

MANEJO DEL DOLOR EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS



Por: Diego Armando Hernandez Gomez

Luis Ronaldo Muñoz Tejera

Adrian Espino Perez

Alondra Casaux Garcia

Omar Pineda Gutierrez

DEFINICION

- ▶ El dolor es una experiencia única, multidimensional y subjetiva. Estas características hacen difícil su evaluación, sin embargo, la valoración del dolor es indispensable para el éxito del tratamiento y debe efectuarse antes de iniciarlo (valoración inicial), durante el tratamiento (valoración continua) y tras la aparición de nuevos síntomas y signos (evaluación de síndromes dolorosos comunes en los pacientes con cáncer).



VALORACION INICIAL

- ▶ La valoración inicial determina la localización, intensidad y etiología del dolor. Para efectuar las valoraciones iniciales se debe:
- ▶ Hacer una historia detallada.
- ▶ Determinar la contribución de los factores: físicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales.
- ▶ Realizar una valoración diagnóstica.



VALORACION INICIAL

Los clínicos deben preguntar acerca del dolor y los pacientes deben ser considerados la principal fuente de información. La valoración del dolor amerita los siguientes pasos:

- ▶ Determinar la causa del dolor.
- ▶ Medir la intensidad del dolor y otros síntomas.
- ▶ Valorar las múltiples dimensiones del dolor.
- ▶ Identificar factores de mal pronóstico en el control del dolor.



DETERMINAR LA CAUSA DEL DOLOR

La etiología del dolor se detecta a través de las características clínicas obtenidas por:

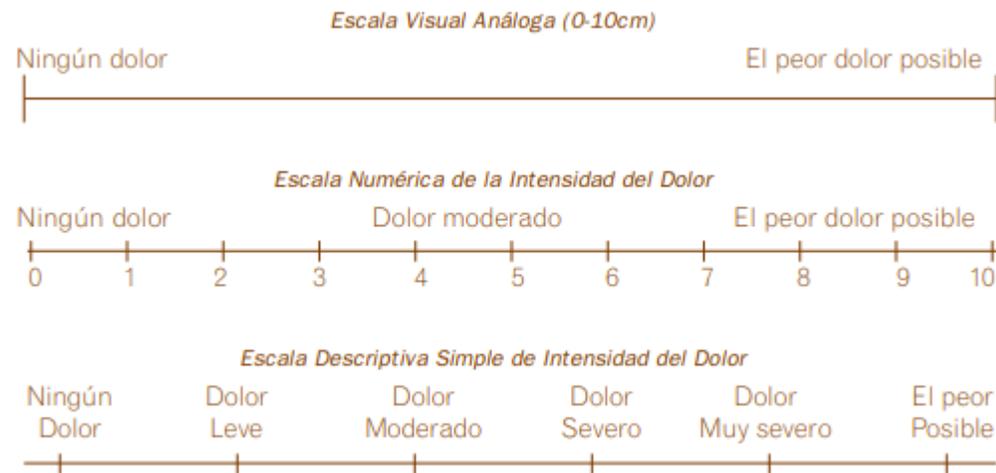
- ▶ Historia clínica
- ▶ examen físico
- ▶ exámenes complementarios.

En las 3/4 parte de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor y este puede estar provocado por el cáncer (78%), por los tratamientos de cáncer (19%) y por causas ajenas al cáncer y su tratamiento (3%).

La incidencia de los porcentajes por causa fueron detectados por la Dra. Cateryn Foley en sus enfermos. Otro estudio -realizado por el Dr. Robert Twycross- reveló que el 81% de los pacientes investigados tenían dos o más dolores distintos.

MEDIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS

Las escalas para medir la intensidad del dolor son las herramientas más prácticas y sencillas para la autoevaluación por parte del paciente. Entre las escalas más utilizadas se pueden mencionar:



MEDIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS

Las escalas visuales analógicas, además de medir el grado del dolor, se pueden emplear para medir variables subjetivas, tales como: náuseas, alivio del dolor, satisfacción del paciente.

Las escalas visuales tienden a ser menos usadas, ya que -comparadas a la evaluación VAS tradicional- propician que los pacientes sobrevaloren su dolor a través del lenguaje verbal, según se ha comprobado.

Las escalas numéricas tienen la ventaja de que las personas están familiarizadas con el concepto de una creciente estimulación y está relacionada con el aumento de la escala numérica.

REALIZAR UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- ▶ La valoración multidimensional toma en cuenta los tres componentes de la experiencia del dolor: nocicepción, percepción y expresión.
- 1. La nocicepción se refiere a los estímulos sensoriales y se origina en el sitio del cáncer. Difiere según el tipo de cáncer o localización. No puede medirse directamente.
- 2. La percepción se produce a nivel del cerebro/ sistema nervioso central y no puede medirse por estar sujeto a la modulación central (endorfinas-estimulación de las vías inhibitorias).



