



Control de Síntomas en el paciente oncológico

Fernando Lizárraga

Unidad de Cuidados Paliativos

Hospital del Niño Jesús-Tucumán

2018



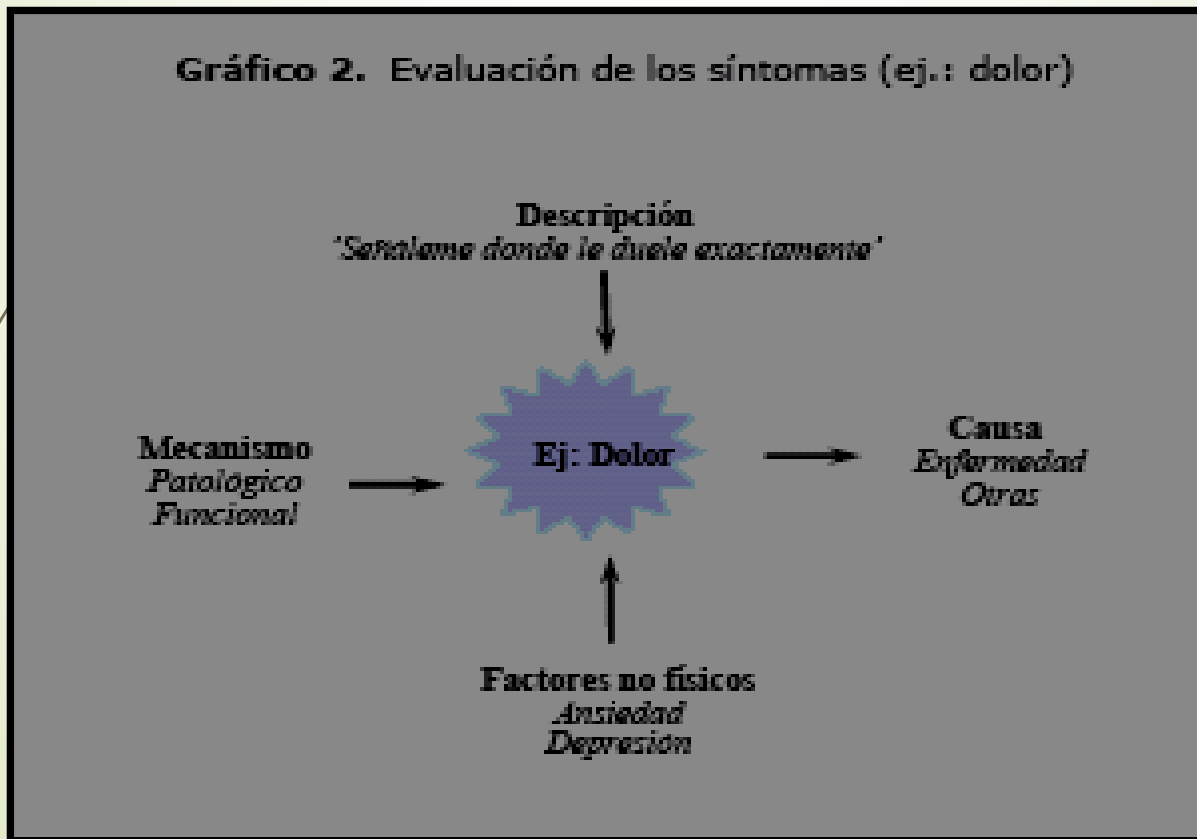
Control de Síntomas

- La estrategia de base científica para lograr un buen control de los síntomas se resume en la sigla **“EMA”** (*Twycross R, 2003*)
 - **E**valuación y **E**xplicación
 - **M**anejo terapéutico y **M**onitoreo
 - **A**tención a los detalles

Evaluación

- Diagnosticar antes de tratar
(Causa/Mecanismo/Impacto/Tto. Previo)

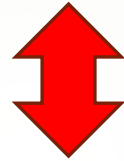
Gráfico 2. Evaluación de los síntomas (ej.: dolor)





Explicación

- La explicación de la causa y mecanismo del síntomas (en lenguaje simple)



CONFIANZA

- Recomendable explicar las opciones terapéuticas, permitiendo que el paciente seleccione aquella que le resulte más apropiada.



Manejo terapéutico

- Corregir lo corregible.
- Tratamiento no farmacológico (medidas “higiénico dietéticas”)
 - Tratamiento farmacológico (fármaco indicado a dosis y vía adecuada)
- Tener en cuenta objetivos/EA/IM/Interrupción.
- No considerar «NO HAY NADA MÁS QUE HACER»



MONITOREO

- **SEGUIMIENTO** (revisión continua de la eficacia terapéutica/aparición de nuevos síntomas/efectos adversos).
- No se controlan los síntomas en el acto sino que se trata de un **proceso terapéutico continuo.**



ATENCIÓN A LOS DETALLES

- Ciencia y ARTE.
- Consejo escrito.
- Fármacos profilácticos (para síntomas persistentes).
- Pesquisar sin presuponer (actitud mental).



