con una vida útil limitada. El desvío de la colostomía terminal se asocia con menos complicaciones a largo plazo que la colostomía en asa (18).

EDEMA

El edema puede ser anasarca generalizado causado por depleción de proteínas y desnutrición o puede estar localizado en las piernas como consecuencia de una obstrucción linfática y/o venosa, debido a una gran carga tumoral en los ganglios linfáticos pélvicos. El alivio sintomático del edema y las molestias en las piernas se puede lograr mediante el uso de medias de compresión graduada, la elevación de las piernas, la administración de diuréticos es controvertida.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

La TVP puede causar edema secundario. La anticoagulación es el tratamiento estándar para la TVP, a menos que esté médicamente contraindicado. La evidencia actual muestra que el tratamiento con heparina de bajo peso molecular es más efectiva y segura en pacientes con cáncer, en comparación con la Warfarina (19). A menudo es necesaria una anticoagulación prolongada, porque la TVP suele reaparecer en pacientes con cáncer incurable. La anticoagulación evita una mayor extensión del trombo y promueve la recanalización gradual del vaso a medida que se reabsorbe el trombo. Al mismo tiempo, los vasos colaterales se agrandan para acomodar más flujo

y el resultado neto es el alivio de la hinchazón de las extremidades y una mayor comodidad para la paciente. La anticoagulación continua en pacientes de cuidados paliativos con esperanza de vida limitada es controvertida. Algunas pacientes pueden encontrar las inyecciones diarias dolorosas e incómodas. Si bien la terapia puede proporcionar inicialmente una mejoría de los síntomas, puede tener un uso limitado al final de la vida. La decisión de suspender la terapia de anticoagulación debe tomarse de forma individual, abordando los objetivos específicos de la atención (20).

Debido a que la anticoagulación puede exacerbar la hemorragia por cáncer recurrente en la pelvis o en cualquier otro lugar, los filtros de la vena cava a veces son preferibles para prevenir la embolia pulmonar y pueden usarse cuando la anticoagulación está contraindicada.

COMPLICACIONES PULMONARES DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

En la paciente con cáncer en etapa terminal, la disnea puede ser causada por anemia, derrame pleural, infección, insuficiencia cardíaca o diseminación linfagítica del cáncer. Las transfusiones de sangre pueden mejorar la disnea de la anemia.

La toracocentesis y la pleurodesis, pueden mejorar los síntomas de un derrame pleural maligno (21).

UREMIA

El cáncer de cuello uterino progresivo o recurrente, puede causar uremia secundaria a obstrucción ureteral. La uremia puede provocar náuseas, vómitos, somnolencia, confusión y convulsiones. La uremia no tratada eventualmente es fatal.

La muerte puede retrasarse si la obstrucción ureteral se alivia mediante nefrostomía percutánea o endoprótesis ureterales. Si otras complicaciones de la progresión de la enfermedad han demostrado ser refractarias a la intervención médica o quirúrgica, el alivio de la obstrucción ureteral para proporcionar una excreción mejorada transitoria de ácido úrico y otros productos de

desecho solo prolonga el dolor y el sufrimiento de la paciente. El asesoramiento a la paciente y familia es necesario para identificar el punto en el que una intervención médica adicional es inapropiada en este entorno.

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Las náuseas y los vómitos pueden ser el resultado de la progresión de la enfermedad, así como de varios tratamientos. En la progresión de la enfermedad, la obstrucción mecánica del intestino grueso o delgado puede producir náuseas / vómitos. Las pacientes pueden experimentar ansiedad y náuseas anticipatorias relacionadas con los tratamientos de quimioterapia. El tratamiento previo con antieméticos antes de la quimioterapia a menudo controla las náuseas y los vómitos inducidos por la quimioterapia. La infección, las metástasis del sistema nervioso central y los trastornos metabólicos, como la uremia, también pueden causar náuseas. Es importante identificar la causa de las náuseas / vómitos, para que el tratamiento pueda dirigirse al mecanismo fisiopatológico subyacente.

