

MANUAL

CONTROL DE SÍNTOMAS

EN PACIENTES CON CÁNCER
AVANZADO Y TERMINAL

Josep Porta Sales
Xavier Gómez Batiste
Albert Tuca Rodríguez

Título original:

Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 3ª edición

© Copyright Textos: Autores

© Copyright Edición 2013: GRÜNENTHAL PHARMA S.A.

ISBN: 978-84-15905-03-5

Depósito Legal: M-20502-2013

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

“Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con GRÜNENTHAL PHARMA S.A., patrocinador de la obra”.

Edita: Enfoque Editorial S.C.

Avda. de Europa 16, chalet 13

28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

Instrumentos de evaluación

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Inoue SK, Van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. Ann Intern Med 1990; 113:941-8.

Respuesta afirmativa por parte de un familiar o un cuidador

1. Comienzo brusco y curso fluctuante

¿Hay evidencia de un cambio brusco del estado mental del paciente?

¿El comportamiento anormal fluctúa a lo largo del día?

2. Falta de atención

¿Tiene el paciente dificultad para mantener la atención?

3. Pensamiento desorganizado

¿Tiene el paciente un pensamiento incoherente o desorganizado?

Cualquier estado de conciencia que no sea el de alerta

4. Alteración del nivel de conciencia

¿De forma general, cómo diría que está el nivel de conciencia del paciente: alerta, hiperalerta, obnubilado, estuporoso, o comatoso?

Para el diagnóstico de delirium se requiere que sean afirmativas las respuestas a las preguntas 1 y 2 y, además, de forma indistinta la 3 o la 4.

CUESTIONARIO PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA (SPMSQ-VE)

Martinez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches M C, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:129-34.

1. ¿Qué día es hoy? Día_____ Mes_____ Año
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
- 4a. ¿Cuál es su dirección?
(Preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (Día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0

Número total de errores_____

0-2 = intacto

3-4 = deterioro leve

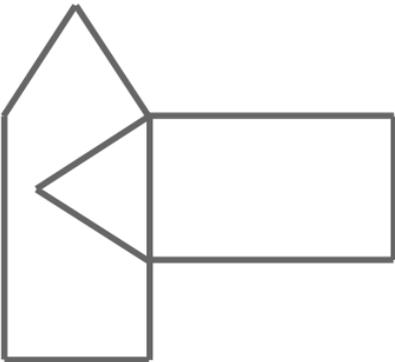
5-7 = deterioro moderado

8-10= deterioro severo

Instrucciones: Haga las preguntas de 1 a 10 de la lista y anote todas las respuestas. Haga la pregunta n° 4 sólo si el paciente no tiene teléfono. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario periódico certificado de nacimiento o cualquier ayuda que refresque la memoria.

MEC-30 (MINI-MENTAL EXAMEN COGNOSCITIVO 30)

Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Staus Examinaion) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112:767-74.

Orientación	
Dígame el día de la semana: _____ Fecha: _____ Mes: _____ Estación: _____ Año: _____	___ 5
Dígame el nombre del hospital: _____ Planta: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____ País: _____	___ 5
Fijación	
"Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana"	___ 3
Concentración y Cálculo	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando?" O bien deletrear la palabra MUNDO al revés	___ 5
Memoria	
"¿Recueda las tres palabras que le he dicho antes?"	___ 3
Lenguaje y Construcción	
Mostrar un bolígrafo " ¿Qué es esto?". Repetirlo con el reloj	___ 2
"Repita esta frase". En un trigal había cinco perros.	___ 1
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	___ 3
"Lea esto y haga lo que dice" CIERRE LOS OJOS	___ 1
"Escriba una frase que tenga sentido":	___ 1
"Copie este dibujo"	___ 1
	
PUNTUACIÓN TOTAL (30)	

(Punto de corte 23/24)

TEST CAGE (VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CAGE CAMUFLADO)

Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA(CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Droga-Alcohol* 1986; 11:132-9.