Vía de administración de fármacos

- ORAL/ENTERAL (SNG o GTT) (75% pacientes)
- SUBCUTANEA: Considerar si:
 - Presencia de vómitos o náusea severa
 - Disfagia
 - Nivel de conciencia disminuido
 - Últimos días de vida



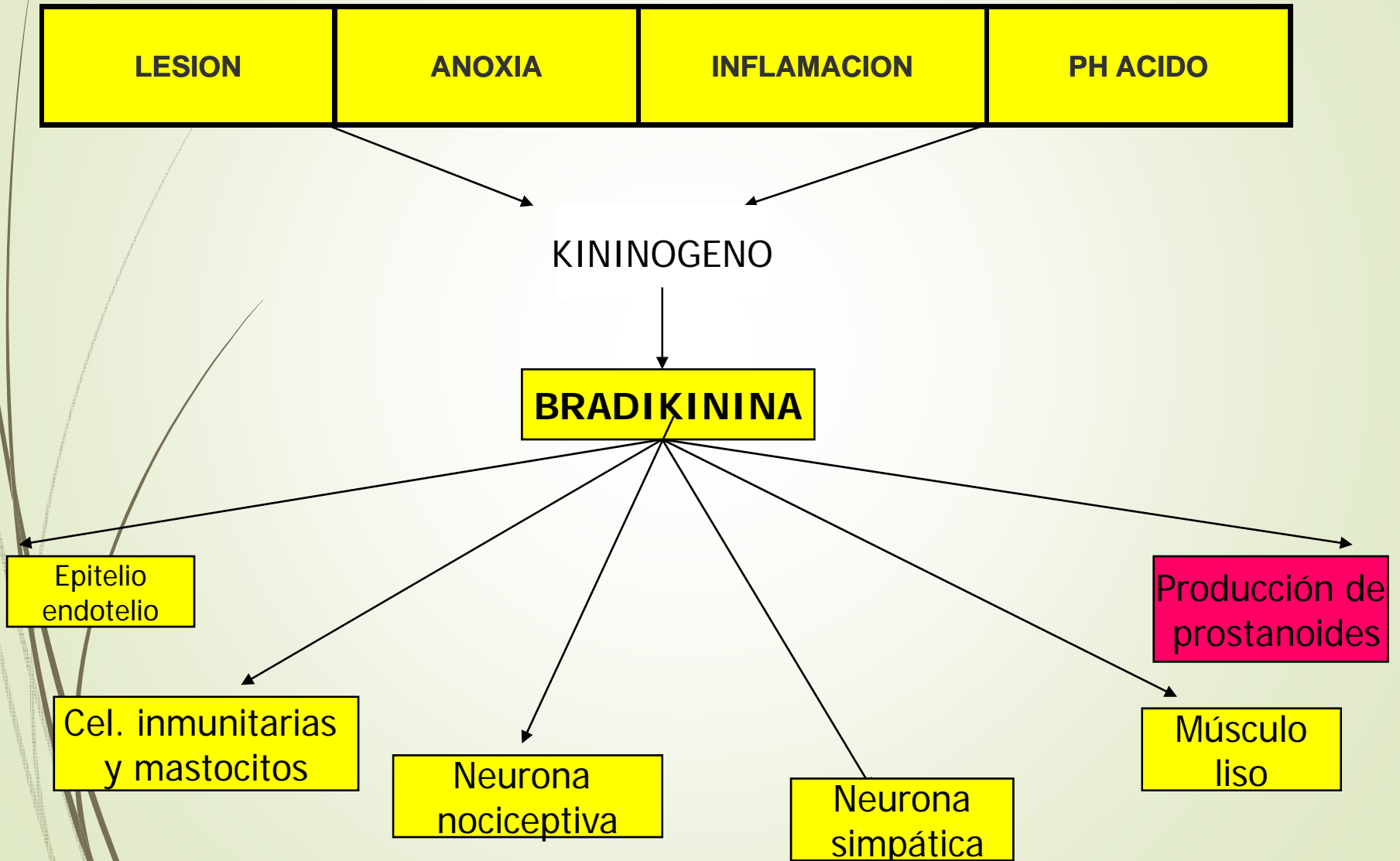
DOLOR




DEFINICIÓN

- Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística real o potencial o descrita en términos de dicho daño.(IASP)
- Dolor es lo que el paciente dice (UNICO/MULTIDIMENSIONAL/SUBJETIVO)

GENERACIÓN DEL ESTIMULO




Dolor por enfermedad de base?

- 
- ✓ Afectación tumoral de huesos, tejidos blandos, vísceras.
 - ✓ Afectación tumoral de SNC o SNP (Incluído dolor por compresión medular)

Dolor relacionado a enfermedad?

- 
- ✓ Afectación por debilidad (por ej UPP/dolor musculoesqueletico)

Dolor tratamiento y/o procedimientos?

- 
- ✓ Afectación por cirugías, mucositis, gastritis por medicación.
 - ✓ Afectación por venopunturas, punción de médula ósea, punción lumbar.



Importancia correcta analgesia

- Si el niño padece **dolor, ansiedad o miedo** podrá quedar con una *huella afectiva* difícil de medir



Respuestas traumáticas futuras

Arch Dis Child 2001;85:12 15

Invasive procedures carried out in conscious children: contrast between North American and European paediatric oncology centres

R D W Hain, C Campbell

CLASIFICACIÓN (Fisiopatológica)

NOCICEPTIVO: mediado por *nociceptores*:
Térmicos (frío/calor)
Mecánicos (vibración/estiramiento)
Químicos (hipoxia/inflamación/necrosis tisular)

Somático o Visceral.