Las causas metabólicas de náuseas y vómitos pueden aliviarse corrigiendo el desequilibrio metabólico.

En el contexto paliativo, se pueden usar múltiples agentes para el control de las náuseas y los vómitos, incluidas fenotiazinas, butirofenonas (p. Ej., Haloperidol), anticolinérgicos, antihistamínicos, esteroides o antagonistas de 5HT-3 (22).

HIPERCALCEMIA

Es una manifestación paraneoplásica poco común del cáncer ginecológico metastásico, para la cual se debe considerar la hidratación, los diuréticos, los esteroides, los agentes quelantes del calcio y los bifosfonatos.

CÁNCER DE OVARIO

La mayoría de las pacientes con cáncer de ovario, se diagnostican en una etapa avanzada, y después del tratamiento inicial, experimentan la recurrencia de la enfermedad, que eventualmente

se vuelve paliativa (23).

El cáncer de ovario se disemina en todas las superficies de la cavidad peritoneal. La morbilidad y la mortalidad suelen ser un resultado directo de este proceso.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

La obstrucción intestinal es una complicación común del cáncer de ovario avanzado. La obstrucción puede ser parcial o completa y puede ocurrir en uno o varios sitios. Las opciones de tratamiento dependen de la ubicación de la misma, así como del estado funcional general de la paciente y la extensión de la enfermedad. La cirugía debe limitarse a pacientes con un solo sitio de obstrucción y un buen estado general de funcionamiento. El mal estado nutricional y funcional, la carcinomatosis, la edad avanzada, la ascitis y el tratamiento previo extenso con quimioterapia / radiación, son todos indicadores de mal pronóstico (24).

La obstrucción rectosigmoidea localizada, se puede tratar con una colostomía en asa transversal. A menudo, una pequeña incisión en el sitio del estoma, es todo lo que se necesita para identificar el colon proximal dilatado y elevarlo a través de la pared abdominal anterior. Una vez que el sitio del estoma comienza a funcionar, la paciente puede comer y corregir los déficits nutricionales.

Por lo general, múltiples áreas de obstrucción parcial del intestino delgado no son susceptibles de corrección quirúrgica. Los implantes de tumores en la superficie del intestino y el mesenterio provocan adherencias e impiden la peristalsis. Con poca frecuencia, una obstrucción aislada del intestino delgado puede tratarse con resección intestinal y Re-anastomosis. Generalmente el control de los síntomas se convierte en el foco de atención en el tratamiento de la obstrucción intestinal maligna (25). Si bien las sondas nasales pueden proporcionar un alivio inmediato de los síntomas, son incómodas y no son una opción de tratamiento a largo plazo. También puede ser beneficioso disminuir las secreciones gastrointestinales con un octreótide como el análogo de la somatostatina. Las náuseas y los vómitos asociados se pueden controlar mediante la combinación de los fármacos antieméticos.

ASCITIS

El cáncer de ovario tiene la mayor incidencia de ascitis maligna en comparación con otros cánceres. Los factores que contribuyen a la fisiopatología de la ascitis maligna incluyen la obstrucción del drenaje linfático, obstrucción venosa por invasión tumoral del parénquima hepático y permeabilidad vascular. Las estrategias paliativas se centran en eliminar la ascitis para aliviar los síntomas asociados con la distensión, incluidos el dolor, la disnea, la saciedad temprana, la hinchazón de las extremidades inferiores y las náuseas. La paracentesis es la primera opción para el alivio inmediato de la ascitis maligna. Se ha demostrado que los drenajes PleurX, son seguros y eficaces en la ascitis maligna refractaria con un 86 % de funcionamiento hasta la muerte de la paciente, el eventual impacto metabólico es el agotamiento de la albúmina. Sin embargo, la mejora temporal e inmediata de la comodidad de la paciente, suele tener prioridad sobre el estado nutricional a largo plazo de una paciente con enfermedad terminal (26). El uso de diuréticos no ha mostrado valor en estos casos.

