

EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

Dr. Rafael González
Ponce de León.
ponce@infomed.sld.cu

Bases para la Atención Paliativa.

•Control de síntomas.

- Apoyo emocional y comunicación efectiva.
- Cambios en la organización institucional.
- Trabajo en equipos multidisciplinarios.

**Origen
Multifactorial.**

Cambiantes.

Síntomas.

Múltiples.

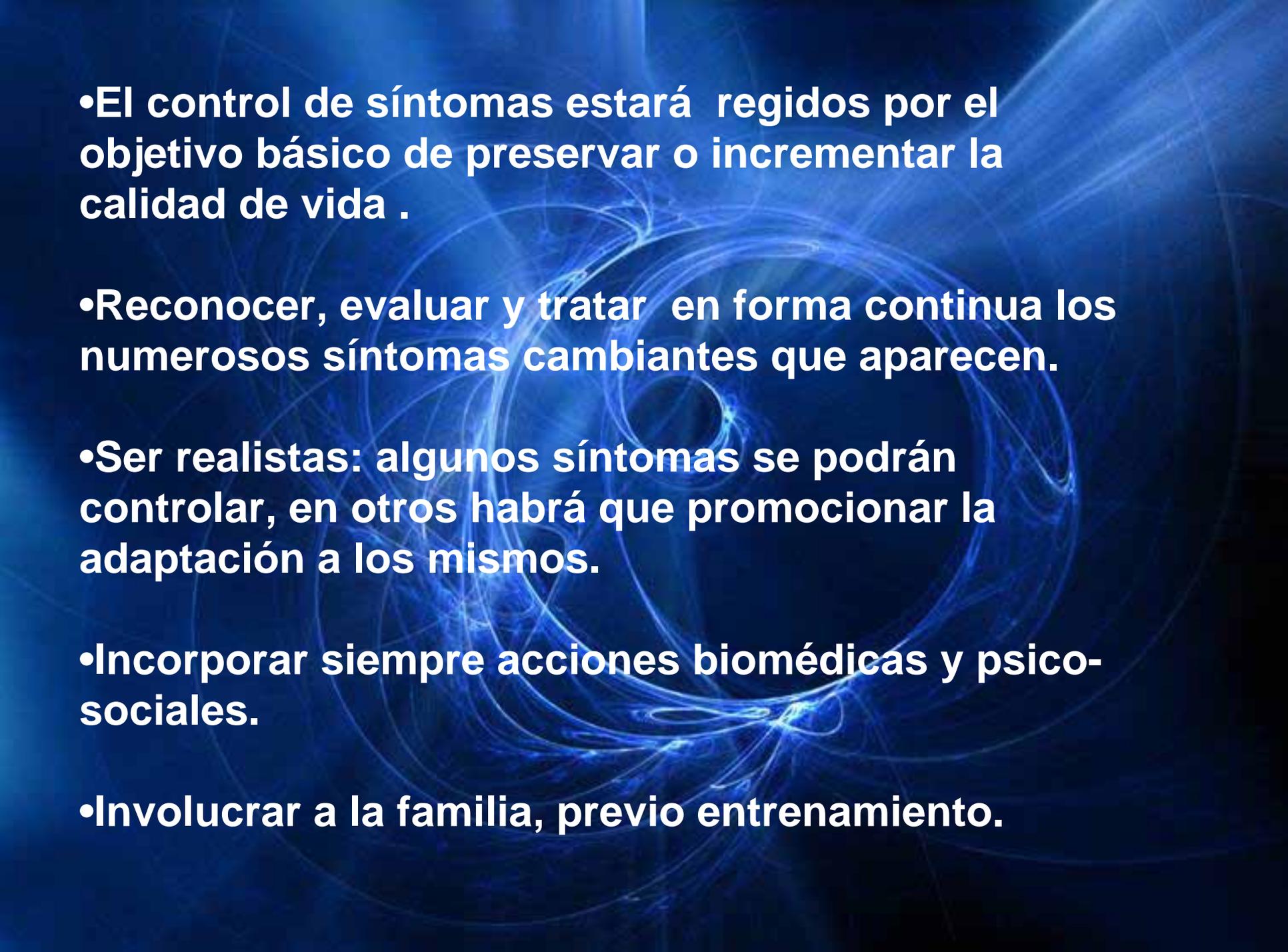
**Intensidad
variable.**



Principios del Control de Síntomas.

(SECPAL)

- Evaluación antes de tratar.
- Usar estrategias mixtas.
- Individualizar el tratamiento.
- Monitorear los síntomas.
- Explicar las causas de los síntomas reduciendo la sensación de abandono e impotencia del enfermo.

- 
- El control de síntomas estará regidos por el objetivo básico de preservar o incrementar la calidad de vida .
 - Reconocer, evaluar y tratar en forma continua los numerosos síntomas cambiantes que aparecen.
 - Ser realistas: algunos síntomas se podrán controlar, en otros habrá que promocionar la adaptación a los mismos.
 - Incorporar siempre acciones biomédicas y psicosociales.
 - Involucrar a la familia, previo entrenamiento.