NEUROPATICO: generado por el daño estructural y la disfunción neuronal del SNC o SNP

	NOCICEPTIVO		NEUROPATICO	
	SOMATICO	VISCERAL	COMPRESION NERVIOSA	DESTRUCCION NERVIOSA
Mediado por	Receptores Nociceptivos		Rec. Nociceptivos Vías Sensitivas	Vías Sensitivas
Causa	Alteración tisular	Distensión capsular Oclusión vísceras huecas	Disfunción en la conducción del impulso	Hiperexcitabilidad neuronal
Patrón	Localizado	Difuso Referido	Irradiación dermatomérica	
Característica	Continuo o intermitente	Continuo, cólico o intermitente	Lancinante. Disestesias. Hiperalgesia	


CLASIFICACIÓN (Fisiopatológica)

NEUROPÁTICO:

Características sensoriales sugerentes

- **ALODINIA**
- **HIPERALGESIA** (táctil o térmico: infrecuente:+ frío)/**HIPOALGESIA** (táctil o térmico: frecuentes)
- **HIPERESTESIA** (táctil o térmica: infrecuentes)/**HIPOESTESIA** (táctil o térmico: frecuentes)
- **PARESTESIA** :picor/hormigueo/adormecimiento frente a + que normalmente no es desagradable (espontánea o provocada)
- **DISESTESIA** (espontánea o provocada)

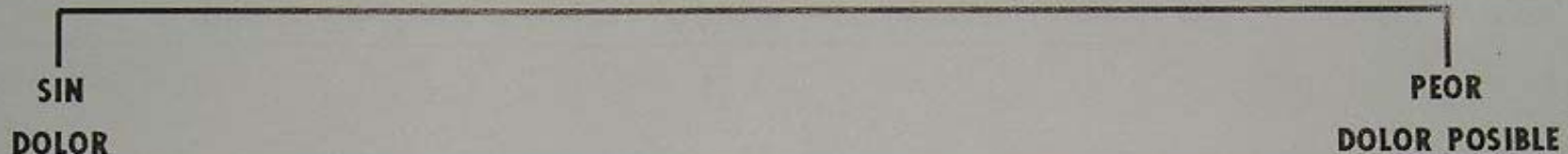
Dolor por enfermedad de base?

- 
- ✓ Afectación tumoral de huesos, tejidos blandos, vísceras.
 - ✓ Afectación tumoral de SNC o SNP (Incluído dolor por compresión medular)

ESCALAS

1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA).

Instrucciones: Marque en la línea de abajo cuán fuerte es su dolor en este momento

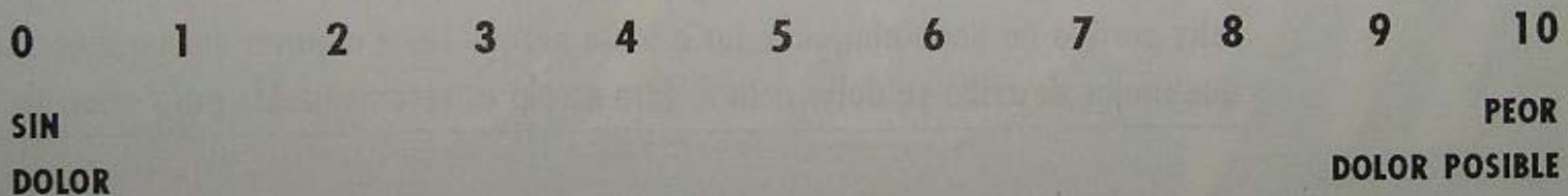


Variante: Escala visual Analógica de Alivio del Dolor (EVA Alivio)



2. ESCALA DE VALORES NUMÉRICOS (EVN).

Instrucciones: Elija un número de 0 a 10 que indique cuán fuerte es su dolor en este momento



ESCALA VISUAL ANÁLOGA



ESCALA FACIAL



1



2



3



4



5



6

Ausencia
de dolor

Máximo
dolor
imaginable

ESCALAS

De 1 mes-3 años y en pacientes no colaboradores

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
Cara	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
Piernas	Relajadas	Inquietas	Galpea con los pies
Actividad	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rigido
Llanto	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
Capacidad de consuelo	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso; 9-10 : máximo dolor imaginable

ESCALAS DE INTERNACIÓN-UCIP

TABLA 1.- Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (*ESCID*)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			

Escala dolor neuropático

ESCALA DE DOLOR LANSS

ESCALA DE DOLOR LANSS

Esta escala de dolor nos ayudará a determinar si los nervios que informan acerca de su dolor están funcionando normalmente o no.

Esto es importante para averiguar si son necesarios diferentes tratamientos para controlar su dolor.

A. CUESTIONARIO DE DOLOR (5 ítem con 2 opciones c/u)

B. EXAMEN SENSITIVO (2 ítem)

(Alodinia / Alteración de umbral al pinchazo)

✓ **SENSIBILIDAD 93%**

✓ **VALIDEZ DE CONTENIDO**

✓ **ESPECIFICIDAD 83%**

✓ **ALTA FIABILIDAD**

*Bennett M. The LANSS Pain Scale: The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs. Pain. 2001; 92:147-157.
Traducción – Versión Junio 2004. Grupo del Dolor Neuropático. URUGUAY*

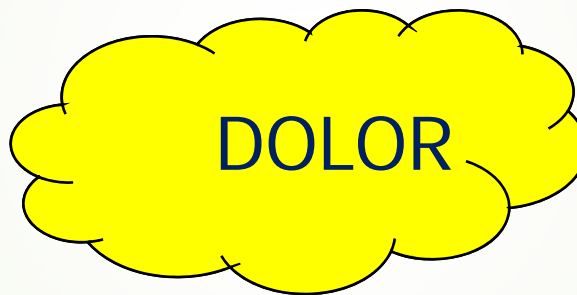
Dr. Hugo Núñez Bernadet
Rehabilitación y Medicina Física
URUGUAY

