



Institut Català de la Salut
Servei d'Atenció Primària
Granollers-Mollet del Vallès



Dolor difícil en situació de final de la vida

Jornada d'oncologia
Atenció primària – hospital

Xavier Busquet

PADES Granollers-ICS

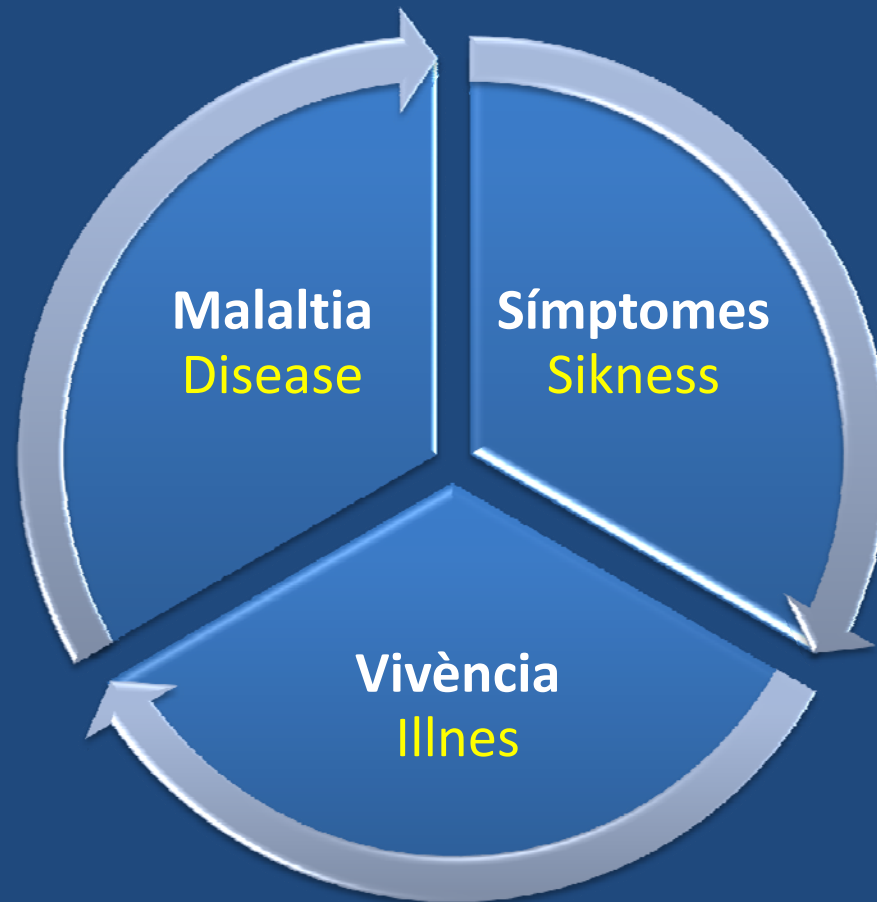
18 de Març 2010

Guió

- El dolor al final de vida: el model pal·liatiu (Ferris 2005)
- Què és el dolor difícil ? (Núñez Olarte JM.2007)
- Quins són els dolors de mal pronòstic ? (*Fainsinger 2005*)
- Qui se n'ha de cuidar, del dolor difícil? (Departament de salut setembre 2009)
- Què hem de fer davant de les síndromes doloroses difícils ? (Núñez Olarte JM 2007)
- Hi ha novetats farmacològiques ? hidromorfona, fentanil, metilnaltrexona...

Dimensions de la malaltia (E.Cassell 2008)

Disease: La malaltia física Sickness: Síntomes i disruptcions Illness: La vivència d'estar malalt. Món interior



Necessitats durant la malaltia i el dol

Ferris FD, Balfour HM, Bowen k et al. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. J Pain Syntom Manage 2002; 24: 106-123.



Control inadequat del dolor

- Augment del dolor per **progressió** de la malaltia
 - Ajustar analgèsia
- Augment del malestar **psicoemocional** del malalt
 - Acompanyament integral
- Situacions de dolor **difícil**

Dolor difícil

Núñez Olarte JM, López Imedio E. Guia ràpida del manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal. Madrid. Panamericana 2007

Dolor que no aconseguim alleugerir sense una intervenció terapèutica intensiva, amb risc potencial d'efectes secundaris persistents i que habitualment precisa la combinació de diverses mesures (farmacològiques, no farmacològiques i psicològiques)

Suposa el 15-20% del dolor en el pacient oncològic

La finestra terapèutica



Pronòstic dolor

(Edmonton Staging System).

