

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ONCOHEMATOLOGÍA

SANDRA SUÁREZ ORDÓÑEZ

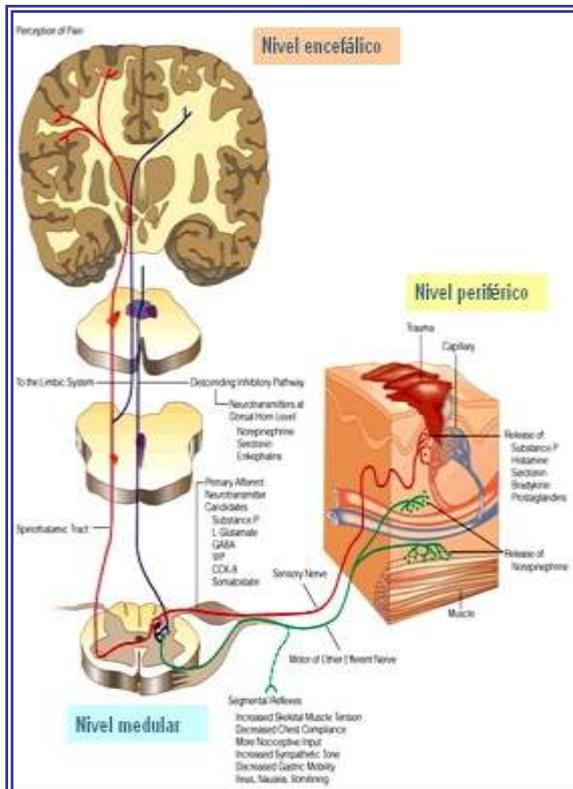
6 Mayo 2010

Definición e Incidencia

- **IASP 1979:** “Una experiencia **sensorial** y **emocional** desagradable, asociada a una lesión **hística**, presente o potencial”
- **Sensorial:** percepción del dolor
- **Emocional:** componente desagradable asociado al mismo
- **Doble importancia:**
 - **Síntoma** guía (mecanismo de defensa, señal de alarma)
 - **Problema** a resolver
- **Síntoma principal** en **40%** pacientes oncológicos **en tratamiento** y **75%** en enfermedad **avanzada**
- El **40-50%** en fase terminal es **moderado-intenso** y el **25-30%** muy **intenso**
- En el **2004 IASP y WHO:** “**el alivio del dolor es uno de los derechos humanos fundamentales**”

*El 50% pacientes oncológicos con **tto inadecuado**: conocimiento deficiente, evaluación insuficiente, temor a la adicción, preocupación por efectos secundarios*

Fisiopatología del dolor



1.-Comienza en los R del dolor:

- Terminaciones **nerviosas libres**, fibras C amielínicas (dolor urente)
- Mecanorreceptores** de umbral elevado (fibras mielinizadas Ad, dolor punzante)
- R **polimodales**, fibras C

2.-Consta de 3 neuronas sensitivas.

- en ganglio de **raiz dorsal** nvs espinales.
- asta posterior** de la médula
- núcleo ventral caudal del **tálamo**

3.-Córtex sensitivo y del sistema límbico

Clasificación

Según su duración. Agudo-Crónico

DIFERENCIAS	DOLOR AGUDO	DOLOR CRONICO
Duración	Temporal	Persistente
Mecanismo inicio	Unifactorial	Multifactorial
Componente afectado	Orgánico+++++ Psíquico+	Orgánico+ Psíquico+++++
Respuesta orgánica	Adrenérgica: ↑FC, ↑FR, ↑TA, sudoración	Vegetativa: anorexia, estreñimiento, insomnio
Componente afectivo	Ansiedad	Depresión
Agotamiento físico	NO	SI
Objetivo terapéutico	Curación	Alivio y adaptación

Clasificación

Según su fisiopatología

DIFERENCIAS	D. NOCICEPTIVO	D. NEUROPÁTICO
DEFINICIÓN	Dolor causado por activación de nociceptores periféricos	Causado por una lesión o enf. Que afecta al sist. Somatosensorial
MECANISMO	Transducción fisiológica natural (nociceptores)	Generación ectópica de impulsos (mb axonal)
LOCALIZACIÓN STs RELACIÓN Tpo	Dolor local+D. referido Disminuye con el tpo	Territorio inervación de vía afectada. Aumenta con tpo
CUALIDAD DE STs	Sensaciones dolorosas comunes (buenos descriptores verbales)	Nuevas sensaciones, aberrantes (malos descriptores verbales)
TRATAMIENTO	AINE:+++; Opioides.+++ AD++; Antiepilépticos-	AINE-; Opioides++; AD+++; Antiepilépticos+++

Valoración del dolor

1.-CONSIDERAR LAS QUEJAS DEL PACIENTE VERDADERAS

Condicionadas por **diversos factores**: Edad, Sexo, Influencias culturales y ambientales, Historia médica previa y factores Psicológicos

2.-REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA

A) Entrevista clínica: ALICIA: **A**parición, **L**ocalización, **I**ntensidad, **C**aracterísticas; **I**rradiación, **A**gravantes, **A**tenuantes

B) Valoración de la Intensidad: Horas del dolor diarias, horas de sueño nocturnas, índice de actividad física, **escalas de valoración**.....