EVALUACION

Descripción

Mecanismo

Nociceptivo
Neuropático



Causas

Por la enfermedad
Por el tratamiento
concurrente
asociado

Factores no físicos

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Eliminar la causa

Quirúrgico
Farmacológico
No farmacológico

Tratamiento farmacológico

Analgésicos no opiodes
Analgésicos opiodes
Adyuvantes

Analgesia loco-regional

Tratamiento no farmacológico

Métodos físicos

Métodos psíquicos

FARMACOLOGICO

POR BOCA



POR RELOJ



POR ESCALERA



ATENCION A LOS DETALLES



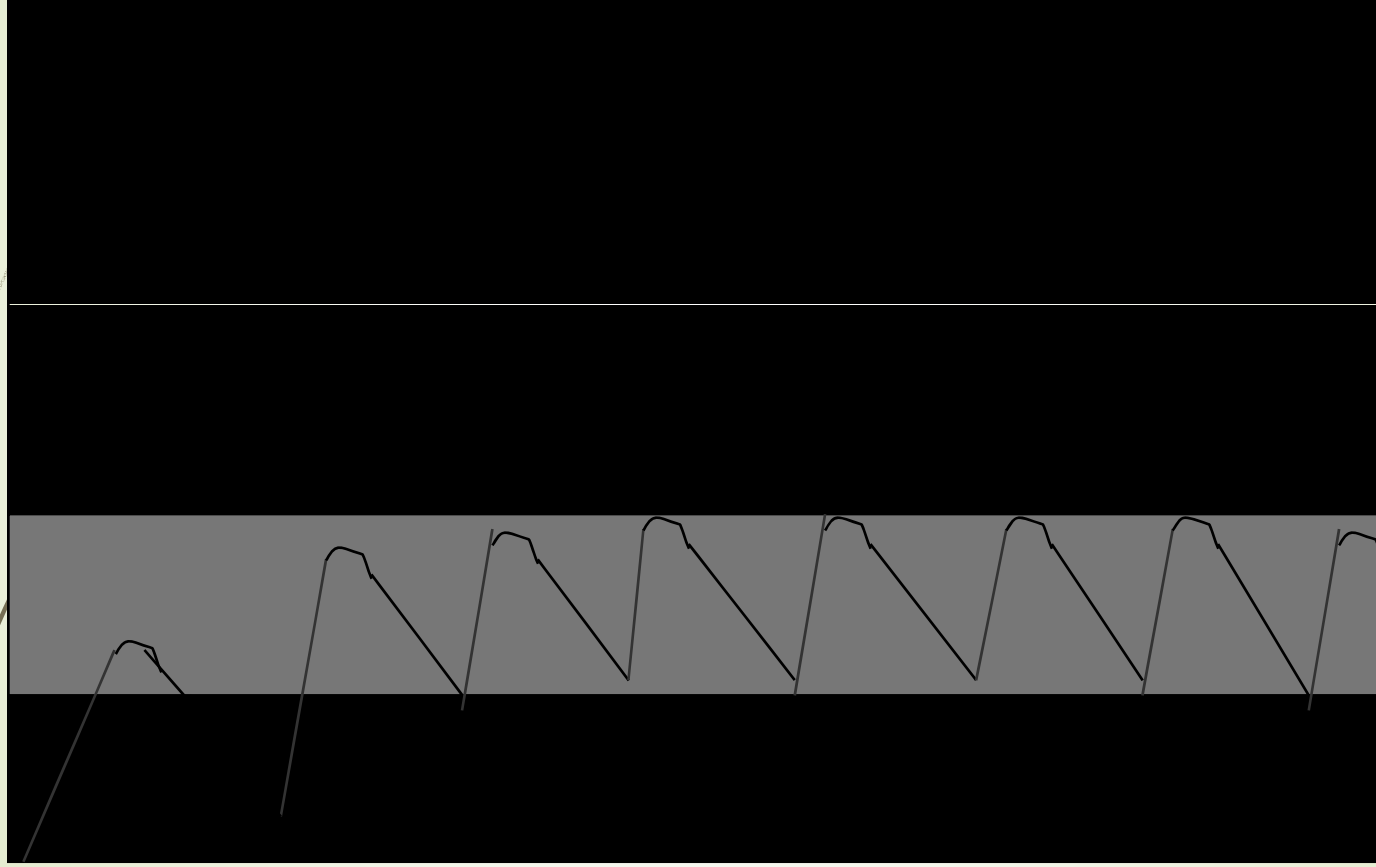
POR BOCA

La vía oral es preferida por:


- Efectiva
- No invasiva
- Segura
- Buena relación de costo
- Aceptada por los pacientes
- Aumenta la movilidad y la autonomía