(Bruera E, Shoeller T, Wenk R, Mc Eachem T, Marcelino S, Hanson J et al.. A prospective multicenter assesment of the Edmonton Staging System for cancer pain. Pain Symptom Manage 1995;10:348-355)

ESTADI I (93%)

1. VISCERAL/OSSI/PARTS TOVES
2. NO IRRUPTIU
3. NO EXISTÈNCIA DE DISTRÈS EMOCIONAL
4. ESCALA LENTA D'OPIOÏDS
5. NO ANTECEDENTS D'ENOLISME I/O DROGUES

Pronòstic dolor

(Edmonton Staging System).

(Bruera E, Shoeller T, Wenk R, Mc Eachem T, Marcelino S, Hanson J et al.. A prospective multicenter assesment of the Edmonton Staging System for cancer pain. Pain Symptom Manage 1995;10:348-355)

ESTADI II (55%)

1. NEUROPÀTIC ,MIXTE (DOLOR TENESMOIDE RECTAL, VESICAL) O DE CAUSA DESCONEGUDA **(RR5)**
2. DOLOR IRRUPTIU **(RR 2)**
3. EXISTÈNCIA DE DISTRÈS EMOCIONAL **(RR4)**
4. ESCALA RÀPIDA DE DOSI D'OPIOÏDS **(RR5)**
5. ANTECEDENTS D'ENOLISME I/O DROGUES **(RR6)**

Pronòstic dolor

(Edmonton Staging System).

(Bruera E, Shoeller T, Wenk R, Mc Eachem T, Marcelino S, Hanson J et al.. A prospective multicenter assesment of the Edmonton Staging System for cancer pain. Pain Symptom Manage 1995;10:348-355)

1. La existència d'un sol factor de mal pronòstic classifica el pacient dins del grup de dolor difícil.
2. El factor amb major risc de mal control de dolor és l'existència d'antecedents d'enolisme i/o addicció a drogues
3. El 50% dels pacients de mal pronòstic tenen 2 o més factors associats

Sistema d'estadiatge

Fainsinger RL, Nekolaichuk CL, Lawlor P et al. A multicenter study of the revised Edmonton Staging System for classifying cancer pain in advanced cancer patients. J of Pain & Symptom Manage 2005; 29(3):224-237.

Mecanismes del dolor: No Nc **Ne** Nx

No-No hi ha síndrome dolorosa

Nc-Qualsevol combinació nociceptiva de dolor visceral i/o dolor ossi i de parts toves

Ne-Síndrome de dolor neuropàtic amb/sense combinació de dolor nociceptiu **RR 5**

Nx-Insuficient informació per classificar la síndrome dolorosa

Incidental: I

aquell que empitjora súbitament pels moviments, la deglució, la defecació o la micció, i produeix molèstia suficientment important per impactar en la funció física o psicològica **RR 2**

Distrès psicològic Po Pp

El distrès psicològic fa referència a “un problema major que **limita la capacitat del pacient per diferenciar** adequadament el dolor físic del psicològic, degut a somatització aïllada o associada a símptomes com depressió, ansietat, hostilitat o neuroticisme, suficientment greus com per a posar en perill l'èxit del tractament analgèsic”. **RR 4**

Po- No estan presents ni distrès psicològic ni conducta addictiva

Pp- Distrès psicològic present

Conducta addictiva:Po Pa Ppa

La conducta addictiva es defineix com “qualsevol història personal d'addicció alcohòlica definida mitjançant el CAGE o a través d'altres fonts que demostrin un abús alcohòlic greu, i/o qualsevol història personal d'addicció a drogues” RR 6

Po- No estan presents ni distrès psicològic ni conducta addictiva

Pa- Conducta addictiva present

Ppa-Distrès psicològic i conducta addictiva

Funció cognitiva Cn Ci Cu

Cn- Capacitat cognitiva capaç de proporcionar una història de dolor passat/present sense límit

Ci- Suficient limitació cognitiva com per a afectar la capacitat del pacient per a proporcionar una història adequada del dolor present i/o passat

Cu-Pacient incapaç de proporcionar una història de dolor present o passat

Evidències sobre el dolor difícil

Nekolaichuk C, Fainsinger R, Lawlor P. A validation study of a pain classification system for advanced cancer patients using content experts: The Edmonton classification system for cancer pain. Palliative Medicine 2005; 19(6):466-476.