OBJETIVAS: El observador valora la intensidad. Comportamiento, actitudes, expresión facial, grado de movilidad, tensión muscular, postura, TA, FC,...

SUBJETIVAS (autoinformes): convertir impresiones subjetivas en resultados cuantitativos y objetivos **unidimensionales/multidimensionales**

Valoración del dolor

3.-EVALUAR EL ESTADO PSICOSOCIAL DEL PACIENTE

El 25% padece trastornos depresivos y de ansiedad.

4.-EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LOS PACIENTES

La **conducta**, **reactividad** frente al dolor y la intensidad de su **percepción** moduladas por su sentido **sociocultural**. *Clara asociación entre problemas de dolor crónico y estados afectivo-emocionales.*

5.-EVALUACIÓN FISIOLÓGICA DE LOS PACIENTES

Respuestas autonómicas (**FC**, **TA**, **T^a**, **conductancia** de la piel...)

Adaptación fisiológica.

6.-EVALUACIÓN CONTINUA Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Tratamiento del dolor

PRINCIPIOS BÁSICOS DE TODA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

- 1.-Enfoque **etiológico**: más eficaz si se trata la causa
- 2.-Tratamiento **temprano**: prontitud, incluso mientras se busca la causa, evitando morbilidad psicológica
- 3.-Abordaje **multidisciplinar**: diferentes modalidades antiálgicas: Fs, técnicas anestésicas, neuroquirúrgicas, psicológicas,....

OBJETIVOS:

- 1.-Incremento horas de sueño
- 2.-Alivio del dolor en reposo
- 3.-Alivio del dolor a la movilización

Tratamiento Farmacológico

En 1982 OMS propuso un programa mundial con tres principios básicos: **VÍA ORAL, RELOJ Y ESCALERA**. Se publica en 1986

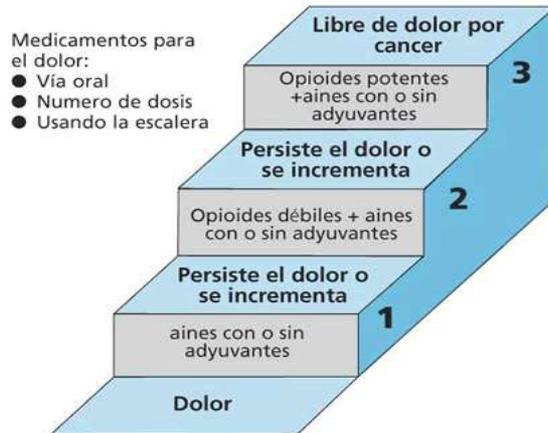
CINCO PILARES BÁSICOS:

- 1.-Fármacos **vía oral** si es posible
- 2.-Cuantificar la **intensidad** del dolor regularmente
- 3.-Establecerse un **horario** para la admon de Fs
- 4.-Subida de **escalón** depende del fallo del escalón previo
- 5.-Tto debe ser **individualizado**



Escalera Analgésica

Grafico 1: OMS Escalera Analgésica



Fuente: www.who.int/cancer/palliative/painladder/en

2002, práctica clínica de la evaluación y medición continua del dolor, disponibilidad tecnológica actual de medidas invasivas y farmacológica:

problemas del “*Escalón Terapéutico*”:

- Valora la intensidad, no la etiología;
- no “gold estándar”;
- no 4^o escalón (medidas invasivas)

ASCENSOR ANALGÉSICO:

- Fármacos en base a la intensidad sin escalonamiento.
- Inmediatez* en la respuesta,
- Importancia de *evaluación continuada* VAS.
- Incluye 4^o piso con nuevas medidas analgésicas (*invasivas*)



Tratamiento Farmacológico

Analgésicos NO opioides

Grupo amplio de medicamentos, químicamente heterogéneos, con diversos grados de actividad analgésica, antiinflamatoria y antipirética.

Techo terapéutico, una dosis máxima diaria sin mayor efecto analgésico pero sí mayor toxicidad.

CLASIFICACIÓN

Según su mecanismo de acción:

- Inhibidores periféricos de las PG (*AiNES*)
- Inhibidores centrales de las PG (*Paracetamol*)
- Inactivadores del receptor sensibilizado (*Metamizol*)



Analgésicos NO opioides, AiNES

Inhiben las COX, implicadas en la síntesis de prostaglandinas y leucotrienos

INDICACIONES

- Dolores con participación destacada de PG; Primera elección en el dolor leve.
- Potencian a los opioides en dolor moderado e intenso.
- Dolor óseo, músculo-tendinoso, compresión mecánica de pleura o peritoneo

EFFECTOS SECUNDARIOS ADVERSOS

- Gastrointestinales:** dispepsia, pirosis, úlcera, hemorragia, perforación (*protección*)
- Renales:** insuficiencia renal, nefritis intersticial, Sd nefrótico, necrosis papilar.
- Pulmonares:** broncoespasmos -**Hematológicos:** discrasias sanguíneas
- Reacciones de **hipersensibilidad:** shock anafiláctico, urticaria.