POR RELOJ

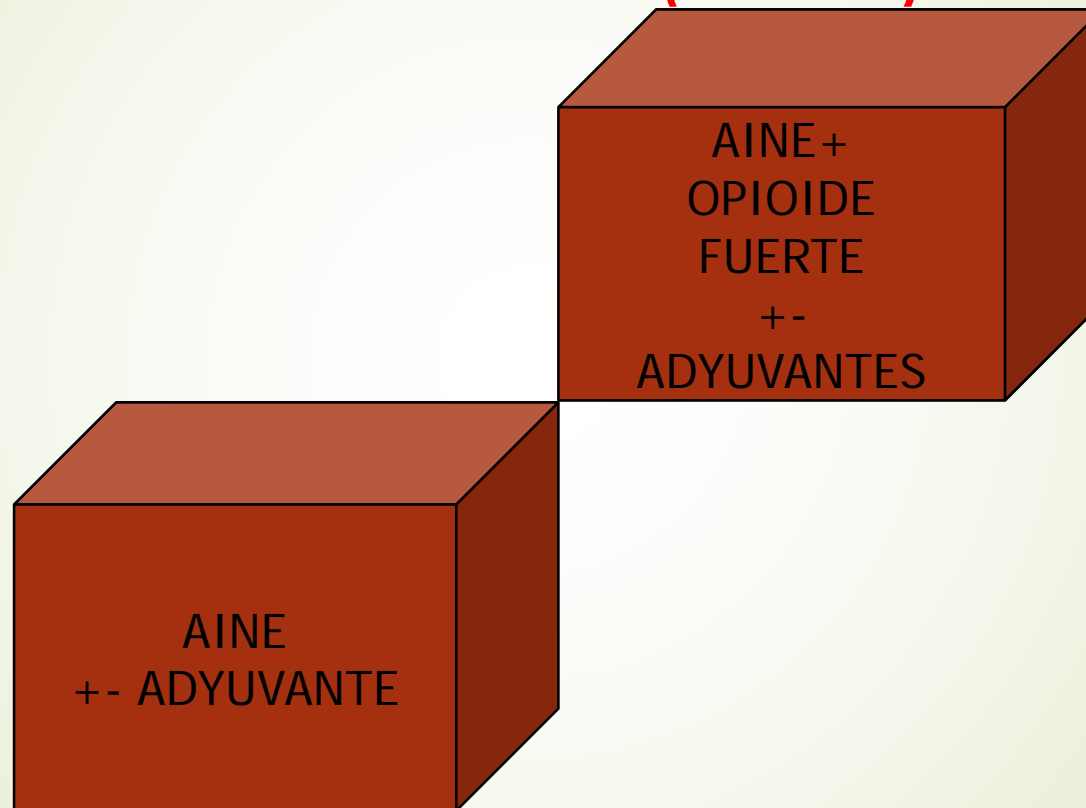
Concentración de droga



dolor
Corredor analgésico
+ efectos colaterales



ESCALERA ANALGESICA OMS (2012)



MECANISMO DE ACCION

La forma de actuar de los AINEs es bloquear la síntesis de metabolitos del Ácido Araquidónico

- Interferencia con la activación de los neutrófilos
- Estimulación de la vía de ON
- Inhibición de citokinas
- Algunos tienen acción central en el hipotálamo
- Estimulación de la liberación de encefalinas endógenas

Efecto en el dolor leve a moderado con lesión tisular, y pierden efectividad si el dolor es más severo o de otro tipo

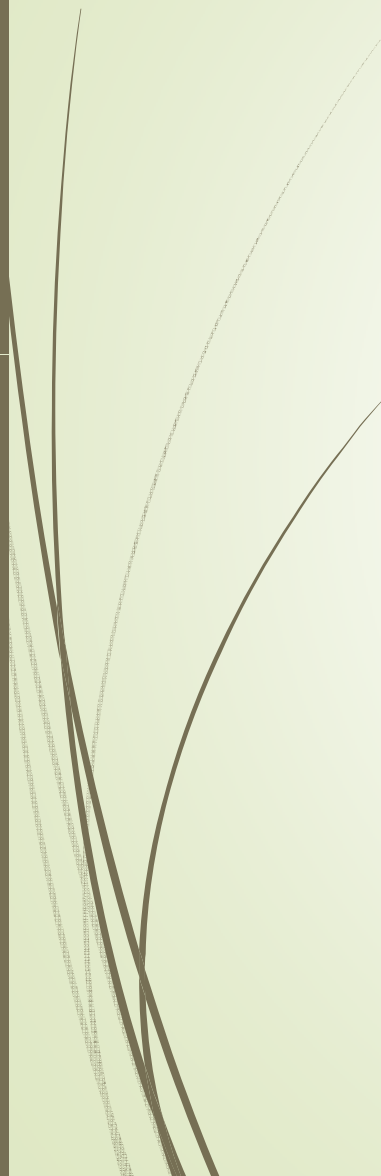


EFFECTOS ADVERSOS

- Irritación de la mucosa gástrica
- Toxicidad renal
- Alteración de la función plaquetaria
- Antagonizan algunos antihipertensivos
- Inducen asma
- Hepatitis



OPIOIDES



Son un grupo de fármacos que poseen gran actividad analgésica, mediada por la activación de receptores específicos en el sistema nervioso central y periférico, derivados naturales del opio y análogos sintéticos con muchas características en común

RECEPTORES

Tipo De Receptor	Función	Localización
μ, δ, κ	(-) del dolor	Supramedular y medular
$\mu \delta$	Depresión respiratoria	Tronco cerebral
μ	Motilidad gastrointestinal	Sistema límbico, medular
μ	Motilidad vesical	S.N.A., medular
$\mu(-)$ $\kappa(+)$	Diuresis	Hipotálamo, hipófisis ¿riñón?
μ : euforia y sedación κ : disforia, sedación	comportamiento	Corteza, sistema límbico
μ : intensa κ : moderada	Dependencia fisiológica	

CLASIFICACION FUNCIONAL DE LOS OPIOIDES

- Agonistas puros: actúan en forma directa y completa sobre receptores μ . Morfina/Fentanilo.
- Agonistas-antagonistas: agonista sobre el κ y antagonista sobre el μ . Nalbufina
- Agonistas parciales: su actividad es inferior a 1 sobre el μ , efecto techo. Buprenorfina
- Antagonistas puros: afinidad por receptores, sin actividad intrínseca. Naloxona