Cuestionario general sobre hábitos de vida

1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un porro o una dosis de cocaína?
3. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?
8. ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
10. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?
11. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
12. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?

Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el Test CAGE

- Puede utilizar el test camuflado o sólo las 4 preguntas que lo configuran.
- Explique al paciente/familia la importancia de contestar con sinceridad sobre el consumo de alcohol, debido a su influencia sobre el control del dolor y futuras decisiones terapéuticas que quizás se deban tomar.
- Cada respuesta positiva es 1 punto.

Valoración

0 puntos = no dependencia alcohólica

1 punto = sospecha de dependencia alcohólica

2 o más puntos = posible dependencia alcohólica

PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS

Anderson F, Downing GM, Hill J, Caroso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): A new tool. *J Palliat Care* 1996; 12:5-11.

%	Deambulación	Actividad y evidencia enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	completa	Actividad normal no evidencia de enfermedad	completo	normal	alerta
90	completa	Actividad normal alguna evidencia de enfermedad	completo	normal	alerta
80	completa	Actividad con esfuerzo alguna evidencia de enfermedad	completo	normal o reducida	alerta
70	reducida	Imposible trabajar alguna evidencia de enfermedad	completo	normal o reducida	alerta
60	reducida	Imposible hacer hobbies/trabajo doméstico Enfermedad manifiesta	asistencia ocasional	normal o reducida	alerta o confuso
50	principalmente sentado/estirado	Imposible hacer cualquier trabajo enfermedad extensa	considerable asistencia	normal o reducida	alerta o confuso
40	principalmente encamado	Igual anterior	básicamente asistido	normal o reducida	alerta o somnoliento o confuso
30	totalmente encamado	Igual anterior	completamente dependiente	reducida	alerta o somnoliento o confuso
20	totalmente encamado	Igual anterior	igual anterior	pequeños sorbos	alerta o somnoliento o confuso
10	totalmente encamado	Igual anterior	igual anterior	sólo cuidado boca	somnoliento o coma
0	muerto	-	-	-	-

EDMONTON CLASSIFICATION SYSTEM FOR CANCER PAIN (ECS-CP)

Nekolaichuck CL, Fainsinger RL, Lawlor PG. A validation study of a pain classification system for advanced cancer patients using content experts: the Edmonton Classification System for Cancer Pain. *Palliat Med* 2005; 19:466-76.

Mecanismo del dolor

No = No dolor

Nc = Cualquier combinación de dolor visceral y/o óseo o partes blandas

Ne = Dolor neuropático con o sin combinación de dolor noci-ceptivo

Nx = Información insuficiente para clasificar (*)

Dolor incidental

Io = No dolor incidental

Ii = Dolor incidental presente

Ix = Información insuficiente para clasificar (*)

Distress psicológico

Po = No distress psicológico

Pp = Distress psicológico presente

Px = Información insuficiente para clasificar (*)

Conducta adictiva

Ao = No conducta adictiva

Aa = Conducta adictiva presente

Ax = Información insuficiente para clasificar (*)

Fallo cognitivo

Co = No fallo. Capaz de proporcionar historia detallada de su dolor actual y pasado.

Ci = Fallo parcial. Fallo suficiente para afectar la capacidad del paciente para proporcionar una historia detallada de su dolor actual y pasado.

Cu = Fallo completo. No responde, en delirium o demencia hasta el punto de no poder proporcionar historia de su dolor actual y pasado.

Cx = Información insuficiente para clasificar (*)

Definición de términos

- **Mecanismo del dolor:** autodefinido en el instrumento.
- **Dolor incidental:** episodios intermitentes de dolor moderado a intenso, habitualmente de inicio brusco o rápido y frecuentemente con un desencadenante conocido, que ocurre en un paciente con dolor basal moderado o inferior.
- **Distress psicológico:** en el contexto de la experiencia dolorosa, se define como un estado interior de sufrimiento del paciente como resultado de factores físicos, psicológicos, sociales, espirituales y/o prácticos que pueden comprometer la habilidad de afrontamiento y dificultar la expresión del dolor y/u otros síntomas.
- **Conducta adictiva:** la adicción es una enfermedad primaria, crónica, neurobiológica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. Se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes comportamientos: control alterado sobre el uso de fármacos/drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño producido y desasosiego por su obtención.
- **Fallo cognitivo:** autodefinido en el instrumento.