DOSIS (AAS)

- Dosis inicial:** 500-1000 mg c/4-6 hs; **Dosis máxima:** 1000 mg c/4 hs

Analgésicos NO opioides, Paracetamol

Analgésico y antitérmico, no antiinflamatorio

MECANISMO DE ACCIÓN COMPLEJO:

-A **nivel SNC**: inhibición de COX2 e interacción con sist. Neuronales que liberan Óxido nítrico o facilitan la transmisión inhibitoria serotoninérgica bulboespinal.

-A **nivel periférico** las COX de diversas localizaciones tienen distinta sensibilidad

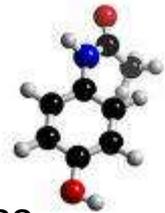
A nivel gástrico: estimulan síntesis PGs;

A nivel plaquetario: no modifican síntesis PGs

USO CLÍNICO

Dosis inicial: 650-1000 mg c/4-6 horas; **Dosis máxima**: 1000 mg/4 horas

Vía oral o rectal



EFFECTOS SECUNDARIOS:

Toxicidad hepática: Dosis-dependiente(40 mg/kg); hepatópatas (2gr)

Otros: desorientación, mareos, nefritis intersticial



No es gastrolesivo, no es antiagregante, no es nefrotóxico

Analgésicos NO opioides. Metamizol

Bloquea la transmisión del impulso doloroso a nivel de los nociceptores
Analgésico y antitérmico, no antiinflamatorio.

- Dependiente de dosis (*máximo con 2g*)
- Ligera acción **relajante musculatura lisa**, Dolor cólico: sólo o asociado a espasmolíticos (bromuro de hioscina= buscapina)
- Indicado en **dolor agudo** o **exacerbaciones** del dolor crónico
- Menos gastrolesivo* que los AINES,
- No complicaciones hemorrágicas* (inhibición COX plaquetaria reversible)
- Riesgo de *agranulocitosis*: incidencia real baja (5-8 casos/millón habitantes/año, aunque más que con otros AINES)
- Intravenoso** debe administrarse diluido y en 15-30 m (evitar hipotensión, calor y rubor facial).
- Vía oral**: ampollas 2g de principio activo / cápsulas 575 mg



Opíodes

*Derivados del opio. Se obtiene de la planta *Papaver somniferum**

Selectivamente sobre R opíodes (μ , κ , δ)

CLASIFICACIÓN:

1.-Según su **potencia** **Opioides débiles y potentes**

2.-Según su **acción sobre el receptor μ** :

Agonistas puros

-Afinidad por los R, su máxima eficacia.

-Morfina, heroína, meperidina, metadona, fentanilo

Antagonistas puros:

-afinidad pero sin actividad intrínseca

-Naloxona, naltrexona

Agonistas parciales

-Menor actividad intrínseca sobre R,

-Buprenorfina

Agonistas-antagonistas mixtos:

-actúan sobre más de un R:

κ : agonistas; μ : agonistas parciales o antagonistas

-Pentazocina



Tratamiento Farmacológico

Opiodes

INDICADOS EN:

-Tratamiento del dolor moderado-severo nociceptivo, neuropático o mixto.

**Nociceptivo:* respuesta dosis-dependiente

**Neuropático:* diferente respuesta, precisa dosis mucho más elevadas con mayor posibilidad de efectos adversos y asociación de Tto co-adyuvante.

En ocasiones la presencia de EA determina una intolerancia o por el contrario se desarrolla tolerancia a la analgesia : ***rotación de opiáceos.***

Tratamiento Farmacológico

Opioides, efectos adversos

EFECTOS ADVERSOS:

- 1.- **Depresión respiratoria:** morfina i.v. Revierte con *naloxona* 0.4 mg iv.
- 2.- **Estreñimiento** - *laxantes osmóticos o de contacto.*
- 3.- **Náuseas y vómitos:** metoclopramida 10 mg (2 ó 3 primeros días)
- 4.- **Sedación:** *psicoestimulantes* si ttos continuados y ambulatorios
- 5.- Sequedad de boca, aumento tono de esfínteres, retención urinaria.
- 6.- Disforia y alucinaciones (estimulación de Receptores κ)
- 7.- **Tolerancia**
- 8.- **Dependencia**, poco frecuente si se usan por dolor.
- 9.- Efectos **cardiovasculares:**
 - morfina iv,: **bradicardia vagal.**
 - acción sobre el centro vaso motor: **hipotensión;**
 - circulación cerebral: **vasodilatación**, puede **umentar PCO₂** con elevación de presión intracraneal (precaución en TCE)

Tratamiento Farmacológico

Opioides menores

- Constituyen el **2º piso de analgesia** según el modelo de la **OMS**.
- Poseen techo terapéutico
- Indicados en dolores moderados a intensos. Combinados con AINES o paracetamol que potencian su efecto.