Els pacients **Ne, I** utilitzen més **recursos** terapèutics per controlar el seu dolor.

Els pacients **Ne, I, Pp, Pa, Ppa** utilitzen **dosis** més elevades d'opioïds per controlar el seu dolor.

Els pacients **Ci, Cu** utilitzen dosis més **baixes** d'opioïds per controlar el seu dolor

Temps fins a arribar al control estable del dolor(mediana)

Edat	>60	5 dies	
	<60	9 dies	x2
Mecanisme del dolor	Nc	5 dies	
	Ne	16 dies	x3
Dolor incidental	-	5 dies	
	I	11 dies	x2
Distrès psico/addicció	Po	5 dies	
	Pa	7 dies	
	Pp	10 dies	x2
	Ppa	12 dies	

Quí, però...



**DESCRIPCIÓ I CONSENS
DELS
CRITERIS DE COMPLEXITAT
ASSISTENCIAL
I
NIVELLS D'INTERVENCIÓ
EN
L'ATENCIÓ AL FINAL DE LA VIDA**

Direcció:



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Coordinació:



SOCIETAT
CATALANO-BALEAR
DE CURES PAL·LIATIVES

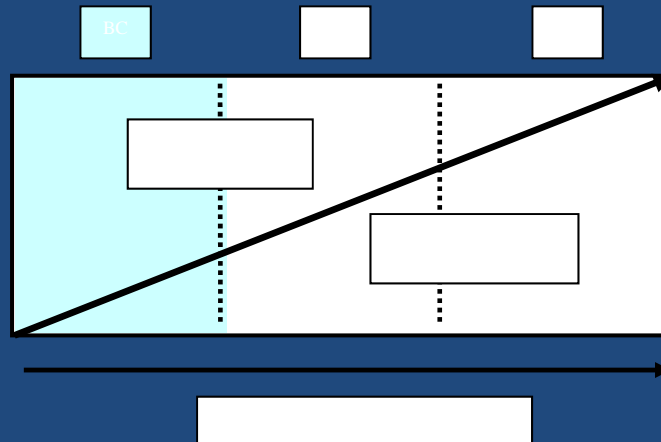
Suport i col·laboració:



camfic
societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

COMPLEXITAT ASSISTENCIAL

El model d'intervenció

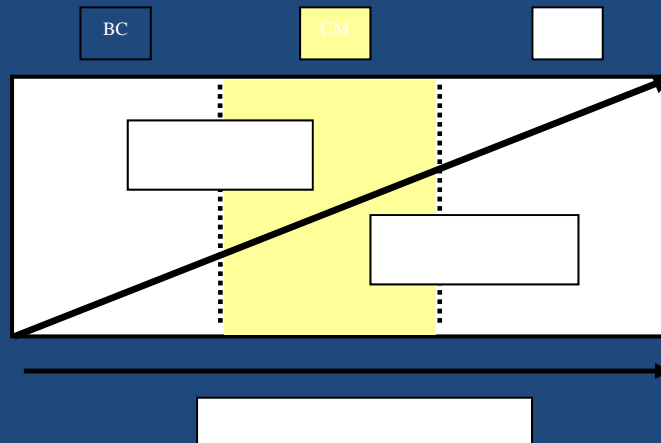


Baixa complexitat (BC)

- ✓ Intervenció de l'equip de referència (atenció primària de salut)
- ✓ Consulta o atenció puntual d'equips específics (PADES, UFISS)

COMPLEXITAT ASSISTENCIAL

El model d'intervenció

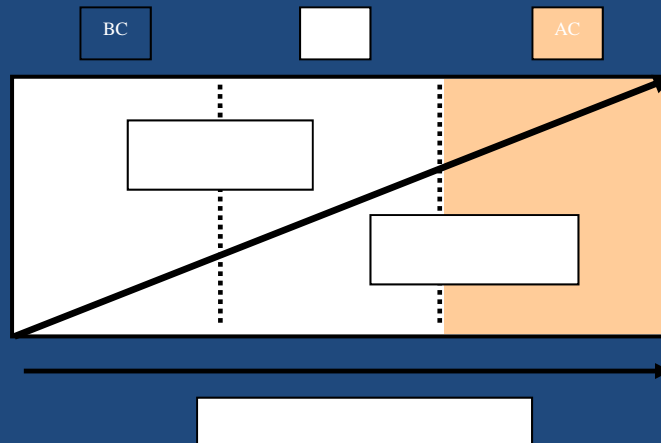


Complexitat mitjana (CM)

- ✓ Atenció compartida d'intensitat pactada (equips de referència i específics)

COMPLEXITAT ASSISTENCIAL

El model d'intervenció



Alta complexitat (AC)

- ✓ Intervenció prioritària i intensa dels equips específics
- ✓ Ingrés hospitalari
- ✓ Derivació a l'especialista o servei especialitzat

CONTROL DE SÍMPTOMES

criteris i nivells de complexitat

Baixa complexitat

- Control de símptomes amb evidència de clara resposta, i en el temps previst, a l'acció terapèutica practicada.