REALIZAR UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- ▶ La expresión es la manifestación final observada en el paciente, suscitada por las múltiples dimensiones del dolor, lo que la convierte en el objetivo principal de todas las valoraciones y tratamientos.
- ▶ Los factores que influyen en la expresión del dolor pueden ser detectados con una valoración multidimensional que considere los siguientes componentes:
 1. Factores dependientes del síndrome doloroso. En cada síndrome doloroso el dolor varía. Esta diferencia depende de varios factores: localización, duración, causa del dolor (cáncer o no cáncer), mecanismo del dolor (patológico o funcional, nociceptivo o neuropático) y del control de los síntomas asociados al dolor.



REALIZAR UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- ▶ Factores dependientes del fármaco usado. La respuesta al dolor también es modificada por factores dependientes del fármaco, tales como: dosis, tolerancia, toxicidad y respuestas individuales.
- ▶ Factores dependientes del paciente. Las condiciones fisiopatológicas, culturales y ambientales del paciente influyen en su reacción final ante el dolor. Las condiciones fisiopatológicas más observadas son: trastornos metabólicos subyacentes (deterioro renal, hipercalcemia, encefalopatía hepática), malestar psicológico significativo, pobres estrategias de manejar el estrés, adicción a drogas/alcohol, deterioro cognitivo, controversias en temas espirituales, personalidad del paciente

REALIZAR UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- ▶ Factores dependientes de la vida social del paciente. El deterioro de las relaciones sociales influye en la manifestación final del dolor. Entre los factores que debemos tomar en cuenta se encuentran: apoyo social y familiar, disfunción familiar y problemas económicos.



REALIZAR UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL

- ▶ El dolor por efecto multidimensional es lo que se conoce como dolor total, porque se toman en cuenta los factores: físicos, psicológicos, social y espiritual. El instrumento para la valoración multidimensional más utilizado es el Cuestionario del dolor de MacGill. Este cuestionario, traducido a los idiomas de mayor uso, fue creado por el Dr. Melzack. Incluye una lista de 87 descripciones de las características sensoriales del dolor del paciente y de las emociones respectivas, más un dibujo del cuerpo para que el paciente indique la ubicación del dolor, y califica su intensidad de manera general. Sin embargo, existen otros instrumentos que pueden ser utilizados según el caso.



EVALUACIÓN CONTÍNUA

- ▶ La evaluación del dolor y la eficacia del tratamiento deben ser continuas y requieren los siguientes pasos:
- ▶ 1.-El dolor debe ser evaluado y documentado.
- ▶ 2.- La valoración debe efectuarse a intervalos regulares después de iniciar el tratamiento y a partir de cada informe nuevo del dolor.
- ▶ 3.- Los pacientes deben ser instruidos para informar sobre algún cambio en las características del dolor y para permitir así una reevaluación apropiada y la consiguiente modificación en el tratamiento.



EVALUACIÓN DE LOS SÍNDROMES DOLOROSOS COMUNES EN CÁNCER

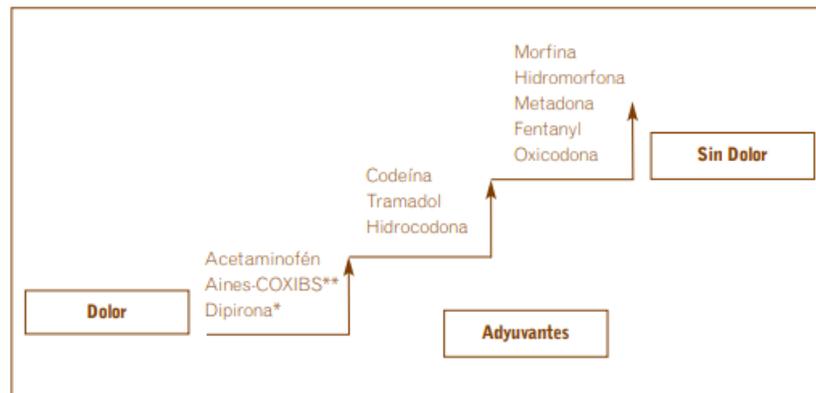
Los síndromes dolorosos más frecuentes son:

- ▶ metástasis óseas
- ▶ metástasis epidural (compresión medular)
- ▶ metástasis craneales
- ▶ Plexopatías
- ▶ neuropatías periféricas
- ▶ neuralgias agudas y postherpéticas
- ▶ dolor abdominal (compresión u obstrucción visceral).

ANALGESIA OPIOIDE EN DOLOR POR CÁNCER

- ▶ La utilización de la escalera analgésica continúa siendo la clave para un adecuado tratamiento del dolor por cáncer. Las principales ventajas de este método son la simplicidad y eficacia. El análisis de los resultados satisfactorios obtenidos en la inmensa mayoría de pacientes se debe a un desarrollo de la escalera analgésica a cargo de enfermeras y médicos- con especial atención a los detalles. El procedimiento consiste en asociar AINES a opioides por vía oral de acuerdo a un horario determinado para cada paciente y en titular constantemente la dosis versus el efecto.

