

# Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos

DOCENTE: Dra. Ana Laura Domínguez

## INTEGRANTES:

Diana Laura Abarca Aguilar  
Diana Carolina Domínguez Abarca  
Tarsis Andrea Guillen Narváez  
Thania Guadalupe Guillen  
Jesús Alberto perez Dominguez  
Valente Trujillo Sandoval



# Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos

Marta Torcal Baz<sup>a</sup> y Sagrario Ana Ventoso Mora<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia. Máster en Cuidados Paliativos. Unidad de Cuidados Paliativos. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas / Manzanares (Ciudad Real). España.

<sup>b</sup> Médico de Familia. Centro de Salud de Moral de Calatrava. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas (Ciudad Real). España.

Correspondencia: Marta Torcal Baz.

Correo electrónico: marta.torcal@gmail.com

Recibido el 10 de diciembre de 2019.

Aceptado para su publicación el 22 de junio 2020.

### RESUMEN

El dolor es un problema que interfiere de forma importante en la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares, siendo catalogado por los mismos como el síntoma más importante e incapacitante.

A pesar de su alta prevalencia, continúa sin ser adecuadamente tratado, tanto por su infradiagnóstico como por la falta de formación y conocimiento de las herramientas disponibles, para su evaluación y tratamiento, por parte de los profesionales sanitarios.

**PALABRAS CLAVE:** Dolor Oncológico. Dimensión del Dolor. Analgésicos Opioides.

### ABSTRACT

#### Management and treatment of pain in palliative care.

Pain is a problem which significantly affects quality of life of oncology patients and their families. These identify pain as the most important and disabling symptom.

Despite its high prevalence, pain is still not treated adequately, due both to underdiagnosis and to healthcare professionals' lack of training and knowledge about available tools for its evaluation and treatment.

**KEY WORDS:** Cancer Pain. Pain Measurement. Analgesics, Opioids.

### INTRODUCCIÓN

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) define el dolor como "una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño"<sup>1</sup>.

Es un síntoma subjetivo, único para cada persona y momento, que depende del aprendizaje, modula o puede ser modulado por distintas emociones, comportamientos o fenómenos externos, y afecta a una o varias esferas personales (física, psicológica, social o espiritual).

# CONTENIDO

01

Origen del dolor

02

Clasificación y  
evaluación



03

Diagnóstico

04

Escalas para el  
dolor

# INTRODUCCION



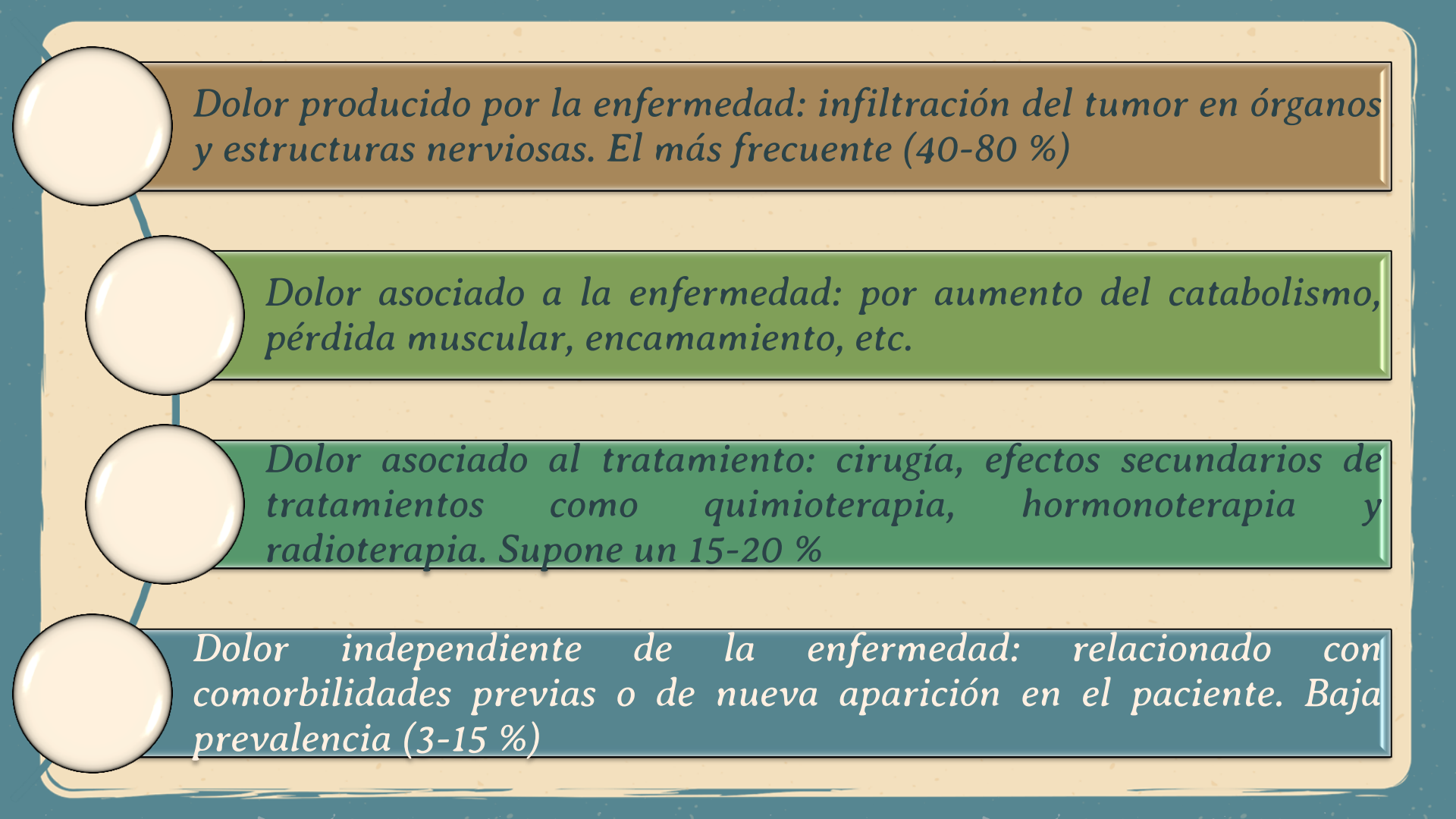
La IASP (International Association for the Study of Pain) define el dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”