Complexitat mitjana

- Presència de signes o símptomes refractaris o potencialment refractaris.

Alta complexitat

- Persistència dels signes o símptomes refractaris o potencialment refractaris. Cal considerar la necessitat de control mitjançant ingrés hospitalari..

S'entenen com a símptomes refractaris els que no es controlen amb les mesures terapèutiques habituals i amb dosis plenes de fàrmac, sia per manca de resposta primària o per toxicitat intolerable, malgrat el tractament per controlar-los.

S'entenen com a símptomes potencialment refractaris els símptomes controlats en el moment de l'avaluació, però que comporten un risc raonable o previsible de futura manca de control.

- Cherny NI, Portenoy NK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. J Palliat Care 1994; 10: 31-38.
- Porta J. Sedación al final de la vida: Aspectos clínicos y éticos. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38 (3): 44-52.
- Porta J, Núñez-Olarte JM, Altisent R, Bisbert A, Loncan P, Muñoz-Sánchez D, et al. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. Med Pal (Madrid) 2002; 9: 41-46.

A peu de lit...



Núñez Olarte JM, López Imedio E. Guía rápida de manejo avanzado de síntomas en el paciente terminal. Madrid: Ed Panamericana 2007:3-13

DOLOR PIS ABDOMINAL SUPERIOR (Núñez Olarte JM 2007)

BÀSIC

- 1-Optimitzar opioïds
- 2-Optimitzar AINES i/o Corticosteroides
- 3-Atenció aspectes psicosocioespirituals
- 4-Possibilitat d'usar gabapentina

SUPORT

- 5-En càncer de pàncrees possibilitat de QT Pal·liativa o/i bloqueig precoç plexe cel·líac RDT pal·liativa, considerar reirradiació
- 6-Rotació opioïds
- 7-Perfusió contínua d'opioïds

ESPECIALITZAT

- 11.Radioteràpia pal·liativa amb quimioteràpia sensibilitzant, amb possibilitat de RDT pal·liativa estereotàxica
- 12-Bloqueig del plexe celíac en càncer no pàncrees
- 13-Analgèsia espinal
- 13-Octeòcrid a altes dosis per metàstasi hepàtiques molt doloroses

DOLOR NEUROPÀTIC (Núñez Olarte JM 2007)

BÀSIC	1-Optimitzar opiòids		
	2-Atenció aspectespsicosocioespirituals		
	3-Optimitzar adjuvants:		
	Compressió nerviosa	No lesió directa postmastectomia, polineurop	Invasió directa plexopatia
	Dexa/RDT	Gabapentina i/o amitriptilina	Gabapentina i/o Duloxetina
SUPORT	4-Rotació opioïds		
	5-Perfusió contínua d'opioïds		
ESPECIALITZAT	6. altres adjuv Mexiletina, Baclofè (agonista GABA), Amantadina (antag NMDA)		
	7. Analgèsia espinal		
	8 .Bloqueig simpàtic en dolor simpàtic mantingut		
	9 .Bloqueig continu del plexe braquial per dolors mixtes		
	9. Antagonistes NMDA(Ketamina): bolus o perfusió contínua		
10. TENS,neuroestimulació,hipnosi			

DOLOR PÈLVIC (Núñez Olarte JM 2007)