EFECTOS COLATERALES

Constipación	Sudoración
Nauseas y vómitos	Retención urinaria
Prurito	Tolerancia
Broncoconstricción	Depresión respiratoria
Alucinaciones	Dependencia física *
mioclonías	Dependencia psíquica

* DISMINUR LA DOSIS EN FORMA PAULATINA LUEGO DE 7 A 10 DÍAS DE USO CONTINUO. 20 % CADA 48 HS

METADONA

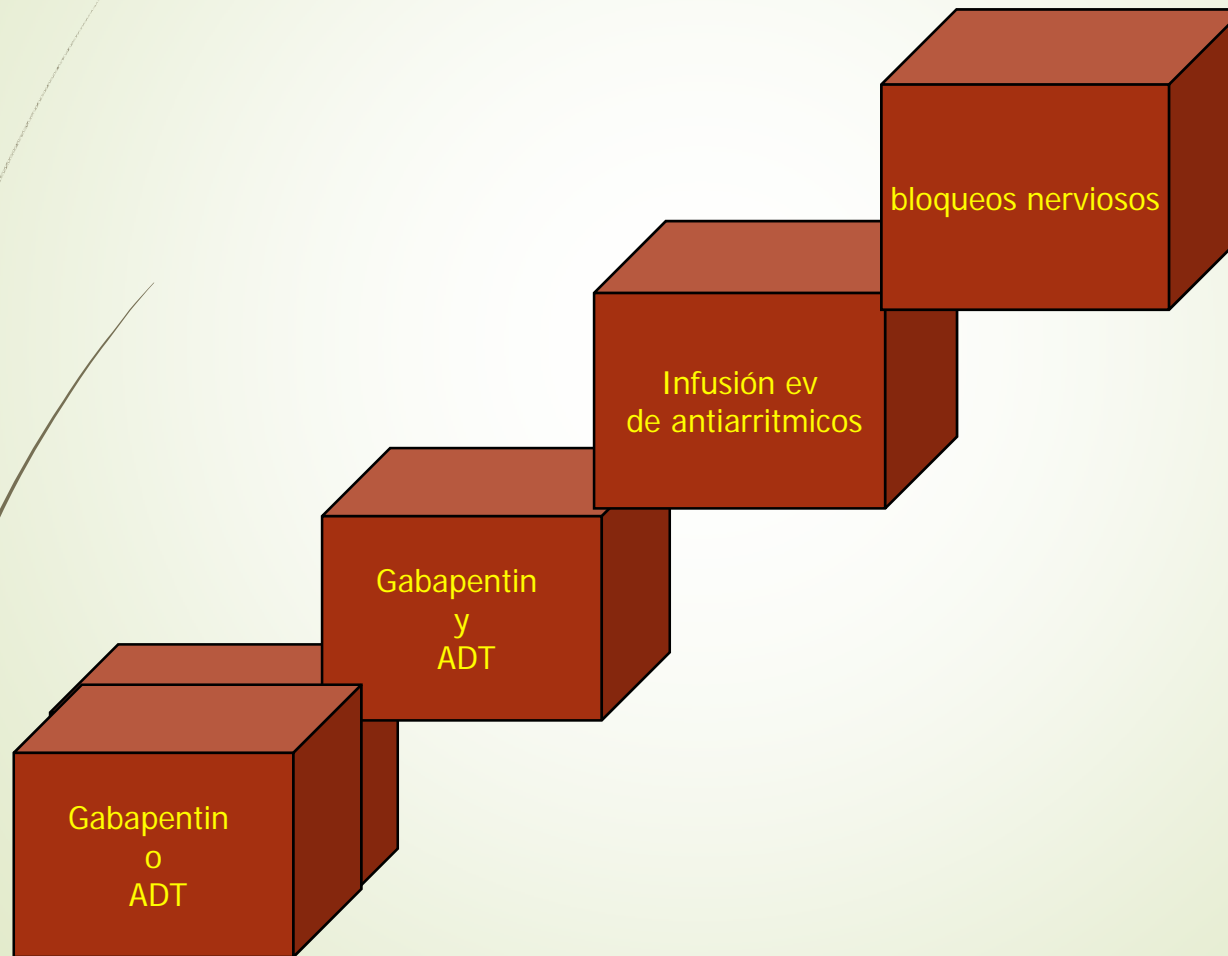
La superior eficacia de la Metadona con respecto a la Morfina en el tratamiento del dolor neuropático puede deberse a la suma de todas estas características:

- Potente agonista de los receptores μ .
- Bloquea la recaptación de monoaminas.
- Antagonista de los receptores NMDA.

METADONA

- Los efectos adversos secundarios a la administración de Metadona generalmente son menos comunes y menos severos que cuando se presentan por otros opioides.
- La metadona presenta larga duración de acción, lo que la hace particularmente útil en el tratamiento del dolor neuropático. (Morfina vida media 4 horas)

ESCALERA ANALGESICA DOLOR NEUROPATICO





ADYUVANTES

Son fármacos utilizados para:

- Combatir efectos adversos de los analgésicos
- Conseguir mayor efecto analgésico
- Tratar aspectos concomitantes

Métodos NO Farmacológicos

Las intervenciones no farmacológicas alivian el dolor mediante dos mecanismos:

- **Directo:** aumentando la actividad de las vías inhibitorias del dolor.
- **Indirecto:** modificando factores que modulan el umbral del dolor (ejemplos: trastornos del sueño, aislamiento, ansiedad, otros síntomas, etc.).