Es subjetivo, único, dependiente del aprendizaje y modulado por emociones.



# 01

## Origen del dolor



*Dolor producido por la enfermedad: infiltración del tumor en órganos y estructuras nerviosas. El más frecuente (40-80 %)*

*Dolor asociado a la enfermedad: por aumento del catabolismo, pérdida muscular, encamamiento, etc.*

*Dolor asociado al tratamiento: cirugía, efectos secundarios de tratamientos como quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. Supone un 15-20 %*

*Dolor independiente de la enfermedad: relacionado con comorbilidades previas o de nueva aparición en el paciente. Baja prevalencia (3-15 %)*



# 02

## Clasificación y evaluación en del dolor

*Existen diferentes clasificaciones del dolor en función de su localización, cronología, curso y tipo de dolor.*

*Se puede realizar por la nemotecnia  
ALICIA: antigüedad, localización,  
intensidad, carácter, irradiación y  
atenuantes.*

**EVALUACIÓN DEL DOLOR**



**ALICIA**

- A:** Aparición (Antigüedad)
- L:** Localización (Propagación)
- I:** Irradiación
- C:** Características (Carácter)
- I:** Intensidad
- A:** Agravantes y atenuantes



Dr. Alex Velasco





# 03

## Diagnóstico

Un 40 % de los pacientes oncológicos no tiene correctamente tratado el dolor.

# LA EVALUACIÓN DEL DOLOR INCLUYE:

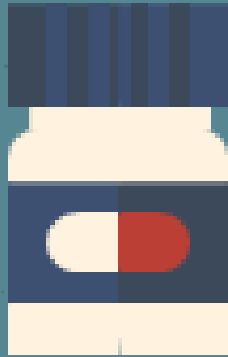
**ANAMNESIS:**  
*antecedentes,  
comorbilidades,  
tratamientos  
actuales, síntomas  
que acompañan al  
dolor  
(desencadenantes,  
agravantes y  
atenuantes).*

**DOLOR TOTAL:**  
*explorar no solo  
síntomas físicos,  
también  
psicológicos,  
sociales y  
espirituales.*

**Exploración física  
completa**

**Pruebas  
complementarias  
diagnósticas (si  
fueran necesarias)**

# 04



## Escalas para el dolor

*Son los métodos más usados en la evaluación del dolor y pueden ser de diferentes tipos:*