ANOREXIA

La compleja fisiopatología de la anorexia - la caquexia, implica vías inflamatorias y cambios metabólicos y hormonales. La anorexia está relacionada con un mal pronóstico, menores tasas de respuesta a la quimioterapia, disminución del estado funcional y disminución de la mediana de supervivencia (27). Deben abordarse las causas reversibles de anorexia, como estreñimiento, dolor, medicamentos, hipercalcemia y mucositis. En las neoplasias ginecológicas avanzadas, la anorexia relacionada con la obstrucción intestinal puede no ser reversible. Los ejemplos de intervenciones farmacológicas incluyen: 1) agentes gastrocinéticos como la metoclopramida, que pueden ser útiles en pacientes con náuseas y saciedad precoz; 2) corticosteroides en dosis bajas que son eficaces para mejorar el apetito a corto plazo (28); y 3) agentes de progesterona como acetato de megestrol, que pueden estimular el apetito y conducir a una mayor sensación de bienestar. El apoyo nutricional parenteral,

podría ser apropiado como una medida a corto plazo en el perioperatorio después del alivio de la obstrucción intestinal u otra intervención. Sin embargo, el apoyo nutricional parenteral a largo plazo rara vez es una medida adecuada en una paciente con deterioro maligno incurable de la función intestinal. Existen riesgos asociados con la nutrición artificial, incluida la sobrecarga de líquidos y la infección.

En las etapas terminales, la falta de sed y hambre es un proceso normal. Los miembros de la familia a menudo malinterpretan esta progresión de la enfermedad, como que permite que la paciente muera de hambre. Se debe educar a la paciente y la familia sobre el curso natural de la enfermedad y que retirar el apoyo nutricional, puede mejorar algunos síntomas.

ESTREÑIMIENTO

El cáncer de ovario hace que las pacientes sean susceptibles al estreñimiento debido a un tumor en la pared intestinal o que la comprime, o debido a una infiltración o daño en la médula espinal, la cola de caballo o los nervios pélvicos. Factores como la inmovilidad, la mala alimentación, la deshidratación y la hipercalcemia, pueden precipitar el estreñimiento.

El estreñimiento también puede ser un efecto adverso de los analgésicos narcóticos, o poca motilidad del colon por afectación del tumor. Las opciones de tratamiento van desde cambios de comportamiento, hasta agentes medicinales. Cuando sea posible, un aumento en la ingesta de líquidos y el ejercicio, pueden ser beneficiosos. Más útil para la paciente con cáncer, es la adición de fibra, estimulantes del colon, y laxantes a su régimen. Antes del tratamiento del estreñimiento, debe descartarse la impactación y la obstrucción. En casos de impactación, son útiles los supositorios de glicerina o los enemas. Las opciones de enemas incluyen agua tibia del grifo, fosfato / bifosfato, espuma de jabón, leche y melaza y aceite mineral. Los enemas de agua flotante, salina o del grifo deben limitarse a 2 durante 24 horas.

En el tratamiento de primera línea del estreñimiento, los ablandadores de heces deben combinarse con laxantes estimulantes, como

las tabletas de docusato sódico y sen. La dosis debe aumentarse con el objetivo de evacuar el intestino blando cada 1-2 días. Si el estreñimiento persiste, se pueden agregar laxantes adicionales al régimen, incluidos bisacodilo, polietilenglicol, lactulosa, sorbitol, hidróxido de magnesio o citrato de magnesio. También se puede considerar el uso de agentes procinéticos como la metoclopramida (29).