**A SÍNTOMAS
CONSTANTES
TRATAMIENTO
PREVENTIVO.**

**NO LIMITAR LOS
TRATAMIENTOS
A USO DE FÁRMACOS.**

Síntoma difícil:

Es un síntoma que para su adecuado control precisa de una intervención terapéutica intensiva, más allá de los medios habituales, tanto desde el punto de vista farmacológico, instrumental y/o psicológico.

Síntoma refractario:

Es un síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo de tiempo razonable, sin que comprometa la conciencia del paciente.

Criterios para el uso de fármacos en pacientes terminales.

- **El objetivo es el confort.**
- **Eficacia comprobada.**
- **Pocos efectos indeseables subjetivos.**
- **Procurar usar la vía oral.**
- **Evitar pastillas grandes y mal sabor.**
- **Vías de administración alternativas.**
- **Reducir el numero de fármacos.**
- **No olvidad las medidas no farmacológicas.**

Causas de fracaso.

- Falta de continuidad en los tratamientos.
- No se han identificado determinadas necesidades.
- El apoyo psicológico no es considerado parte del tratamiento.
- Falta de trabajo en equipos.

Síntomas.

Respiratorios.

Urinarios.

Generales.

Neuropsíquicos.

Digestivos.

Dolor.

Síndromes
Urgentes.



Dolor.

**“El dolor trastorna y destruye
la naturaleza de la persona
que lo siente”**

Aristóteles

PREVALENCIA DE DOLOR EN CÁNCER:

*** EN TODOS LOS ESTADÍOS: 51 %**

*** EN ESTADÍOS AVANZADOS: 74 %**

**Cuando el enfermo dice
que le duele es que le duele.**

**El dolor propio siempre es insufrible
y el ajeno siempre exagerado.**

No es para tanto.

Lo que pasa es que esta usted nervioso.

El dolor por cáncer es un dolor innecesario.

MOTIVOS PARA CONTROLAR EL DOLOR EN EL ENFERMO CON CÁNCER

Le recuerda el diagnóstico y sombrío pronóstico de su enfermedad.

Es uno de los síntomas que más impacto emocional provoca.

Lo anula e incapacita para la más mínima vida de relación.

Causas de dolor en pacientes con cáncer.

Causas no relacionadas
con el cáncer ni su
terapia.



Causas relacionadas
con el cáncer.

Causas relacionadas
con la terapia.

**La mayoría de los pacientes tienen
varios tipos de dolor y diferentes
localizaciones.**

Trabajos de Twycross en ptes. con cáncer avanzado:

*** 80 % de los pacientes tenían más de un dolor.**

*** 34 % tenían cuatro o más dolores**

**Cada uno de estos dolores puede tener
una causa diferente, y por tanto, requerir
un conjunto diferente de tratamientos.**

ALGUNOS PRINCIPIOS GENERALES EN EL CONTROL DEL DOLOR.

- **Emplear estrategias terapéuticas mixtas y tratamientos individualizados.**
- **Monitorización del dolor, evaluar y revisar tratamientos**
- **Tratamientos “a hora fija”, nunca a “demanda”**

ALGUNOS PRINCIPIOS GENERALES EN EL CONTROL DEL DOLOR.

- **El objetivo esencial es el confort.**
- **Crear en el dolor del paciente.**
- **La potencia de los analgésicos la determinará la intensidad del dolor y nunca la supervivencia prevista.**
- **Valorar el alivio en relación a los efectos colaterales.**



**Jamás utilizar un
Placebo.**

ESCALERA ANALGÉSICA EN EL DOLOR POR CÁNCER (OMS)

DOLOR

APOYO Y COMUNICACIÓN

ALIVIO

OPIOIDES POTENTES
+
COADYUVANTES

OPIOIDES DÉBILES
+
NO OPIOIDES + COADYUVANTES.

NO OPIOIDES
+
COADYUVANTES

CORTICOESTEROIDES.

ANTIDEPRESIVOS.

ANTICONVULSIVANTES .

COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR CÁNCER.

ANESTÉSICOS LOCALES/DROGAS ANTI - ARRITMICAS.

BIFOSFONATOS.

RADIOFÁRMACOS.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

- **Intervenciones Psicosociales.**
- **Modalidades Físicas.**
- **Estimulación cutánea (calor, frío, masejes).**
- **Estimulación eléctrica transcutánea (TENS)**
- **Acupuntura y digitopuntura.**
- **Radioterapia.**

INTERVENCIONES TECNOLÓGICAS

Administración de Infusiones: IV, SC

Analgesia Espinal:

Opioides epidurales e intratecales,
agentes anestésicos locales intratecales o epidurales.

Técnicas inyectables:

Bloqueos neurolíticos y no neurolíticos,
puntos de inyección articulares.

Técnicas neuroquirúrgicas

JERARQUIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ALIVIO DEL DOLOR EN CÁNCER



Los mitos de la morfina.