# Unidimensionales

## Escala visual numérica

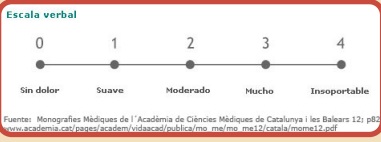


## Escala visual categórica



## Escala visual analógica





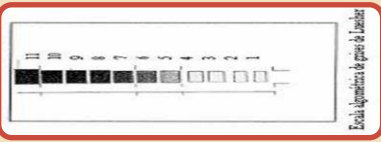
# Escala descriptiva simple: escala verbal



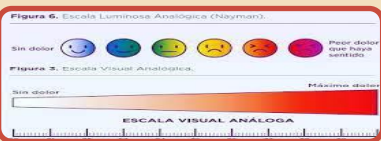
# Escala analógica visual (EVA)



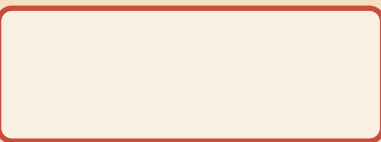
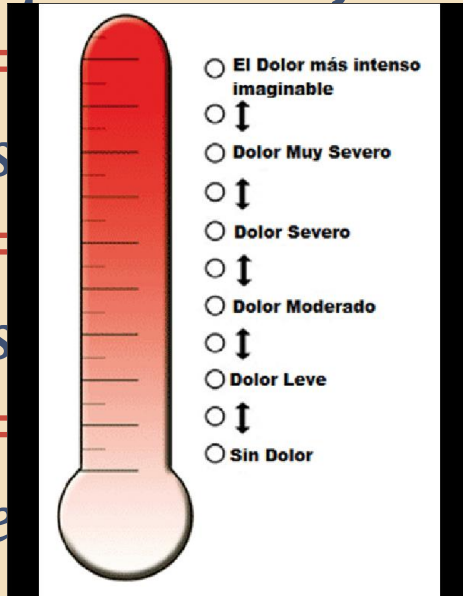
# Expresiones faciales.



# Escala de Luesher.



# Escala analógica (Nayman).



# Teoría del dolor de Iowa

# Multidimensionales

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

## Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnolento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnolento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

*Support Team Assessment Schedule (STAS):  
explora síntomas físicos, psicológicos, espirituales y sociales.*

*Brief Pain Inventory:  
mide parámetros de dolor que interfieren con la capacidad funcional*

*Palliative Outcome Scale: buena correlación con escalas de evaluación funcional y calidad de vida.  
Validada en castellano*

*Cuestionario de dolor de McGill: mide la capacidad afectiva, sensitiva y cognitiva.*

# 05



## Tratamiento del dolor

*La OMS publicó en 1986 en Ginebra una estrategia terapéutica para el control del dolor oncológico. conocido como Escalera analgésica de la OMS.*



# Consideraciones

*Es necesario cuantificar la intensidad del dolor. Normalmente utilizamos escalas unidimensionales: 1-4 primer escalón; 5-6 segundo escalón; 7-10 tercer escalón*

*La subida de escalón es debida a fallo terapéutico con dosis plenas de un fármaco*

*No implica que, ante un dolor difícil, no se pueda subir directamente al tercer escalón.*

*No asociar analgésicos del mismo escalón, excepto cuando asociamos fármacos de tercer escalón para dolor irruptivo. No utilizar analgésicos de segundo escalón en combinación con otros del tercer escalón.*

*Los coadyuvantes se prescriben según la causa del dolor, siendo independientes de los posibles cambios de escalón terapéutico.*

*Los pacientes con buen control analgésico con opioides pueden necesitar dosis de rescate, que se estima entre 1/10 y 1/6*

*Si se producen efectos secundarios severos o intolerables, se deberá cambiar el opioide*

Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración
Paracetamol	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o., i.v., rectal
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o.
Metamizol	575-2000 mg / 6-8 h	6000 mg	v.o., i.v., i.m.
Ibuprofeno	400-600 mg / 6-8 h	2400 mg	v.o.
Dexketoprofeno	25-50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.v., i.m.
Naproxeno	250-500 mg / 8-12 h	1500 mg	v.o.
Diclofenaco	50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.m., rectal
Meloxicam	7,5 mg / 12 h	15 mg	v.o., i.m., rectal
Lornoxicam	8 mg / 12 h	16 mg	v.o.
Celecoxib	200 mg / 12 h	400 mg	v.o.
Etoricoxib	60 mg / 24 h	120 mg	v.o.