DISNEA

Si la disnea es persistente como resultado de una carga tumoral metastásica intratable, el tratamiento se basa en el control de los síntomas. Las terapias no farmacológicas incluyen oxígeno para la hipoxia sintomática, temperaturas más frías, ventiladores y terapia de relajación. La disnea asociada a ansiedad se puede mejorar con la adición de benzodiazepina. Los opioides se utilizan para el tratamiento farmacológico de la disnea. Para una paciente en tratamiento crónico con opioides, la dosis se puede aumentar en un 25 %. Si la paciente no ha recibido opioides, se puede agregar morfina 2,5 mg-10 mg por vía oral o 1-3 mg intravenoso (IV), cada dos horas según sea necesario. Se debe controlar el estado de los líquidos y los síntomas de sobrecarga de líquidos se pueden tratar con diuréticos en dosis bajas (30). Se deben abordar los objetivos de la paciente y la familia con respecto al tratamiento de la insuficiencia respiratoria. Además, brindar orientación sobre el pronóstico y la reversibilidad de la insuficiencia respiratoria y dar apoyo emocional y espiritual, según sea necesario.

CÁNCER ENDOMETRIAL

El cáncer de endometrio es la cuarta neoplasia maligna más común entre las mujeres. Las metástasis suelen afectar los pulmones, las superficies peritoneales de la cavidad abdominal, los ganglios linfáticos fuera de la pelvis, los huesos, el hígado y el cerebro (31).

Las complicaciones de la progresión de la enfermedad pélvica o intraabdominal se tratan de acuerdo con los principios generales descritos anteriormente para el cáncer de cuello uterino u ovario. La recurrencia en otros sitios justifica una intervención basada en síntomas.

METÁSTASIS PULMONARES

Las metástasis pulmonares parenquimatosas suelen ser asintomáticas hasta que se produce la erosión en un bronquio o vaso sanguíneo. La recidiva de localización central en el mediastino o las regiones hiliares puede causar síndrome de la vena cava superior o compromiso de las vías respiratorias grandes. La radioterapia paliativa es una opción terapéutica. Las metástasis a la cavidad pleural pueden causar derrames y disnea posterior. La toracocentesis puede mejorar temporalmente los síntomas pulmonares. Para los derrames recurrentes, el drenaje con tubo de toracostomía y la pleurodesis o VATS subsiguientes, probablemente aliviarán los síntomas del derrame pleural. La colocación de un catéter semipermanente intrapleural también es una opción de tratamiento.

METÁSTASIS ÓSEAS

Las metástasis óseas son relativamente poco frecuentes, a pesar de esto las metástasis esqueléticas causan problemas clínicos importantes, como dolor, fracturas patológicas, hipercalcemia y compromiso de la médula espinal. El tratamiento de las metástasis óseas debe tener como objetivo reducir la morbilidad para mantener la calidad de vida y la independencia funcional de la paciente. El tratamiento debe elegirse en función del estado clínico, el estado funcional y el estado de la enfermedad de la paciente. Se debe considerar el control sistémico de la enfermedad con quimioterapia, si corresponde, ya que se puede esperar que ayude a controlar los síntomas óseos. Para la paliación de las metástasis óseas dolorosas, la radioterapia de haz externo es el tratamiento más común y es altamente eficaz para pacientes con síntomas localizados (32). El tratamiento puede administrarse en fracciones únicas o múltiples según la situación clínica. El control del dolor también se logra mediante el uso de la clásica escalera analgésica de la OMS, centrada en los opioides que aumenta el uso según sea necesario.

HIPERCALCEMIA

Se define como calcio sérico total por encima de 10,2 ajustado para la concentración de albúmina, ocurre en hasta el 30 % de las pacientes con enfermedad maligna (33). Las pacientes con hipercalcemia pueden ser asintomáticas, pero cuando los síntomas están presentes, con mayor frecuencia son de naturaleza gastrointestinal y pueden incluir náuseas, vómitos, anorexia y estreñimiento. Los síntomas neurológicos pueden comenzar con irritabilidad y depresión y progresar a debilidad muscular, delirio y finalmente coma. Una vez que ocurre la hipercalcemia, el cáncer generalmente está avanzado y la supervivencia anticipada es escasa (6 meses). Por lo tanto, el tratamiento de la hipercalcemia debe realizarse teniendo en cuenta la situación clínica general. El tratamiento de la hipercalcemia con posterior reversión de los síntomas se basa en restaurar el volumen, aumentar la excreción de calcio e inhibir la liberación de calcio por los osteoclastos. La administración de líquidos por vía intravenosa es el primer paso. Una vez que se ha restaurado el volumen, el tratamiento con diuréticos de asa, aumenta la excreción de calcio. Los bifosfonatos son el siguiente paso en pacientes sintomáticas, el método más eficaz para lograr una reducción rápida y sostenida del calcio sérico es utilizar un bifosfonato en combinación con calcitonina (2-8 UI/kg, IM o IV 12 h). Esto debe reservarse solo para pacientes con hipercalcemia grave. Este uso combinado reducirá los niveles de calcio sérico más rápidamente que cualquier fármaco solo.