TRAMADOL (*Adolonta: comp50mg, sup100mg, amp100 mg, gotas:1/2,5 mg*)

- Agonista débil** de receptores mu (naloxona solo antagoniza el 30%)
- Dosis inicial:** 50 mg/6-8 hs(l. renal y hepática); **D.máxima:** 100mg/6 hs
- Vía oral, rectal, sc, im o iv. Por vía intravenosa diluir en 10 ml s. fisiológico
- Náuseas, vómitos, sedación, sequedad de boca y confusión* en ancianos. *Estreñimiento*, menos frecuente que la codeína. No depresión respiratoria, menos capacidad de tolerancia o adicción

Tratamiento Farmacológico

Opioides menores

CODEINA (Codeisán, comp 30mg)

- El **menos potente**, actúa sobre R mu
- A dosis 10 mg c/6-8 hs: **antitusígeno**; a 30 mg c/6-8 hs: **analgésico**
- Dosis máxima** 180 mg/día -Vía oral o rectal
- No depresión respiratoria; escasa tolerancia o adicción*
- Estreñimiento* el más frec (laxantes); *náuseas y vómitos* (dosis elevadas, disminuyen tras varios días, antieméticos); *Somnolencia* (dosis muy altas)

DIHIDROCODEINA (Contugesic, comp 60 mg, 90 mg, 120mg)

- Análogo semisintético de la codeína, *rango terapéutico más estrecho*.
- Preparado de **liberación retardada**. Vía oral (no fraccionar ni masticar)
- Dosis inicial:** 60-90 mg c/12 hs; **Dosis máxima:** 120 mg c/12 hs

Tratamiento Farmacológico

Opioides menores

BUPRENORFINA (*Buprex comp sl; Transtec parches*)

-**Agonista parcial**, unión a Receptores mu **más potente** que morfina y naloxona.

-El más potente Opiode menor

-Indicado en **dolor intenso y estable** que no precisa Opiode mayor. Limitar su uso a dolores bien titulados

-**Dosis máxima** 100mcg/h

-**Pacientes con parches TRANSTEC, deben usar BUPREX como rescate** (maximo 4 rescates/día; si >4 rescates: subir dosis)

-**Opiode agonista-antagonista: Sd abstinencia en pac a tto opioides puros (Tramadol, Morfina, Fentanilo)**

- 1.-Transtec-Buprex+Depres.Resp: NO naloxona;
- 2.-Transtec-Buprex + dolor: No morfina



Tratamiento Farmacológico

Opioides mayores

- Constituyen el **3º piso de analgesia** según el modelo de la **OMS**
- No poseen techo terapéutico
- Se desarrollará **tolerancia a los efectos adversos** (excepto estreñimiento: laxantes osmóticos o de contacto) y menos frecuente a la analgesia
- Indicados en **dolor intenso**.
- Titular dosis inicial, aumentar paulatinamente hasta lograr efectividad, respetar intervalos administración para evitar su acumulación.
- Situaciones que responden mal:
 - dolor neuropático*
 - dolor óseo: asocia AINES, paracetamol, corticoides, bifosfonatos*
 - metástasis viscerales: corticoides*
 - invasión SNC: corticoides*

Tratamiento Farmacológico

Opioides mayores, Morfina

Es el opioide potente de elección en el dolor oncológico intenso.

-No tiene techo analgésico.

-Vía oral (biodisponibilidad 20-40%), rectal, sc, im, iv, espinal

-Amplio metabolismo de primer paso hepático (90%)

-Atraviesa la barrera hematoencefálica

-Ajuste de dosis e intervalo: encefalopatía hepática, I. renal, edad avanzada

-Mínimo riesgo de depresión respiratoria en admon crónica: tolerancia

PRESENTACIONES FARMACOLÓGICAS:

-Comprimidos de **liberación rápida** (*Sevredol*): 1 c/4 horas; fraccionar

-Comprimido o cápsulas de **liberación retardada**:

-*MST* (no fraccionar) y *Skenan*: 1 comp c/12 hs

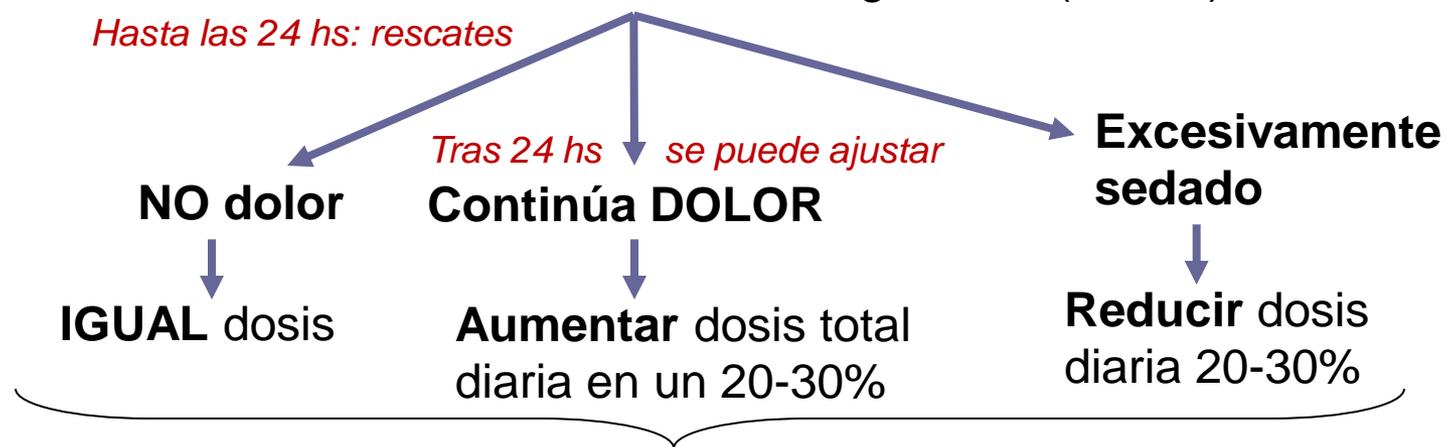
Tratamiento Farmacológico

Opioides mayores, Morfina

Siempre que sea posible, v.o. iniciar con morfina rápida y ajustar

Dosis inicial: 5-10 mg c/ 4 hs (sc o iv)

Hasta las 24 hs: rescates



Alcanzada la dosis efectiva: pasar a retardada (vo): la dosis diaria x2 ó x3 y repartirla c/ 12 horas

Si dolor: rescates morfina rápida vo (1/6 dosis diarias) c/4 hs

DOLOR

Aumento 25% dosis diaria total, c/12 hs

Si >4 dosis rescate: ajustar c/48 hs

NO DOLOR

IGUAL

Tratamiento Farmacológico

Opioides mayores, Fentanilo

FENTANILO-TTS (Durogesic 25, 50 y 100)

-R mu: Agonista puro -Potencia analgésica 80 veces mayor morfina.

-**No techo terapéutico**

-Vía transdérmica, parches –[] séricas analgésicas entre 6 y 12 hs siendo constante durante 72 hs –Semivida de 13-15 hs –Rescate: opioides o AINES.

-*Muy útil*: Dificultad ingerir morfina, de seguir pauta o su intolerancia.

-*Usar con precaución en*: Paciente ancianos, caquéticos o febriles

-*No utilizar en*: Dolor agudo postoperatorio (hipoventilación grave); <12 a

-Produce menos estreñimiento que la morfina. Resto de efectos 2º similares, pudiendo persistir varias horas tras retirada del parche.

-**Via transmucosa**: **Actiq** (de difícil manejo para el paciente)

-**Vía intravenosa**: solo en anestesia -**Vía oral**: **Fentora** (ensayo clínico)

Tratamiento Farmacológico

Opioides Mayores, Fentanilo

INICIO DE TRATAMIENTO

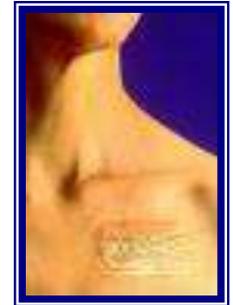
Pacientes **no** tto con
opioides potentes:
parches 25 microgr /h

*Si dolor morfina oral rápida
o transmucosa c/4hs*

Pacientes a tto
opioides potentes

*Si morfina oral rápida
o sc, solapar las dosis
durante 12 hs*

*Si tto morfina lenta:
solapar la última dosis
de la mañana*



-Agudización dolor: m.oral
c/4hs o fentanilo transmucoso

-Si mal control (4 dosis extra 2
días consecutivos): subir dosis
parche calculando conversión.

Calcular dosis diaria total oral de las
últimas 24 hs y ***elegir parche TTS***
según tabla equivalencia

Interrupción tto: disminuir dosis
o pasar a morfina

Tratamiento Farmacológico

Coadyuvantes

Medicamentos pertenecientes a diferentes grupos farmacológicos que se utilizan:

- En el tratamiento de **determinados tipos** de dolor oncológico
- En el tratamiento de **síntomas asociados** al dolor oncológico
- Para **potenciar**, en algún caso, la acción de los analgésicos

Coanalgésicos: con acción analgésica demostrada, pero con indicación diferente

Adyuvantes: sin capacidad analgésica propia, pero susceptibles de modificar factores que pueden aumentar el umbral del dolor

- Antidepresivos
- Anticonvulsivantes
- Anestésicos locales orales
- Neurolépticos
- Antihistamínicos
- Psicoestimulantes
- Benzodiacepinas

Tratamiento Farmacológico

Coadyuvantes, Corticoides

CORTICOIDES

- No efecto analgésico, Sí antiinflamatorio** (DXM vo o parenteral)
- Utilizar corticoides de vida media, larga o intermedia en ciclos de 6 a 10 días, a dosis altas (40 mg DXM c/24 hs)
- Indicaciones de tto prolongado: disnea, dolor óseo metastásico, Ts cara y cuello, hepatomegalia y compresión medular
- En **procesos menores**: fiebre, sudoración y orexígeno: a dosis bajas
- Cefalea por Hipertensión intracraneal: dosis iniciales en bolo 16-32 mg iv y posteriormente 4 mg iv c/4-6 hs con descenso

Equivalencias

DXM 0,75mg → Metil-prednisolona 4mg → Hidrocortisona 20mg → PRD 5mg

Tratamiento Farmacológico

Coadyuvantes, Anticonvulsivantes

- Indicación principal en **dolor neuropático por desafrenciación** (lesión vías aferentes), disminuye hiperexcitabilidad de mb neuronal (**estabilizador**)
- Más eficaces en dolor lancinante o paroxístico.
- Dosis individualizadas, niveles plasmáticos de seguridad.