# PRIMER ESCALÓN

Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración	Observaciones
Codeína	30-60 mg / 4-6 h	240 mg	v.o.	Acción antitusiva. Ocasiona estreñimiento importante. Disminuir la dosis 25-50 % en insuficiencia hepática y renal. No utilizar en EPOC, asma o depresión respiratoria.
Tramadol	50-100 mg / 6 h	400 mg	v.o., s.c., i.v., i.m.	Eficacia ligeramente superior a la codeína y 5-10 veces menor que la morfina. Disminuye el umbral convulsivo. Disminuir la dosis un 50 % en ancianos. No utilizar en insuficiencia respiratoria grave
Equivalencia: 60 mg de codeína = 30 mg de codeína + 650 mg de paracetamol = 50 mg de tramadol				
Dihidrocodeína	60-120 mg / 12 h			

## SEGUNDO ESCALÓN

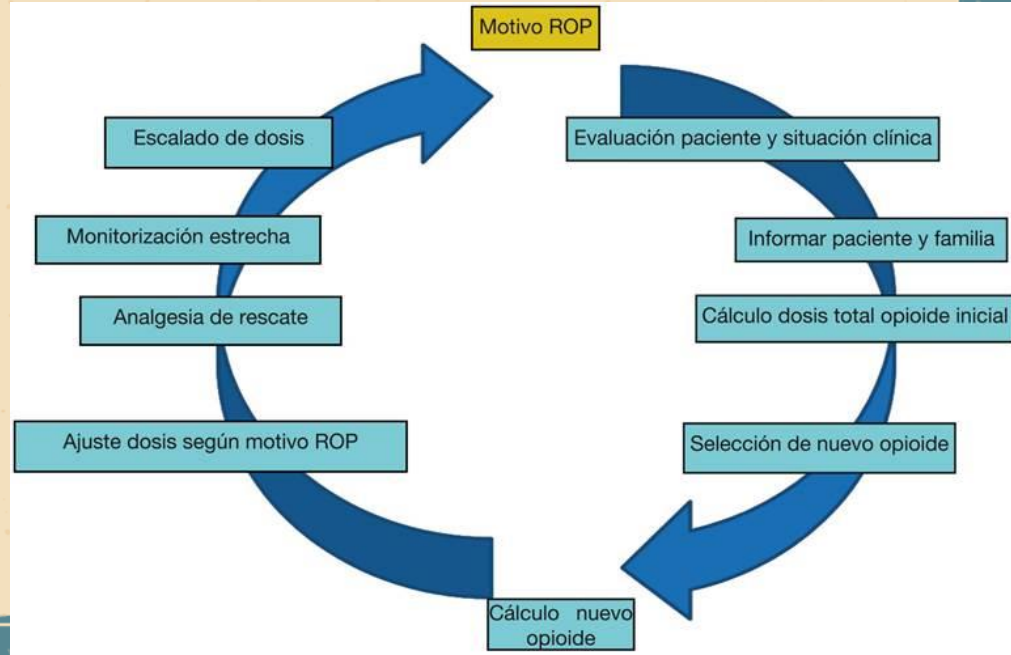
Medicamento		Presentación			
Morfina	1. Retardada sustentada Pico: 30 min 2. Normal solución 45 min 3. Inmediata	Equivalencia Morfina oral Morfina oral Morfina intravenosa (40mg-60mg)	Fentanilo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación prolongada: Vía transdérmica (parches). Inicio de acción: 12-14 h. Vida media: 72 h.</li> <li>2. Liberación rápida: transmucosa, intranasal, sublingual.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comenzar con 12-25 µg si no están tratados con opioides mayores.</li> <li>- Cubrir analgesia las primeras 24 horas con MLN, haciendo coincidir la colocación del parche con la dosis de MLC.</li> <li>- Cambiar el parche cada 72 h (un 25 % de los pacientes necesita cambiar el parche cada 48 h).</li> <li>- Reevaluar periódicamente y ajustar la dosis basal en función de los rescates.</li> <li>- Asociar dosis de rescate de morfina de liberación normal si presenta dolor. El rescate es posible con fentanilo de liberación rápida. Iniciar con 200 µg; si tras 15 min la analgesia no es adecuada, repetir la dosis. Si no experimenta alivio, pasar a una dosis superior.</li> <li>- Se pueden usar hasta 4 rescates al día. Si tras ello el dolor no está controlado, aumentar la dosis basal.</li> </ul>
			Buprenorfina	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación controlada: transdérmico (parche).</li> <li>2. Liberación rápida: i.v., i.m., s.l.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con la dosis más baja. Si previamente tomaba opioides, usar según equivalencia.</li> <li>- Precisa control adicional de la analgesia las primeras 24-48 h.</li> <li>- Pautar dosis de rescate con buprenorfina s.l. 0,2 mg; si uso mayor de 0,6 mg, aumentar la dosis basal.</li> </ul>
Oxicodona	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación controlada</li> <li>2. Liberación rápida</li> </ol>	Vida media	Tapentadol	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación controlada: v.o. Vida media: 12 h. Comprimidos de 25, 50, 100, 150, 200, 250 mg.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con dosis de 25-50 mg / 12 h. Si previamente tomaba opioides, usar según equivalencia.</li> <li>- Ajustar en insuficiencia hepática moderada; no existen estudios en insuficiencia renal grave.</li> </ul>
			Hidromorfona	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación prolongada: v.o. Vida media: 24 h. Comprimidos de 4, 8, 16, 32 y 64 mg.</li> <li>2. Liberación rápida: v.o., i.v.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con dosis de 4-8 mg / 12 h. Si previamente tomaba opioides, usar según equivalencia y valorar ajuste cada 96 h.</li> <li>- Ajustar en insuficiencia hepática y renal moderada.</li> </ul>