G1_Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud



* De amplia utilización en América Latina

** Aprobación FDA para dolor crónico

PRIMER PELDAÑO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA (ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS)

- ▶ indican preferentemente para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Desde un punto de vista práctico, los AINES ven limitada su utilización por la gastropatía y nefropatía asociadas con su uso prolongado (en mayores de 65 años, en historias de úlcera y en uso concomitante de corticoides). Una utilización más racional podría incluir su formulación en el tratamiento del dolor incidental.

SEGUNDO PELDAÑO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA (OPIOIDES DÉBILES)

- ▶ Los fármacos disponibles son codeína hidrocodona y tramadol. Los opioides de este nivel están indicados en pacientes con dolores de leves a moderados, no tolerantes a los opioides y, en general, por cortos períodos antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes.
- ▶ Desde un punto de vista práctico, se pueden utilizar hasta alcanzar dosis de 400 mg diarios de codeína oral y alrededor de 500 mg diarios de tramadol oral o parenteral.

Principios del tratamiento farmacológico del dolor por cáncer

- + Fármaco de acuerdo al tipo de dolor: *opioides débiles vs. fuertes*
- + Dosis de rescate: *10% de la dosis en 24 horas*
- + Anticipación de efectos secundarios: *sedación inicial, estreñimiento crónico*
- + Aprovechamiento de sinergismo: *aines + opioides + bloqueadores NMDA*
- + Individualización: *titular de "abajo hacia arriba"*
- + Enfermedades generales: *insuficiencia hepática y renal*
- + Evaluación frecuente: *2 veces al día en pacientes hospitalizados*
- + Creer en la evaluación del paciente

TERCER PELDAÑO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA (OPIOIDES FUERTES)

- ▶ Frecuentemente se dispone de cuatro fármacos para el dolor de moderado a severo: morfina, hidromorfona, metadona y fentanilo. Tradicionalmente la morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos

TERCER PELDAÑO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA (OPIOIDES FUERTES)

- ▶ Durante los primeros dos días de titulación se presentarán los reajustes de dosis más importantes, hasta encontrar los requerimientos analgésicos del paciente. Para esto es importante la evaluación diaria en la intensidad del dolor y la contabilización de las dosis de rescate. Las mismas consideraciones son válidas para la oxicodona e hidromorfona de liberación inmediata. La metadona puede considerarse como primera línea de tratamiento en pacientes con insuficiencia renal o hepática o como alternativa en pacientes con gran tolerancia farmacológica a otros opioides, o en pacientes en quienes el temor a la adicción continúe siendo una barrera a pesar de una adecuada educación.

TERCER PELDAÑO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA (OPIOIDES FUERTES)

- ▶ A diferencia de la morfina, el periodo de titulación tiende a ser más prolongado debido a su larga vida de eliminación, requiriendo evaluación y reajustes continuos en el curso de la primera semana. Especial precaución debe prestarse con los pacientes que jamás han recibido opioides, sobre todo en el curso de los primeros tres días de tratamiento por la posibilidad de efectos secundarios (sedación, náusea, vómito). La hidromorfona constituye una alternativa práctica para la administración parenteral de opioides o en los casos de rotación en pacientes con pobre respuesta a la morfina o altos requerimientos de la misma.

TERCER PELDAÑO DE LA ESCALERA ANALGÉSICA (OPIOIDES FUERTES)

- ▶ Las dosis de rescate utilizan el mismo opioide que se usa regularmente –aun en el caso de la metadona que proporciona niveles séricos altos, adecuados para el dolor incidental– en el curso de los siguientes 20 minutos posteriores a su administración.

	Dosis* Inicial	Número de dosis/día
MORFINA	5-15 mg	X 4
METADONA	5-10 mg	X 2
OXICODONA	5-20 mg	X 4
HIDROMORFONA	1-2 mg	X 4

** Tres rescates o más en 24 horas implica incremento de dosis*

● **CONCLUSIONES**

Los agonistas opioides por vía oral continúan siendo la piedra angular para el tratamiento del dolor por cáncer. La combinación con AINES —como los nuevos inhibidores de la ciclooxigenasa 2 puede ser beneficiosa cuando se demuestre un menor perfil de toxicidad, al igual que la utilización de los bloqueadores de los receptores NMDA en pacientes tolerantes y de los nuevos y más selectivos alfa 2 agonistas. La utilización de procedimientos intervencionistas de eficacia comprobada pueden ser una alternativa adecuada frente a una limitada disponibilidad de opioides. El tratamiento oportuno de los efectos secundarios es un prerrequisito para una analgesia opioide exitosa.

Errores y/o efectos secundarios más frecuentes

Náusea y vómito

Estreñimiento

Sedación

Analgesia inadecuada

Mala información

Tratamiento

Antieméticos inicialmente

Laxantes crónicamente

↓ dosis, ↑ intervalo, metilfenidato

Reajuste de dosis / dosis de rescate

Iniciar con educación a la familia

BIBLIOGRAFIA