Gabapentina: 1º día 300 mg; 2º: 300 mg c/12 hs; 3º día y siguientes: 300 mg c/8 hs. Si al 7º día persiste dolor aumentar 300 mg dosis diaria

Clonazepan: 0,5-1 mg por la noche x 3 d; 4º día pautar 0,5-1 mg c/12-8 h, dosis máx 4-8 mg diarios repartidos c/8hs

Ac. Valproico: 200-400 mg por la noche. Cada 3 días aumentos de 200 mg/día hasta dosis max. Máx 2500 mg diarios repartidos c/8 hs

Tratamiento Farmacológico

Coadyuvantes, Antidepresivos

-Acción analgésica propia. **Estabilización** mb neuronales **antagonizando nts**

-**Indicación principal:** Dolor neuropático. Neuropatías tumorales, dolor por desaferenciación, depresión reactiva; neuropatía postherpética, neuralgias, cefalea tensional, lumbalgia crónica

-Dosis iniciales bajas por sus efectos secundarios, los incrementos paulatinos según tolerancia individual (no buena relación entre dosis y niveles plasmáticos)

-Acción analgésica tras 2-4 días de inicio tto continuado

Amitriptilina: (*Tryptizol*) la más útil, potencia la acción de la morfina

Dosis inicial: 25 mg por la noche (ancianos o caquecsia: 10 mg)

Incremento: 10-25 mg c/semana si persiste dolor

Dosis máx: 100-150 mg diarios



TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ONCOHEMATOLOGÍA

Sd dolorosos en Oncohematología

Dolor óseo

Crecimiento tumoral en interior del hueso, Fx patológicas, Compresión medular, expansión de médula ósea, por fármacos (corticoides, G-CSF, ...)

METÁSTASIS ÓSEAS

-Producen dolor **sordo, intenso**, opresivo, bien **localizado**, *empeora con movimiento y presión*.

-Si **c. vertebral o fémur**, aumenta con **bipedestación** y riesgo de **Fx patológica**: agudización del dolor.

-*Tto*: **AINES, esteroides, opioides, Bifosfonatos** y calcitonina (osteolíticas). **-RT** (inicial, les.única)



DOLOR INCIDENTAL

↑ **Intensidad** del dolor con **movimientos** (metástasis óseas, fracturas patológicas, inestabilidad columna vertebral) De segundos a varias horas

-*Tto*: De la **causa** subyacente (RT, inmovilizar fractura) **Ajuste de dosis** y continuar con el analgésico pautado. **Profilaxis**

Sd dolorosos en Oncohematología

Infiltración visceral

DOLOR VISCERAL

- *Distensión* o crecimiento órganos, *infiltración* tumoral o *inflamación* peritumoral.
- Dolor **mal definido**, “profundo”, **hiperalgesia** cutánea, **espasmo** reflejo musculatura.
- **Tto:** **Escalera analgésica**; **esteroides** a dosis altas (edema y compresión); **bromuro de hioscina** (dolor cólico); **metoclopramida** (distensión gástrica)

COMPRESIÓN MEDULAR

- *Dolor agudo somático y neurálgico* localizado en la zona del hueso afectado, distribución **radicular**.
- **Tto:** **Dexametasona** (100mg en bolo iv, post: 24 mg/6hs); **RT** urg (reducir tamaño, alivia dolor y preservar o restaurar función neurológica)
- Si inestabilidad vertebral: **Qxca**

Sd dolorosos en Oncohematología

Movilización “stem cell”

1.- ***Dolor en área*** incisión debido al traumatismo físico. En disminución ***hasta 1-2 semanas***

Tto: Paracetamol+Opioide menor u opioide solo



2.-Relacionado con ***G-CSF***. ***Dolor óseo*** en esqueleto axial, ***cefaleas***, malestar general. Rápida instauración. *Relación con dosis total.*

Tto: Paracetamol, en algunos casos ***opioide menor asociado***



Sd dolorosos en Oncohematología

Mucositis

Mucositis oral: “*Reacción inflamatoria a los fármacos quimioterapéuticos o a la radiación ionizante que se manifiesta característicamente como eritema o ulceraciones y puede verse exacerbada por factores locales*”

Puede afectar a cualquier tramo tubo digestivo

Escalas de evaluación oral y clasificación del **grado** (tipo y lugar lesión y clínica)

- **Dolor a los 2-7 d** iniciada QT altas dosis

- **Lesiones a los 7-10 d** iniciada QT.