ER  
LÓN

# Rotación de opioides

La rotación de opiáceos está indicada en los siguientes casos:

- Mal control del dolor, a pesar de la titulación adecuada de un opioide mayor.
- Tolerancia e hiperalgesia.
- Toxicidad secundaria a opioides



# Fármacos coadyuvantes

- *Grupo de fármacos, químicamente heterogéneos, cuya acción y eficacia complementa las de los analgésicos, sin tener propiedades analgésicas específicas. Estos fármacos, unidos a los opioides o a los AINEs, potencian la acción e incrementan la eficacia.*
- *Es necesario tener en cuenta, que si bien potencian el efecto, también puede ser perjudicial el uso en dosis inadecuadas*

Medicamento	Indicaciones	Principios activos
Antidepresivos	Su principal indicación es el dolor neuropático. Acción independiente de su actividad antidepresiva, aunque en ocasiones coexisten dolor y depresión, en las que el alivio de este factor contribuye a mejorar la actividad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amitriptilina: es el más ampliamente utilizado. Inicio a dosis bajas (10-25 mg), pudiendo incrementarse semanalmente. Dosis máximas: 100-150 mg / día.</li> <li>- Clomipramina.</li> <li>- Doxepina.</li> <li>- Duloxetina: 30-60 mg / día.</li> </ul>
Anticonvulsivantes	Indicado en dolor oncológico neuropático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gabapentina: Inicio con 300 mg / 24 h, hasta llegar a 300 mg / 8 h en tres días. Posteriormente, ascenso de 300 mg / semana si es preciso. Dosis máxima: 3600 mg / día.</li> <li>- Clonasen: Inicio 0,5 – 1 mg por la noche. Dosis máxima: 4-8 mg cada 8 horas.</li> <li>- Fenitoína.</li> <li>- Ácido valproico.</li> <li>- Carbamacepina.</li> </ul>
Neurólépticos y ansiolíticos	<p>No tienen eficacia analgésica, salvo la levomepromacina.</p> <p>Los neurólépticos se usan habitualmente para prevenir o suprimir las náuseas y vómitos debidos a los opioides.</p> <p>Las benzodiazepinas se utilizan cuando el dolor se acompaña de un componente ansioso, debido principalmente a que el paciente presenta una personalidad ansiosa. Su uso también está indicado en situaciones en las que sea difícil conciliar el sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levomepromacina: 25 – 100 mg / día. v.o., s.c., i.v.</li> <li>- Haloperidol: 1,5 – 5 mg / día. v.o., s.c.</li> <li>- Clorpromacina: 30-100 mg / día. v.o., i.v.</li> </ul>
Corticoides	<p>Efecto analgésico debido fundamentalmente a su acción antiinflamatoria, aunque se discute si estos fármacos poseen además propiedades analgésicas intrínsecas.</p> <p>El tratamiento prolongado está indicado en el dolor debido a metástasis óseas, hipertensión intracraneal, tumores de la cara o el cuello, compresión medular o nerviosa y hepatomegalia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prednisona.</li> <li>- Metilprednisolona.</li> <li>- Dexametasona: destaca por su potencia antiinflamatoria. Dosis habitual: 8-40 mg / 24 h.</li> </ul>