“Se hará un drogadicto”

“La morfina por vía oral es inefectiva”

“El paciente usará la morfina para suicidarse”

“La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será tan efectiva”

“La morfina provoca depresión respiratoria”

“Quien consume morfina es una especie de muerto en vida”

“El dolor total en el paciente canceroso incluye nocicepción, rabia, ansiedad y sentimientos de abandono.

El dolor hace recordar constantemente al paciente su enfermedad y el miedo a una progresión.

Así, el tratamiento psicológico precoz es fundamental para el manejo exitoso del dolor oncológico”

M. Lema

TENDENCIAS ACTUALES EN EL CONTROL DEL DOLOR EN CÁNCER

Creer en el dolor referido por el paciente.

Orientación interdisciplinaria buscando confort.

Ajuste funcional del paciente y a su calidad de vida.

Atención a las variables del paciente, pero también del entorno, especialmente familia.

A dolor continuo, tratamiento preventivo.

Usar medicamentos sencillos, vía oral o sc preferentemente, valorar con cuidado efectos indeseables.

Síntomas Respiratorios.

- **Disnea.**
- **Tos.**
- **Hipo.**
- **Estertores pre-mortem.**

Causas.

D
I
S
N
E
A

- Debidas al cáncer:

obstrucción, ascitis, sustitución del parénquima pulmonar por tumor, Síndrome Obstructivo de la Vena Cava Superior. Ascitis masiva.

- Debidas a tratamientos:

neumectomía, RT, Qt.

- Debidas a debilidad: atelectasias, embolia pulmonar, anoxia.

• Ansiolíticos .

- vía oral. Diazepan 5-10 mg/ 8-12 horas
- Sublingual. Loracepan 0.5-2 mg
- Subcutánea. Midazolan 2.5-5 mg/4 horas en bolos; 0.5-0.8 mg/hora en infusión
- Intramuscular. Clorpromacina 25-100 mg/24 horas.

• Morfina.

- Uso inicial 2.5-5mg/4 horas de Sevredol; 10-30 mg/12 horas de MST
- Uso previo. Aumentar la dosis diaria total en un 50%.

- **Corticoides**: si hay linfangitis carcinomatosa, neumonitis post-radioterapia, síndrome de la vena cava superior u obstrucción de vías respiratorias.
- **Dexametasona** 20-40 mg/24h. oral o parenteral.
- **Hioscina** 10 mg VO c/6 hs para disminuir secreciones.
- Valorar ensayo terapéutico con broncodilatadores nebulizados
- En crisis aguda de disnea administrar Morfina y/o Benzodiacepinas.

Tos:

- Húmeda en paciente capaz de expectorar.
- Húmeda en paciente demasiado débil para toser efectivamente.
- Seca no productiva.

Tratamiento:

- Húmeda y productiva:

Humedificación del aire, educación, acetil-cisteína.

- Húmeda y no productiva:

No aspiración, antitusígenos: codeína (30-60 mg c/4 hs), dihidrocodeína (60 mg c/12 hs), morfina (5-20 mg c/4 hs)

- Seca:

antitusígenos de acción central (sin mezclarlos)

El Hipo

Causas:

Distensión gástrica, Irritación diafragmática
Irritación del nervio frénico, Tumor cerebral
Infección.

Tratamiento:

distensión gástrica: antiácido y metoclopramida.
Tumor cerebral: esteroides.
Infección :antibióticos.
Supresión central del reflejo del hipo :
clorpromacina 10 a 25 mg 3 a 4 dosis por día

Síndrome de compresión de la Vena Cava Superior

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

-Triada clásica: edema en esclavina (cara, cuello y ambas, regiones supraclaviculares), cianosis en cara y brazos y circulación colateral toraco braquial.

-Puede haber cefalea, somnolencia, vértigo, acúfenos, convulsiones.

Síndrome de compresión de la Vena Cava Superior

Tratamiento:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Esteroides altas dosis.

Medidas generales.

- Elevar la cabeza.
- Evitar esfuerzos que aumenten la presión intratorácica (tos, estreñimiento)
- Información al paciente y familiares.
- Oxigenoterapia.
- Control del dolor con opioides. (morfina)
- Corticoides dexametasona IV 4-10 mg c/6 horas.
- Diuréticos para mejorar la sobrecarga circulatoria.
- Anticoagulantes de bajo peso molecular.

Medidas específicas.

La radioterapia puede tener efecto rápido y eficaz en tumores radiosensibles (linfomas, tumores germinales, timomas no quirúrgicos, carcinoma de pulmón)

La quimioterapia puede usarse como primera intención en situaciones menos comprometidas ante tumores sensibles (linfomas de alto grado, enfermedad de Hodgkin).

Ante trombosis rebeldes primarias o secundarias a un obstáculo mediastínico, pueden colocarse stens vasculares, que logran liberar obstrucciones aumentando la luz de la cava hasta en un 90 % de los casos, de forma generalmente más rápida que la radioterapia.

Estertores Premortem.

Tratamiento:

- **Hioscina.**
(reduce la producción de secreciones).
- **Postura semiprono.**
- **Drenaje postural.**
- **Aspiración nasogástrica.**