- **Autolimitante** (si no infección) remite a las **2-4 semanas** tras cese QT.

A.-Profilaxis:

Higiene: enjuagues solución salina al 0,9%, bicarbonato de Na, mixta
Factor de crecimiento

Contraindicados los **enjuagues agua oxigenada**

B.-Tratamiento: Multidisciplinar

Profilaxis infección local/sistémica, analgesia, nutrición, hemorragias.

Sd doloroso en Oncohematología

Mucositis

1.-Enjuagues suaves

2.-Anestésicos tópicos:

- Lidocaína** viscosa al 2%, en ungüento o aerosoles
- Benzocaína**: aerosoles, gel
- Clorhidrato de hidiclonina al 0,5% o 1% (HCl)
- Solución **de difenhidramina**
- Capsaicina** (grados avanzados: liberac Sust. P: dolor agudo)

3.-Fármacos recubridores de la mucosa: Gelclair

4.-Analgésicos:

- Enjuague** tópico HCl de benzidamina
- Opiáceos**: orales, i.v. (bolo, infusión continua, PCA) parches
- AiNES contraindicados** (trombopenia, daño de mucosa gástrica)

5.-Factor de crecimiento (de queratinocito-1): Palifermina:

Sd dolorosos en Oncohematología

Toxicidad por Quimioterapia

TOXICIDAD CUTÁNEA QT ACONDICIONAMIENTO

Predomina en palma de **manos** y planta de **pies**, **axila**, y genitales.

Desde *eritema leve* a lesiones similares a *quemados*

Aparece a los **6-10** días de QT

Tto: **tópico** con cremas y ungüentos, analgesia con frío local y tto sistémico con **opioides** en los casos graves

CISTITIS HEMORRÁGICA

Espasmo vesical (dolor suprapúbico intermitente) y **disuria**

Secundario a QT (*Ciclofosfamida*, *Ifosfamida*) y *Radioterapia*

También debido a infección, infiltración tumoral, sondaje vesical....

Profilaxis: **MESNA**

Tto: **Amitriptilina**, Oxibtinina, Bromuro de hioscina, **AINE** (piroxicam, naproxeno)

Sd dolorosos en Oncohematología

Toxicidad por Quimioterapia

POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA

Disestesias en manos y pies. CSA i.v. también con VP16.(sobreniveles).

Tto: tópico con frío local. *Mala respuesta Opiodes.*

En casos graves: Lidocaina para disminuir niveles séricos fármaco. *Opioides?*

POLINEUROPATÍA DOLOROSA PERIFÉRICA

-Daño **axonal** (no en R nociceptivos). **Urente, pérdida sensibilidad.**

Cisplatinos, alcaloides de vinca y taxol y nuevos farmacos

-**ADT** (amitriptilina), tras 2 sem

-**Anticonvulsivantes** (carbameceptina, fenitoina,...) Gabapentina mejor tolerada y más efectiva en pacientes oncológicos.

-**Tto tópico:** parches lidocaina y capsaicina

-**Opioides:** necesita dosis altas

Sd dolorosos en Oncohematología

Toxicidad por Quimioterapia

TERAPIA INTRATECAL

1.-Por *cambios de la PIC*.

2.- Por meningitis *química (toxicidad)* (Metotrexate)

Cefalea, rigidez nuca, paraplegia y dolor MMII

Tto: Dexametasona, opioides,...



PUNCIÓN LUMBAR

-*Cefalea post-PL diagnóstica. Cambio en la PIC (descenso brusco)*

-Área occipital a frontal, postural. -Fotofobia, náuseas, vómitos, tinnitus, diplopia, alteraciones auditivas, papiledema

Profilaxis: minimizar cambios PIC; punción única; postura

Tto: reposo en cama, reposición hídrica, cafeína, presión en abdomen. Analgésicos no opioides, opioides y coadyuvantes.

Sd dolorosos en Oncohematología

Toxicidad por Quimioterapia

DOLOR DE EXTRAVASACIÓN

Necrosis de tejidos blandos y **ulceración** con **infección** secundaria. Fibrosis postcicatricial con **impotencia funcional**, **dolor** intenso y difícil tto
Fármaco local más tóxico: **Adriamicina**
Tto: **qxco** con limpieza de herida+injerto de piel



ENFERMEDAD VENO-OCLUSIVA HEPÁTICA

- Distensión capsular** con importante dolor abdominal
- Tto: **Opioides** PCA hasta insuf hepática severa (bil>20mg/dL) o insuf. renal

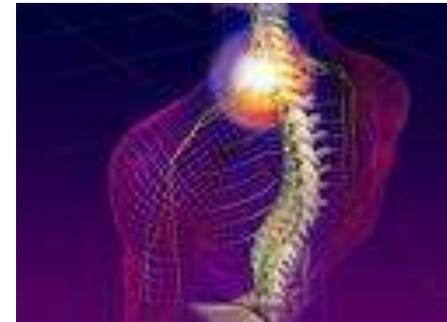
Sd dolorosos en Oncohematología

Post-Radioterapia

SD DOLOROSO POST-RADIOTERAPIA

Son **locales** y pueden aparecer:

- plexopatías**: *daño de un grupo de nervios que se agrupan en plexos*
- cambios del **tejido conectivo**
- necrosis focal**



Los más comunes: *P. braquial; P. lumbosacra; Mielopatía*

Adormecimiento, hormigueo, dolor difuso generalizado con distribución **metamérica** o dolor **neuropático**.