# Fuente de consulta

- Torcal Baz, Marta, & Ventoso Mora, Sagrario Ana. (2020). Management and treatment of pain in palliative care. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(3), 203-211. Epub 23 de noviembre de 2020. Recuperado en 19 de abril de 2021, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2020000300203&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203&lng=es&tlng=en)

# *Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor*

DOCENTE: Dra. Ana Laura Domínguez

## INTEGRANTES:

Diana Laura Abarca Aguilar  
Diana Carolina Domínguez Abarca  
Tarsis Andrea Guillen Narváez  
Thania Guadalupe Guillen  
Jesús Alberto perez Dominguez  
Valente Trujillo Sandoval







## Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor

*Considerations for acute pain analgesic management in the elderly*

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez,\* Dr. Javier Alvarado-Pérez,†

Luz A Templos-Esteban,§ María López-Collada Estrada,¶

Centro Algia para la Educación en Salud

**Citar como:** Covarrubias-Gómez A, Alvarado-Pérez J, Templos-Esteban LA, López-Collada EM, Centro Algia para la Educación en Salud. Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor. *Rev Mex Anest.* 2021; 44 (1): 43-50. <https://dx.doi.org/10.35366/97776>

**RESUMEN.** En las últimas décadas se ha registrado un aumento dramático en la esperanza de vida. La principal morbilidad de este grupo poblacional son las enfermedades crónico-degenerativas, las cuales frecuentemente se acompañan de dolor. No es de extrañarse que cada vez más pacientes ancianos sean intervenidos quirúrgicamente; hasta 62% de ellos reportan dolor agudo postoperatorio (DAPPO) severo. El envejecimiento se asocia a una respuesta reducida al estímulo doloroso, fenómeno conocido como presbialgesia, lo cual se traduce en menores requerimientos analgésicos. Cuando el paciente anciano cuenta con demencia u otras alteraciones de la cognición se deberán utilizar escalas conductuales. Existen diversas condiciones fisiológicas en el anciano que lo hacen propenso a acumulación de fármacos y retraso en su eliminación. Además, existe un riesgo aumentado de interacciones farmacológicas por polifarmacia, hechos que se deberán tener en cuenta al abordar clínicamente el dolor en el paciente geriátrico. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son considerados de riesgo en ancianos frágiles por aumentar el riesgo de sangrado, sin mencionar el potencial daño en pacientes nefrópatas o con trastornos de la coagulación. El paracetamol es un analgésico noble a nivel gástrico, renal y cardiovascular. Es considerado primera línea en osteoartritis degenerativa. Se sugiere no sobrepasar dos gramos al día en ancianos frágiles. Al utilizar analgésicos opioides se sugiere iniciar con la mínima dosis analgésica y escalar lentamente en caso de que el alivio del dolor lo requiera, evitando así efectos adversos.

**ABSTRACT.** Over the last few decades the elderly population is growing by the second. Most of their illnesses are of the chronic degenerative type, many of which are very painful. Also, more and more elderly patients are requiring surgery for a number of reasons; 62% of these patients will experience severe postoperative pain. Aging is associated with presbialgesia, which is a reduced response to a noxious stimulus. When these patients have dementia or other cognitive impairment conductal scales such must be utilized. There elderly might be more sensitive to analgesic drugs due to various and unique physiological aspects. NSAIDs are considered high risk drugs in fragile elderly patients. Acetaminophen is a safe analgesic drug without many gastrointestinal, renal or cardiovascular secondary effects. Nevertheless, a fragile elderly patient should not receive more than 2 grams daily. When giving opioids, one should start with the minimum dose and titrate slowly when needed in order to avoid adverse effects.



**Palabras clave:** Dolor, agudo, dolor postoperatorio, adulto mayor, geriatría.

**Keywords:** Pain, acute pain, postoperative pain, elderly, geriatrics.

\* Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán». Ciudad de México, México.

† División de Anestesiología y Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Rehabilitación. Ciudad de México, México.

§ División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor del Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Ciudad de México, México.

¶ Departamento de Cuidados Paliativos. Centro Estatal de Cancerología de Chihuahua, Chihuahua.