Pueden dividirse en 2 categorías:

- **medidas físicas:** modifican los sistemas sensoriales.
- **psicológicas:**
 - cognitivas:** influyen los pensamientos del paciente
 - conductuales:** tienden a modificar conductas.

Métodos no farmacológicos

- Evidencias de moderada calidad.
- Los dolores incluidos en la revisión eran dolores crónicos y recurrentes no cefaleicos (fibromialgia/dolor abdominal recurrente, etc). No se incluyeron dolores de origen maligno.
- *Eccleston C et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, (2): CD 003968*



NAUSEAS Y VÓMITOS

Definiciones

■ **NÁUSEA:** *sensación subjetiva no placentera que se caracteriza por la repulsión a las comidas y opresión gástrica. Puede acompañarse de importantes fenómenos vegetativos como palidez, sudoración fría, taquicardia, etc.*

■ **ARCADA:** *serie de movimientos espasmódicos y rítmicos del diafragma y los músculos abdominales con glotis cerrada, que puede culminar en el vómito.*

➔ **VÓMITO:** *eyección activa del contenido gastrointestinal a través de la boca que involucra una actividad coordinada del tracto gastrointestinal, el diafragma y los músculos respiratorios y abdominales.*

FISIOPATOLOGIA

Centro del vómito

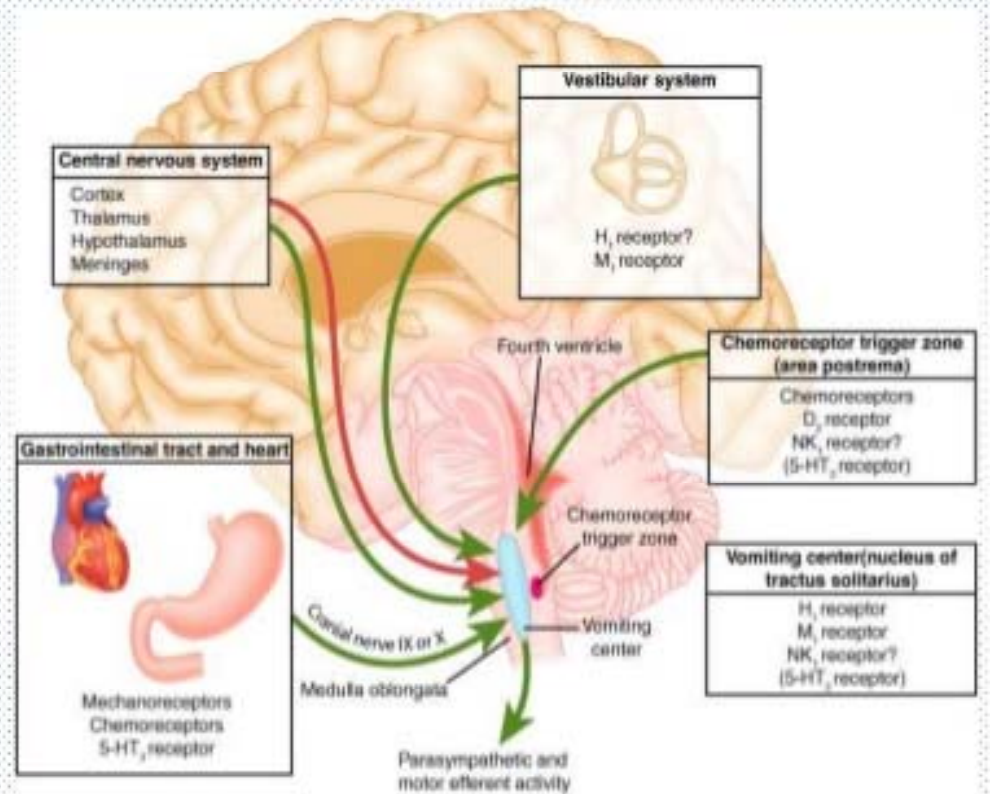
Localización: formación reticular ascendente del bulbo raquídeo.

- Aferencias: centrales/periféricas

ZGQ

Localización: piso del cuarto ventrículo.

- Carece de barrera hematoencefálica.



Source: Katzung BG, Barbone SB, Trevor AJ: Basic & Clinical Pharmacology, 23th Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

CAUSAS

1. SNC:

- a) Funcionales: psicógeno primario y secundario.
- b) Orgánico: hipertensión intracraneana.

2. TÓXICA:

- Por estimulación de centros del vómito o por irritación de la mucosa gástrica. (ej. citostáticos , opioides. Irritantes locales: AINES)

3. VISCERALES:

- Por enfermedades orgánicas del tracto digestivo, con o sin obstrucción.