Si afecta a un nervio periférico los síntomas pueden aparecer meses o años después del tratamiento

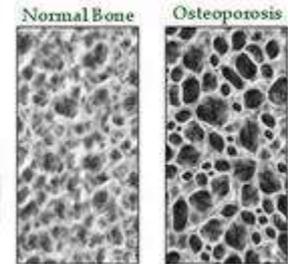
Sd dolorosos en Oncohematología

Toxicidad por Fármacos. Corticoides

OSTEOPOROSIS

Fracturas patológicas.- Dolor **errático, difuso**.
Exacerbación con el **movimiento**

AINES, opioides, bifosfonatos (Pamidronato), raloxifeno



PSEUDORREUMATISMO

Sd doloroso por el descenso brusco de la pauta

- Dolor **difuso** y **debilidad** muscular y articular. Brusco, intenso, breve.
- Matutino.- Localizado en fémur distal y tibia proximal.
- Tto: opioides**, reanudar tto corticoideo.

NECROSIS ÓSEA AVASCULAR

Falta temporal o permanente flujo sanguíneo. Destrucción ósea o articular

- Dolor articular **leve en aumento**. **Contractura muscular** periarticular
- Analgesia** Fs (AINE) y Qxco. -Recuperar tejido óseo

Sd dolorosos en Oncohematología

EICH

Activación de los linfocitos T del injerto contra Ag del huésped

EICH ORAL

-Enlaza con mucositis oral. Sospecha si persiste tras prendimiento medular.
-**Tto:** **higiene** adecuada, **analgésico** tópico, opioides orales o sistémicos.

EICH GASTROINTESTINAL

-Inflamación **pared intestino** (diarrea intensa) y alteración **hepática** (dolor en reposo y movimiento)

-Aumento **peristaltismo**: dolor cólico discontinuo, mala respuesta opioides (atonía musc liso). Opioides **agonistas R kappa**: mejor respuesta (menos atonía intestinal) .**Tenesmo rectal** (clorpromazina, corticoides rectales)-

EICH GI CRÓNICO: Dolor cólico abdominal: técnicas invasivas (epidural)

EICH CUTÁNEO

-**Tto:** responde a **opioides y tto tópico** (hidratantes, antibióticos...)

Sd dolorosos en Oncohematología

Herpes Zoster y Neuralgia postherpética

HÉRPES ZÓSTER

Doloroso en el 75%. Tto en episodio agudo:
no opioides y opiodes.

NEURALGIA POST-HERPÉTICA

- Lesión n. periférico tras episodio agudo
- Dolor **continuo neuropático**, disestésico, incluso 6 meses después de la erupción

Tres tipos de dolor:

- 1.-Alodinia: **crema EMLA**
- 2.-**Anticonvulsivantes:** fenitoina o gabapentina
- 3.-la más común: **TCA y opioides**

Profilaxis: Corticoides?, Antivirales, Ablación S



Tto:

- Amitriptilina,
- Carbamacepina.
- Pomada capsaicina 0,025%,
- TENS

El Paciente Terminal

- **OMS (1993):** “El paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado (3-6 meses)”
- **Sedación Paliativa:** inducción y mantenimiento de sueño en enfermedades **avanzadas y progresivas** con **Px** de vida limitado con **Sts** que general sufrimiento y **no mejorables** con ttos específicos adecuados.

PROTOCOLO

A.- Medidas generales: suspender tto no necesario e intervenciones y cts, constantes de confort; información, psicología y necesidades religiosas

B.-Fármacos: benzodiacepinas; opiodes, neurolépticos, barbitúricos, anestésicos, antihistamínicos

- **Levomepromacina (Sinogán):** sedativo, analgésico, antiemético, extrapiramidalismo
- **Midazolán (dormicum):** sedante e hipnótico rápido, ansiolítico, miorelajante, anticonvulsivante.
- **N-Butilbromuro de hioscina (buscapina):** secreciones bronquiales y digestivas, espasmolítico músculo liso

El Paciente Terminal

Confirmación existencia Sts refractarios
Consenso de equipo
Información
Consentimiento verbal
Registro en Historia Clínica
Referir directrices anticipadas

DELIRIO

Sinogán

No sedación:
añadir **Midazolán**



Valorar estado del
paciente y familia, nivel
sedación y secreciones
(**Buscapina**)

OTROS Sts

Midazolán

No sedación:
añadir **Sinogán**

Sin tratamiento previo con opioides: sin opiodes
Con **opioides** previos: convertir dosis a sc o i.v. y añadir