**Correspondencia:**

**Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez**

Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán». Vasco de Quiroga Núm. 15, Col. Sección XVI, 14000, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México. Teléfono: (+52-55) 5487-0000.

# LA IMPORTANCIA DE CONSIDERAR A LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

*La principal causa de morbilidad en los adultos mayores son las enfermedades crónico-degenerativas, éstas son responsables del incremento en la demanda de servicios de salud, y muchas de ellas se acompañan de dolor agudo o crónico.*



# FRECUENCIA DEL DOLOR AGUDO A LA POBLACIÓN GERIÁTRICA

*El dolor agudo postoperatorio (DAPO) puede estar asociado con una enfermedad preexistente, al procedimiento quirúrgico o a una combinación de ambos*

*La presencia de DAPO en la población geriátrica incrementa la morbimortalidad asociada con la cirugía.*

*DAPO severo en intensidad durante las primeras 24 horas del postoperatorio*



## DEFINICIÓN DE ANCIANIDAD Y CLASIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa en ese rango a los mayores de 65 años

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera en ese grupo a los mayores de 60 años



*Otros autores consideran que diversas condiciones fisiológicas se modifican con la edad y han propuesto tres grupos*

grupo	edad
Anciano joven	60-75
Anciano viejo	76-80
Anciano elite	>80

# IMPACTO DEL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN EL DESENLACE

- *Presencia de múltiples síndromes geriátricos como complicaciones postoperatorias*

*El alivio del DAPO tiene un alto impacto en la calidad de vida de los enfermos (su manejo efectivo mejora las condiciones generales del paciente, facilita una recuperación más rápida y disminuye la estancia hospitalaria)*

Delirium postoperatorio

Fragilidad en el adulto mayor postoperado

Polifarmacia

Deterioro cognoscitivo y disfunción cognoscitiva

DAPO

Úlceras por presión

Inmovilidad.

Desnutrición.

Síndrome de caídas.  
Abatimiento funcional o  
desacondicionamiento

# EVALUACIÓN DEL DAPO Y OBJETIVOS DE LA ANALGESIA EN POBLACIÓN GERIÁTRICA

Objetivos de la analgesia postoperatoria en población geriátrica

*Reducir la intensidad del dolor mediante una analgesia óptima*

*Favorecer la normalización de la funcionalidad orgánica*

*Disminuir la presencia de efectos adversos*

*Prevenir y reducir la presencia de complicaciones atribuibles a la cirugía*

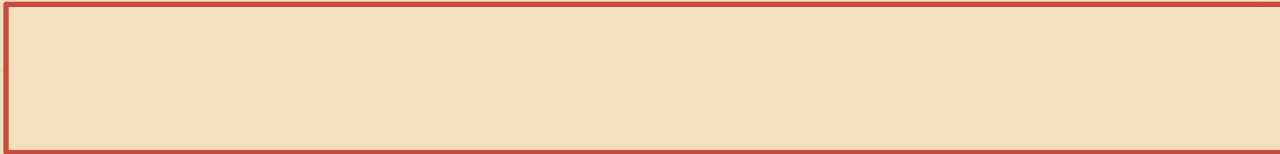
*Favorecer mejores condiciones asociadas con la vida*

*Impactar favorablemente en la satisfacción del enfermo con la atención médica*

# RETOS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL ADULTO MAYOR

*La presencia de comorbilidades incrementa el riesgo de efectos adversos o complicaciones asociadas con la analgesia*

*Los grupos médicos con frecuencia carecen del entrenamiento suficiente sobre el manejo de opioides en población geriátrica (opioidefobia)*



## La percepción del dolor por el paciente geriátrico

### *Presbialgesia*

*Dolor viscera: sensaciones nociceptivas agudas provenientes de estructuras profundas se encuentran reducidas*

*Nivel periférico los estímulos dolorosos agudos (térmicos) presentan el mismo reporte en intensidad en jóvenes y anciano*

## El autorreporte del dolor percibido

*Forma más confiable para evaluar el dolor.*

*Interrogatorio para obtener el autorreporte del dolor es el primer paso en su evaluación*

*Escalas uni- y multidimensionales siguen siendo útiles y confiables*



# EVALUACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DEL DOLOR EN GERIATRÍA

## CUALITATIVA

- La escala visual análoga (EVA) en población geriátrica.
- La escala verbal numérica o escala numérica análoga
- La escala verbal análoga
- La escala de caras modificada



