

DIARREA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Dra Sonia Juarez

En el paciente oncológico la diarrea suele ser multifactorial. Sin embargo, hay que realizar a una aproximación diagnóstica para realizar el tratamiento correcto.

ETIOLOGÍAS

- laxantes
- medicamentos (ATB_AINE_antiácidos)
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Síndrome de malabsorción.
- Tumores: Gastrointestinales y carcinoides.
- Gastroenteritis y otras infecciones
- Obstrucción intestinal
- Impactación fecal

La importancia de conocer la etiología radica en que pueden cambiar decisiones de tratamientos de otros síntomas (por ejemplo, en las diarreas infecciosas no se puede utilizar opioides).

Respecto de la diarrea, las toxicidades inducidas por la QMT se clasifican según la intensidad y el grado de afectación general.

GRADO	0	1	2	3	4
SIN colostomía	Ninguno	Aumento hasta 3 dps/d	Aumento de 3-6 dps/d o dps/nocturnas	Aumentos de 7 o + dps/d o necesidades de hidratación parenteral	Fracaso hemodinámico
CON colostomía	Ninguno	Ligero aumento del contenido	Moderado aumento que interfiere con las actividades del paciente	Severo aumento que interfiere con las actividades del paciente.	Fracaso hemodinámico



Los grados 1-2 pueden tratarse en domicilio si no tiene complicaciones como fiebre, signos de infección, afectación importante de la capacidad funcional.

Es de gran importancia la dieta y la hidratación del paciente. Los opioides son ampliamente usados en CP.

La Loperamida es eficaz en tratamiento de la diarrea por QMT y RDT hasta 16 mg/día. Se indica 4mg de inicio y luego 2mg post cada deposición hasta normalizar el ritmo evacuatorio. También se puede utilizar Octeatripe en diarrea refractaria, aunque sería una indicación para manejar en un segundo o tercer nivel.

El paciente con RDT puede llegar a requerir Loperamida durante todo el tratamiento.