

SUEÑO Y DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

J. Romero Cotelo

Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

*“En los brazos de la noche por vivir quise morirme,
que el que vive como yo sólo cuando duerme vive”*

BULERÍAS

El cáncer produce en la persona un malestar emocional o distress, que dependiendo de la capacidad de respuesta personal, va a producir desde una reacción llamémosle normal, respuesta de adaptación, hasta una alteración psicopatológica o trastorno mental que necesitará de una actuación psiquiátrica¹. El sueño suele estar afectado. Aproximadamente en un 70% de pacientes oncológicos tienen un trastorno del sueño². En los intervalos de tiempo en que los pacientes son diagnosticados, reciben el tratamiento oncológico activo (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, etc.) y están en estadios más avanzados de la enfermedad, la alteración del sueño se va a hacer más relevante.

El insomnio de conciliación y el de mantenimiento suelen ser los de mayor prevalencia. A este trastorno del sueño no se le ha dado la importancia necesaria como síntoma a tratar, en comparación con otros síntomas (dolor, náuseas, vómitos, estreñimiento, disnea, etc.) y sin embargo la importancia es dada por los pacientes y los familiares. Tendríamos que preguntarnos si lo consideramos como una consecuencia normal del desarrollo y pronóstico de la enfermedad oncológica³.

El dolor, presente en un 90% de los pacientes oncológicos, es el factor físico de riesgo más importante que va a desencadenar una alteración en el sueño y uno de los objetivos que se plantean a la hora de aliviar el dolor, pasa por un descanso nocturno, sueño reparador o aumento de las horas de sueño del paciente oncológico.

Una mejor preparación, formación, mejor coordinación o comunicación con los profesionales expertos en sueño, así como una correcta valoración y un abordamiento eficaz del trastorno del sueño por parte de los profesionales sanitarios que atienden a estos pacientes, van a contribuir a mejorar, sin duda, la calidad de vida del paciente oncológico.

ETIOLOGÍA

Las causas de los trastornos del sueño en los pacientes oncológicos son multifactoriales. Podemos clasificarlas en:

1. Factores predisponentes:

El sexo femenino; edad avanzada; historia personal previa de insomnio, ansiedad y depresión.

2. Factores desencadenantes:

a) *La información del diagnóstico y la No información del diagnóstico, así como el pronóstico nefasto;*

los tratamientos oncológicos activos (quimioterapia agresiva, intervenciones quirúrgicas mutilantes; recidivas y agravamiento de la enfermedad; períodos de hospitalización.

- b) *Dolor*. Presente en un 80-90% de pacientes con cáncer avanzado. Su no control interfiere en el inicio y mantenimiento del sueño⁴. Los pacientes con más dolor tienen más alteraciones del sueño.
- c) *Ansiedad y depresión*. En un 60% de pacientes con ansiedad y un 90% con depresión de pacientes van a presentar trastornos del sueño. Temores y miedos que tienen: “a no despertar tras el sueño”; “a perder el control y morir”; “a pesadillas”; “a problemas que le quedan por resolver”; “a preguntas con difícil respuesta” como pudieran ser:
– ¿qué va a ser de mi familia?, –¿qué sentiré en el momento de mi muerte?, –¿qué pasará con mi cuerpo?
- d) *Delirium*. De causa multifactorial, principalmente en los últimos días de vida. Presenta dificultad para conciliar el sueño, somnolencia diurna, agitación nocturna, y principalmente el cambio de vigilia-sueño.
- e) *Otros síntomas*: Estreñimiento; náuseas; disnea; incontinencia urinaria; fiebre; sudoración; prurito; síndrome de apnea del sueño; mioclonías nocturnas y síndrome de las piernas inquietas; síndromes paraneoplásicos; disfunción tiroidea; trastornos del ritmo circadiano.
- f) *Fármacos*:
– Estimulantes del SNC: cafeína, corticoides, diuréticos, anticomiciales, citostáticos, tiroxina, propranolol, alcohol, neurolépticos, psicoestimulantes, etc.
– Fenómenos de privación con: opioides, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, alcohol, hipnóticos de acción corta.
3. Factores que prolongan la alteración del sueño:
Dormir durante el día, vida sedentaria principalmente cama-sillón; fumar, privación alcohólica; deficiente nutrición.

DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar el insomnio, deberemos hacer una historia médica y descartar patología psiquiátrica. Conocidas las causas más frecuentes que pueden producir las alteraciones del sueño, será más fácil identificarlas y posteriormente intentar tratarlas. El estado emocional del paciente es básico, para detectar el estado de ansiedad y depresión y principalmente los temores y miedos que inundan al paciente. Una atención a la familia y al cuidador principal y la detección de problemas que engloban a la unión paciente-familia también es necesaria. Conocer la farmacología que utilizamos para tratar los síntomas multifactoriales que aparecen en estos pacientes y sobre todo detectar el dolor no bien controlado, así como el dolor irruptivo que se desencadena a lo largo del día y de la noche que puede alterar el sueño.

TRATAMIENTO

La valoración y el tratamiento del paciente oncológico debe ser realizado tanto de una manera precoz como sistemático, así revertirá en una mejor calidad de vida y un buen confort del paciente, ambos objetivos de la medicina paliativa. El tratamiento deberá ir enfocado: por un lado, a un componente educativo que proporcione un aceptable ciclo vigilia-sueño como puedan ser: horario regular para levantarse de la cama; no dormir durante el día; ejercicios en las primeras horas del día siempre que se pueda; cambios posturales, masajes; dieta (horarios de comida adecuados, no cenas tardías, así como baja ingesta de líquidos al final de la jornada para evitar la nicturia, no estimulantes como la cafeína, alcohol o nicotina); piel seca; técnicas de relajación si son posibles; tranquilizar durante la noche: con cuidador pendiente, pequeña luz encendida en la habitación, farmacología de rescate para el dolor y la ansiedad, si se presentan y conociéndolo el paciente; y una buena comunicación con la familia-cuidadores.

Y por otro lado habrá que instaurar un tratamiento basado en un buen control de síntomas que presente el paciente y el tratamiento farmacológico del insomnio.

Los fármacos más empleados son las benzodiacepinas e imidazopiridinas:

- En el insomnio de conciliación utilizar fármacos de vida media corta-media y sin metabolitos activos como son el Zolpidem o Lorazepam.
- En el insomnio de mantenimiento, fármacos de vida media media-larga como Lorazepam, Flunitrazepam, Diazepam.
- Insomnio asociado a depresión: ADT antidepresivos tricíclicos que poseen una acción sedante y antidepresiva.
- Insomnio asociado a ansiedad: Alprazolam y Diazepam. La utilización de Midazolam s.c. o i.v. en los casos en que no pueda administrarse por vía oral. Dosis ansiolíticas 0,5 mg/h, Dosis hipnóticas 2-3 mg/h.

BIBLIOGRAFÍA

1. Derogatis CR, Morrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983;249:751-7.
2. Portenoy RK, Itri IM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. Oncologist. 1999;4:1-10.
3. Angstrom CA, Strohl RA, Rose L, et al. Sleep alterations in cancer patients. Cancer Nurs. 1999;22:143-8.
4. Strang P. Emocional and social aspects of cancer pain. Acta Oncol. 1992;31:323-6.