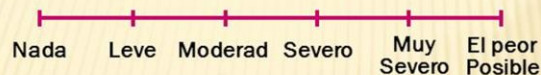
	0	1	2	3	4	5
	SIN DOLOR	DOLOR MUY LEVE	DOLOR LEVE	DOLOR MODERADO	DOLOR SEVERO	INSOPORTABLE
EQUIV. EVA	0	2	4	6	8	10

Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25:674-

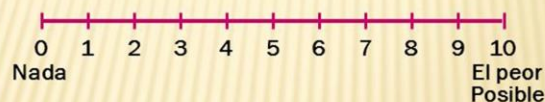
## CUANTITATIVA

- Escala funcional de dolor
- Escala verbal descriptiva
- Intensidad presente del dolor
- Evaluación global del dolor

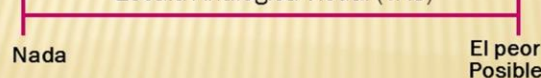
Escala Simple Descriptiva de la Intensidad del Dolor



Escala Numérica de Intensidad del Dolor 0-10

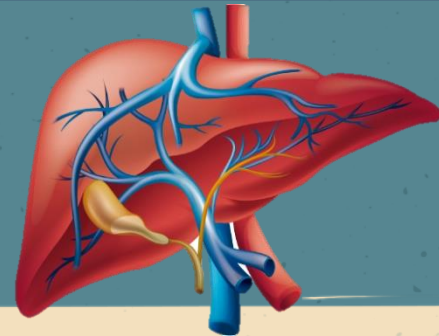
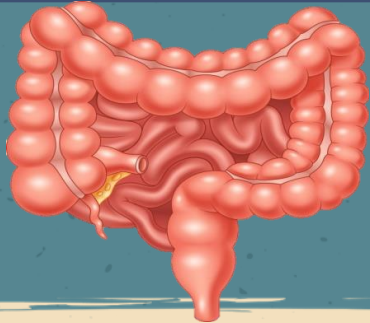


Escala Analógica Visual (VAS)



# CAMBIOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO QUE MODIFICAN LOS PROCESOS FARMACOLÓGICOS

- *Disminuye la superficie de absorción*
  - *Disminuye el flujo esplácnico*
  - *Incrementa el pH gástrico*
  - *Alteración en la movilidad intestinal*
  - *Disminuye el agua corporal total*
  - *Disminuye la masa muscular*
  - *Incrementa la masa magra*
  - *Disminuye la albúmina sérica*
- *Alteración en la unión a proteínas*
  - *Alteración en el número de receptores*
  - *Alteración en la afinidad de receptores*
  - *Disminuye la función de secreción tubular*
  - *Disminuye la tasa de filtración glomerular*
  - *Disminución del flujo sanguíneo renal*
  - *Disminución del metabolismo de fase I*
  - *Reducción del flujo sanguíneo hepático*



# CONSIDERACIONES ASOCIADAS CON LA FARMACOTERAPIA DEL DAPO

## Analgésicos no opioides

- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ya sea «selectivos» o «no selectivos» son considerados un riesgo en la supervivencia del anciano «frágil»
- Favorecer el «riesgo de sangrado» tras su administración
- Paracetamol

## Analgésicos opioides

- Disminuir las dosis de opioides debido a los cambios en el metabolismo.
- Promover la utilización de opioides bajo una vigilancia estricta y ajustes cautelosos.
- Facilitar la analgesia multimodal a fin de limitar las dosificaciones elevadas de opioides.
- Suministrar en aras de aliviar el dolor de moderado a severo en intensidad de forma eficiente.
- Individualizar los casos y monitorizar las funciones renal y hepática tomando en consideración que ambas se encuentran afectadas en el enfermo anciano y en especial en el «frágil».

- *La «analgésia controlada por el paciente» no debe limitarse en el paciente geriátrico*
- *Considerar las potenciales interacciones de los opioides con doble mecanismo de acción (antidepresivos, anticoagulantes, antibióticos).*
- *Monitorizar puntualmente los efectos adversos (neurotoxicidad, prurito, constipación, mareo, ataxia, caídas, náusea, mareo, vómito, delirium, sedación, afectación en la memoria, hipoxia, depresión respiratoria, entre otros)*



# Fuente de consulta

- Covarrubias-Gómez A, Alvarado-Pérez J, Templos-Esteban LA, et al. Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor. Rev Mex Anest. 2021;44(1):42-50. doi:10.35366/97776