METÁSTASIS HEPÁTICAS

Suelen ser asintomáticas y con frecuencia se detectan solo después de que se hayan manifestado otros sitios de la enfermedad. En ocasiones, las metástasis hepáticas pueden agrandarse y causar dolor debido a la distensión de la cápsula hepática. Los analgésicos, el bloqueo nervioso regional y la radioterapia hepática completa, pueden proporcionar un beneficio paliativo.

METÁSTASIS CEREBRALES

La detección de metástasis intracraneal ocurre cuando las pacientes presentan síntomas

que requieren intervención. Los síntomas de presentación comunes incluyen, dolor de cabeza (40 %-50 %), convulsiones (10-20 %), náuseas / emesis intratables, o síntomas neurológicos como hemiparesia, alteración de la marcha y cambios visuales (34). La primera línea de terapia para la metástasis cerebral son los esteroides, que reducen el edema cerebral que rodea las metástasis y proporciona un alivio sintomático dentro de las 24 a 72 horas. Las dosis comienzan a las 4-8 mg/día de dexametasona oral para pacientes con síntomas de moderados a graves, que pueden aumentarse a 16 mg / día para los síntomas graves. Para pacientes con síntomas graves, puede exceder los 16 mg / día y aumentar hasta 100 mg / día (35), pacientes sin síntomas no muestran beneficio con estos esquemas de tratamiento. Si se planea radiación, los esteroides deben iniciarse 48 h antes del tratamiento para contrarrestar el posible empeoramiento del edema cerebral y deben continuarse durante el ciclo de radiación, y luego disminuirse gradualmente durante al menos 2 semanas después de la finalización.

CÁNCER DE VULVA Y VAGINA

El cáncer de vulva y el cáncer de vagina, al igual que el cáncer de cuello uterino, tienden a diseminarse localmente antes de que se produzcan metástasis generalizadas. Por lo tanto, se describen síntomas y complicaciones asociados con la progresión de la enfermedad pélvica y sistémica, que causan los otros cánceres ginecológicos; es decir las estrategias de tratamiento paliativo son similares. Se describe en el cáncer vulvar, la ulceración de la piel por un tumor infiltrante que puede tratarse con radioterapia, si la región no se ha tratado previamente con radioterapia en exceso durante un intento inicial de tratamiento curativo. Otras terapias tópicas para las úlceras localizadas incluyen óxido de zinc y apósitos para heridas a base de gel.

FINAL DE LA VIDA

Las pacientes con cáncer ginecológico avanzado viven diferentes situaciones de angustia que son difíciles de manejar en el transcurso de la enfermedad, decisiones que

involucran tratamientos, objetivos de atención y planificación del final de la vida, todo desde el momento del diagnóstico. Predecir el momento de la muerte, aun no es del todo preciso, pero diversos estudios han permitido identificar signos y síntomas terminales comunes.

Se ha descrito como “cuidados de confort”, un conjunto de intervenciones de cuidados paliativos más básicos, que proporcionan un alivio inmediato de los síntomas en una paciente que está muy cerca de la muerte (36).

En la etapa final de la vida, pueden ser causa de sufrimiento algunos síntomas físicos que se presentan, entre los que podemos citar: dolor, disnea, secreciones respiratorias, incontinencia, delirium, xerostomía, disminución de la ingesta oral, náuseas, vómitos, problemas nutricionales, fiebre, dificultad para conciliar el sueño (37).