(*) *Información insuficiente para clasificar debido a factores como diagnóstico desconocido o cuestionable, no cooperación del paciente o impedimentos físicos (ej. afasia)*

ÍNDICE DE KARNOFSY

Yates JW, Chalmers B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer* 1980; 45:2220-4.

100	Actividad normal. Sin síntomas. Sin evidencia subjetiva de enfermedad
90	Capaz de desarrollar su actividad normal. Síntomas mínimos de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos síntomas subjetivos de enfermedad
70	Puede cuidar de sí mismo. Incapaz de desarrollar su actividad normal o hacer su trabajo
60	Requiere asistencia ocasional, pero capaz de cuidar de sí mismo
50	Require asistencia considerable y frecuente atención médica
40	Requiere asistencia médica especial
30	Gravemente inhábil. Necesita hospitalización, si bien no se prevé una muerte inminente
20	Muy enfermo. Hospitalización necesaria. Es preciso un tratamiento de soporte activo
10	Moribundo
0	Muerto

PALLIATIVE PROGNOSTIC SCORE - PAP SCORE

Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, et al. Successful validation of the Palliative Prognostic Score in terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17:240-7.

Disnea (presencia de)	Punt. Parcial
No	0
Sí	1
Anorexia (existencia de)	
No	0
Sí	1
Índice de Karnofsky	
≥ 50	0
30-40	0
10-20	2,5
Impresión Clínica de Supervivencia (en semanas)	
> 12	0
11-12	2,0
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6,0
1-2	8,5
Leucocitos totales	
normal (4.800-8.500 leucos/mm ³)	0
alto (8.501-11.000 leucos/mm ³)	0,5
muy alto (> 11.000 leucos/mm ³)	1,5
Linfocitos (%)	
normal (20,0-40,0%)	0
bajo (12,0-19,9%)	1,0
muy bajo (0-11,9%)	2,5
Grupos de riesgo	Punt. Total
A.- probabilidad > 70% de sobrevivir 30 días	0 - 5,5
B.- probabilidad entre 30-70% de sobrevivir 30 días	5,6 - 11,0
C.- probabilidad < 30% de sobrevivir 30 días	11,1 - 17,5

Sume las puntuaciones parciales para cada ítem, la puntuación total indicará a que grupo de riesgo pertenece el paciente.

EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM (ESAS)

Centeno C, Noguera A, López B, Carvajal A. Algunos instrumentos de evaluación utilizados en Cuidados Paliativos (I): el cuestionario d evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS). *Med Pal (Madrid)* 2004; 1:239-45.

Original: Bruera E, Kuehn N, Millar J, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simply method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991; 7:6-9.

Dolor												
Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor posible
Cansancio												
Sin cansancio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor cansancio posible
Náusea												
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima sensación de náusea o vómitos posible
Depresión												
Sin tristeza o depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La máxima tristeza o depresión posible
Ansiedad												
Sin nerviosismo ni ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo nerviosismo o ansiedad posible
Somnolencia												
Sin somnolencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor somnolencia posible
Apetito												
El mejor apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito posible
Bienestar												
Máximo bienestar posible	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El máximo malestar posible
Disnea												
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima dificultad para respirar
Insomnio												
Ninguna dificultad para dormir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima dificultad para dormir
Otro												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	



Dosis de optimismo

En Grünenthal contribuimos a mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes desde la **innovación y el liderazgo en I+D.**

Por eso, investigamos y desarrollamos **soluciones eficaces para el tratamiento del dolor** y apoyamos a todos los que trabajan en este sentido: médicos, farmacéuticos e instituciones.

Porque sin dolor, la vida se ve de otro color.

Grünenthal
Expertos en el tratamiento del dolor

PLX 131101