Clasificación Citostáticos Emetógenos

- ▶ **ALTO PODER**
(CARBOPLATINO*/CICLOFOSFAMIDA*/METROTEXA TO 12 gr/m2*)
- ▶ **MODERADO PODER**
(DOXORRUBICINA*/DAUNORUBICINA*)
- ▶ **BAJO PODER** (ETOPOSIDO/TOPOTECAN)
- ▶ **MINIMO PODER** (VINCRISTINA)

VOMITOS POR QUIMIOTERAPIA (Clasificación temporal)

- **AGUDOS:** en las primeras 24 horas de administrada la quimioterapia. (vías serotoninérgicas a través del vago).
- **TARDÍOS:** luego de las 24 horas y hasta 5 días posteriores a la administración de quimioterapia. (Sustancia P, **disrupción de la barrera hematoencefálica, alteración de la motilidad gastrointestinal**)
- **ANTICIPATORIOS:** previo a la administración de quimioterápicos, pueden ocurrir luego de recibir un solo ciclo . (Reflejo condicionado clásico).
 - **REFRACTARIOS:** aquellos que no responden a la implementación de medidas preventivas. Alteraciones metabólicas y humorales. Patología concurrente (HTE, obstrucción intestinal, trastornos del medio interno)



MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

- Valorar ayuno hasta lograr el control de la emesis.
- Reposo para evitar el estímulo vestibular.
- Adecuado control del olor y aspecto de las comidas, evitar exposición a aquellas que precipiten náuseas (grasas, dulces, picantes).
- Cambiar ritmo de ingesta: comer despacio, porciones pequeñas, varias veces por día
- Controlar olor de ostomías y úlceras.
- Técnicas como relajación, respiración y visualización guiada

DROGAS

Mecanismo de acción	Indicaciones	Droga	Dosis e intervalo
Proquinéticos	Estasis gástrica Gastritis Obstrucción intestinal funcional	METOCLOPRAMIDA DOMPERDONA	0,1 mg a 1mg/kg c/8 hs(max 10 mg c/8hs) 0,2 mg/kg c/8 hs
Zona quimiorreceptora gatillo	Emesis por drogas Hipercalcemia Uremia	HALOPERIDOL	0,02-0,05 mg/kg/día (1 o 2 dosis diarias)
Área generadora de emesis (centro del vómito)	Obstrucción intestinal mecánica Hipertensión endocr Vértigo	DIFENHIDRAMINA DIMENHIDRINATO	1-1,5 mg/kg c/6-8 hs 2 mg/kg c/6 hs
Antiespasmódicos antsecretorios	Cólicos intestinales Oclusión intestinal maligna intratable	HIOSCINA	0,6 mg/kg c/6-8 hs
Bloqueantes serotoninérgicos 5HT3	Quimioterapia Obstrucción intestinal mecánica	ONDANSETRON	5 mg/m ² /día (3 dosis diarias)

MANEJO PROFILÁCTICO DE LAS NÁUSEAS Y VÓMITOS AGUDOS INDUCIDOS POR QUIMIOTERAPIA

- **QUIMIOTERAPIA DE ALTO PODER EMETÓGENO:** ondasetron más dexametasona (con Aprepitant en adolescentes).
- **QUIMIOTERAPIA DE MODERADO PODER EMETÓGENO:** ondasetron más dexametasona.
- **QUIMIOTERAPIA DE BAJO PODER EMETÓGENO:** puede utilizarse una dosis única de dexametasona y/o metoclopramida
- **QUIMIOTERAPIA DE MÍNIMO PODER EMETOGENO:** no se recomienda el uso rutinario de antieméticos, uno de los principales factores de riesgo para la presencia de vómitos es la falta de tolerancia a ciclos previos



CONSTIPACION



DEFINICION

- Es una alteración del hábito evacuatorio con disminución del ritmo y/o cambio consistencia heces.



CONSTIPACION

- Síntoma frecuente (Puede aparecer en un 70% de los pacientes)

- Multifactorial

 - Enfermedad de base

 - Medicación

 - Secundaria a masas ocupantes que producen compresión extrínseca o infiltran el tubo digestivo

**El abordaje terapéutico es diferente,
siempre priorizando el bienestar del
paciente**



CAUSAS

- Disminución de la ingesta alimentaria.
- Alimentación sin fibra.
- Fármacos: opioides, anticolinérgicos.
- Masa ocupante



SINTOMAS CONCURRENTES

- Irritabilidad
- Dolor abdominal
- Náuseas y vómitos
- Disfunción urinaria
- Diarrea por rebosamiento
- Obstrucción intestinal



EVALUACION

- **Interrogatorio:** tipo de dieta, ritmo evacuatorio, características de las deposiciones, elimina o no gases, alteración de la diuresis, medicación que recibe.
- **Inspección:** distensión abdominal, fisuras anales.
- **Percusión:** timpanismo.
- **Palpación:** buscar masa fecales
- **Auscultación :** RHA + ↓↑
- **Exámenes complementarios**



TRATAMIENTO

➤ No farmacológico: líquidos y dieta con fibra.
Movilización

➤ Farmacológico: **Ablandadores** facilitan la retención de agua en la materia fecal y la ablandan ej. hidróxido de magnesio.

Osmóticos retienen agua en la luz intestinal ej. polietilenglicol.

Estimulantes aumentan el peristaltismo ej. picosulfato de sodio, bisacodilo.

Enemas de citrato o de fosfato

ALGORITMO DE TRATAMIENTO

LAXANTES
ABLANDADOR
ES 96 Hs



LAXANTES
ABLANDADOR
ES +
ESTIMULANTES
48Hs



ENEMAS
EVACUANTES



Valorar realización tacto rectal

CONSTIPACIÓN

Tabla 12 Grupos de laxantes

<i>Formadores de materia fecal</i> metilcelulosa	<i>Laxantes osmóticos</i> Lactulosa Hidróxido de magnesio (leche de Mg) Polietilenglicol Sulfato de magnesio
<i>Lubricantes</i> Vaselina, aceite mineral	<i>Estimulantes del peristaltismo</i> Bisacodilo Dantrona Senósidos Picosulfato de sodio
<i>Ablandadores de las heces</i> Docusato sódico	



MUCHAS GRACIAS