Una revisión sistemática describió la frecuencia y la aparición de 10 signos clínicos, que fueron divididos en dos categorías: signos tempranos y tardíos. Los primeros signos se observaron con relativa frecuencia e incluyen: disminución del estado funcional, de la ingesta oral y del nivel de conciencia; por su parte los signos tardíos aparecieron solo en los últimos días de vida, entre ellos: períodos de apnea, respiración de Cheyne-Stokes, estertores de muerte, cianosis periférica, ausencia de pulso de la arteria radial, respiración con movimiento mandibular y disminución de la producción de orina, que generalmente se presentan entre la semana y los 3 últimos días de vida. El uso de signos físicos tardíos puede ayudar a los médicos a realizar el diagnóstico de muerte inminente, así como brindar una atención precisa, preparando a las pacientes y familiares para las horas finales de la vida. Mejorar la comunicación con la paciente, cercano a este momento, permitirá determinar los deseos de esta.

CONCLUSIÓN

Las pacientes que padecen cáncer ginecológico cursan con una variedad de síntomas a lo largo de la enfermedad, que impacta generalmente de manera negativa con su calidad de vida.

Los cuidados paliativos se enfocan en el

manejo de los síntomas, la calidad de vida y a ayudar a las pacientes, a guiar las decisiones relacionadas con la enfermedad avanzada.

Existe un reconocimiento y datos cada vez mayores sobre los cuidados paliativos en ginecológica oncológica, con oportunidades desde el control del dolor, hasta la atención al final de la vida. Por lo tanto, es importante integrar de manera temprana estos conceptos para pacientes diagnosticadas con neoplasias ginecológicas avanzadas.

La derivación oportuna a los servicios de cuidados paliativos puede mejorar el control de los síntomas y la calidad de vida sin afectar negativamente la supervivencia.

REFERENCIAS

1. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2016;35(1):96-112.
2. WHO. Definition of palliative care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>. 2015. Accessed October 1, 2019.
3. Epstein R, Street Jr RL. *Patient Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering.* Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH Publications; 2007.
4. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol.* 2011;22(5):1030-1040.
5. Lesnock JL, Arnold RM, Meyn LA, Buss MK, Quimper M, Krivak TC, et al. Palliative care education in gynecologic oncology: A survey of the fellows. *Gynecol Oncol.* 2013;130(3):431-435.
6. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1242-1247.
7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-311.
8. Vainio A, Auvinen A. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: An international collaborative study. *J Pain Symptom Manage.* 1996;12:3-10.
9. Puebla Díaz, F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona).* 2005;28(3):33-37.
10. Landrum LM, Blank S, Chen LM, Duska L, Bae-Jump V, Lee PS, et al. Comprehensive care in gynecologic oncology: The importance of palliative care. *Gynecol Oncol.* 2015;137(2):193-202.
11. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537492/>.
12. Holmes C, Mitchell A. Palliative care in gynaecological oncology. *Obstetr Gynaecol Reprod Med.* 2017;27.
13. Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, Are M, Bruce JY, Buga S, et al. Adult Cancer Pain. Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Cancer Netw.* 2021;17:977-1007.
14. Bercow AS, Nitecki R, Haber H, Gockley AA, Hinchcliff E, James K, et al. Palliative care referral patterns and measures of aggressive care at the end of life in patients with cervical cancer. *Int Gynecol Cancer.* 2021;31(1):66-72.
15. Eleje GU, Eke AC, Igberase GO, Igwegbe AO, Eleje LI. Palliative interventions for controlling vaginal bleeding in advanced cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;5:CD011000.
16. Krakauer EL, Kane K, Kwete X, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé DD, et al. Augmented package of palliative care for women with cervical cancer: Responding to refractory suffering. *JCO Global Oncology.* 2021;7:886-895.
17. Krakauer EL, Kwete X, Kane K, Afshan G, Bazzett-Matabele L, Ruthnie Bien-Aimé DD, et al. Cervical cancer-associated suffering: Estimating the palliative care needs of a highly vulnerable population. *JCO Global Oncology.* 2021;7:862-872.
18. Sun R, Koubaa I, Johanna Limkin E, Dumas I, Bentivegna E, Castanon E, et al. Locally advanced cervical cancer with bladder invasion: Clinical outcomes and predictive factors for vesicovaginal fistulae. *Oncotarget.* 2018;9:9299-9310.
19. Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P, Bounameaux H, Goldhaber SZ, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th edition. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest.* 2012;141(2 Suppl):e419S-94S.
20. Tassinari D, Santelmo C, Scarpi E, Tombesi P, Sartori S. Controversial issues in thromboprophylaxis with low-molecular weight heparins in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2008;36(2):e3-4.
21. Dudgeon DJ, Shadd J. Assessment and Management of Dyspnea in Palliative Care. In: Basow D, editor. 2013 (UpToDate, Waltham, MA, Ref Type: Online