BÀSIC	<p>1-Mesures posturals i laxants</p> <p>2-Optimitzar opioïds</p> <p>2-Optimitzar AINES i/o Corticosteroides</p> <p>3-Atenció aspectes psicosocioespirituals</p> <p>4.Optimitzar adjuvants</p>	
	Dolor rectal tenesmoide	Dolor per espasme vesical
	<p>Nifedipino, diltiazem</p> <p>Nitroglicerina tòpica en espasme de l'esfínter anal: Hepro cànules(cortis+lidoc) o Nitroglicerina gel 0,2%</p> <p>Buscapina</p>	<p>Oxibutinina 2.5mg/8h(Ditropan)</p> <p>Buscapina</p> <p>Amitriptilina</p>
SUP	<p>5-Rotació opioïds</p> <p>6-Perfusió contínua d'opioïds</p>	
ESPECIALITZAT	<p>7.Opioïde intravesical en espasme vesical</p> <p>8-RDT pal·liativa</p> <p>9-Bloquejos neurolítics: Simpatectomia lumbar bilateral, Bloqueig del plexe hipogastri superior, Bloqueig de Walther o de gangli impar de la cadena simpàtica presacra, Neurolisi intratecal(gota fenòlica), Crioanalgèsia</p> <p>10-Cirurgia derivativa:colostomia+talla vesical/nefrostomia</p> <p>11-Analgèsia pe via espinal</p> <p>12-Antagonista del receptor NMDA Ketamina</p>	

DOLOR OSSI (Núñez Olarte JM 2007)

BÀSIC

- 1-Optimitzar opioïds
- 2-Optimitzar AINES
- 3-Atenció aspectes psicosocioespirituals
- 4-Ús adequat de les dosi de rescat d'opioïds(CFOT) associat o no a l'ús d'anfetamines

SUPORT

- 5-RDT pal·liativa, considerant fins i tot la reirradiació
- 6-Considerar ús de isòtops radioactius si localitzacions metastàsiques múltiples
- 7-Bifosfonats(Zalendronat)
- 8-Calcitonina
- 9-Rotació opioïds
- 10-Perfusió contínua d'opioïds

ESPECIALITZAT

- 11.Cirurgia ortopèdica i immobilització i vertebroplàtia percutània amb injecció de ciment
- 12-Analgèsia espinal
- 13-Bloquejos perifèrics somàtics(bupivacaïna amb o no esteroïdes d'alleberament lent): Bloqueig del nervi femoral, Bloqueig intercostal, Infiltracions locals en metàstasi costals aïllades i esquelet axial, Bloqueig del plexe lumbar per tècnica paravascular inguinal, per invasió de pelvis òssia o cap femoral
- 14-Ablació de metàstasi amb radiofreqüència percutània guiada per la imatge
- 15-Antagonistes **NMDA(Ketamina)**: bolus o perfusió contínua
- 16-Tècniques neuroquirúrgiques selectives
- 17-Sedació pal·liativa en les cures i mobilitzacions amb ketamina

Noves presentacions de citrat de fentanilo

Sublingual	Abstral	Es posa sota la llengua	100, 200, 400, 600, 800
Comprimit bucal	Effentora	Es posa a la geniva (tecnologia oravescent)	

Hidromorfona, hidroclozur(jurnista 4,8,16,32)

- No té metabolits amb efecte analgèsic
- No metabolisme pel citocrom p450, sinó per glucoronització→menys interaccions
- Menys somnolència que fentanilo transdèrmic
- Nàusees i vòmits igual (33%)→donar antiemètic
- Alliberament retardat: tecnologia osmòtica d'alliberament retardat(push-pull)
- Allibera el medicament el 80% a colon
- Nivells molt estables
- Taxa d'alliberament independent de la dosi, ph, ingesta d'aliments i motilitat gastrointestinal
- Ajustar dosi a les 48 hores
- T_{max}=16 hores

HMF	Fentanilo transdermic	Tramadol
4	12	100
8	25	200
16	50	---

Equivalències entre opioïds

Morfina	Tramadol	5:1
Hidromorfona	Morfina	5:1
Morfina	Oxicodona	2:1
Oxicodona	Hidromorfona	2,5:1

PROPINA: METILNALTREXONA

- Antagonista opioïd amb grup metil que fa que no pugui travessar la BHE i per tant no interfereix amb els efectes centrals dels opioïds, ja sigui pel dolor o per la dísnea
- DIO: disfunció abdominal induïda per opioïds: restrenyiment refractari degut a l'ús d'opioïds
- Administrar bolus sc de 0,25. Absorció ràpida, biodisponibilitat del 82%, poques interaccions i pocs metabolits. S'excreta per via renal (en IR menys dosi). T_{1/2} 8 hores. Ef sec: nàusees, dolor còlic.
- Als 10 minuts el malalt ja té necessitat d'evacuar
- Pauta: mantenir laxants via oral, i si a les 48 hores no ha anat de ventre, s'administra un bolus.
- Accés: ús compassiu: s'ha de demanar en concret per cada malalt a través de farmàcia

DOLOR

*El dolor és una experiència de les
persones i de les famílies,
no de les terminacions nervioses*



Moltes gràcies