- Source).
22. [Guideline] National Comprehensive Cancer Network. Palliative Care, Version 2. 2021. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf.
 23. Segev Y, Segev L, Schmidt M, Auslender R, Lavie O. Palliative care in ovarian carcinoma patients-a personalized approach of a teamwork: A review. *Arch Gynecol Obstet*. 2017;296(4):691-700.
 24. Perri T, Korach J, Ben-Baruch G, Jakobson-Setton A, Ben-David Hogen L, Kalfon S, et al. Bowel obstruction in recurrent gynecologic malignancies: defining who will benefit from surgical intervention. *Eur J Surg Oncol*. 2014;40(7):899-904.
 25. Paul Olson TJ, Pinkerton C, Brasel KJ, Schwarze ML. Palliative Surgery for Malignant Bowel Obstruction from Carcinomatosis: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2014;149(4):383-392.
 26. Tapping CR, Ling L, Razack A. Pleur X drain use in the management of malignant ascites: Safety, complications, long-term patency, and factors predictive of success. *Br J Radiol*. 2012;85(1013):623-628.
 27. DeWys WD, Begg C, Lavin PT, Band PR, Bennett JM, Bertino JR, et al. Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Med*. 1980;69(4):491-497.
 28. Kolomainen DF, Barton DP. Surgical management of bowel obstruction in gynaecological malignancies. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2011;5(1):55-59.
 29. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PW, et al. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain: A systematic review. *J Pain*. 2003;4(5):231-256.
 30. Davidson PM, Johnson MJ. Update on the role of palliative oxygen. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2011;5(2):87-91.
 31. Schneider JJ, Shroff S, Moser A. Palliative segmental duodenectomy for bleeding, erosive endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2005;97(1):246-248.
 32. Uccella S, Morris JM, Bakum-Gamez JN, Keeney GL, Podratz KC, Mariani A. Bone metastases in endometrial cancer: report on 19 patients and review of the medical literature. *Gynecol Oncol*. 2013;130(3):474-482.
 33. Grill V, Martin TJ. Hypercalcemia of malignancy. *Rev Endocr Metab Disord*. 2000;1(4):253-263.
 34. Ratner ES, Toy E, O'Malley DM, McAlpine J, Rutherford TJ, Azodi M, et al. Brain metastases in epithelial ovarian and primary peritoneal carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;19(5):856-859.
 35. Ryken TC, McDermott M, Robinson PD, Ammirati M, Andrews DW, Asher AL, et al. The role of steroids in the management of brain metastases: A systematic review and evidence-based clinical practice guideline. *J Neurooncol*. 2010;96(1):103-114.
 36. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the Hospital. *N Engl J Med*. 2015;373(26):2549-2561.
 37. Hui D, dos Santos R, Chisholm G, Bansal S, Silva TB, Kilgore K, et al. Clinical signs of impending death in cancer patients. *The Oncologist*. 2014;19(6):681-687.