



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

EQUIPO 2.

Integrantes:

Andrés Alonso Cancino Garcia

Nymssi Michell González Requena

Michelle Junuem Maldonado Hernández

Karen Paola Morales Morales

DOLOR

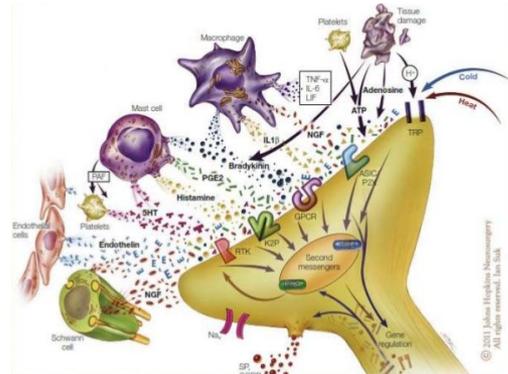
Introducción

El dolor es la principal causa de consulta médica.
El costo económico del dolor es brutal.

Existen cuatro procesos básicos de la nocicepción: Transducción, conducción, modulación y percepción, en cada una de ellas se puede tratar el dolor.

Ante un estímulo nocivo o daño tisular, se libera una serie de neurotransmisores que se conocen en conjunto como “sopa inflamatoria” que son sustancias responsables de producir dolor.

Esto es lo que lo hace al dolor un fenómeno tan complejo, personal e intransferible. El dolor es parte de nuestras vidas desde el momento mismo que nacemos, incluso antes.

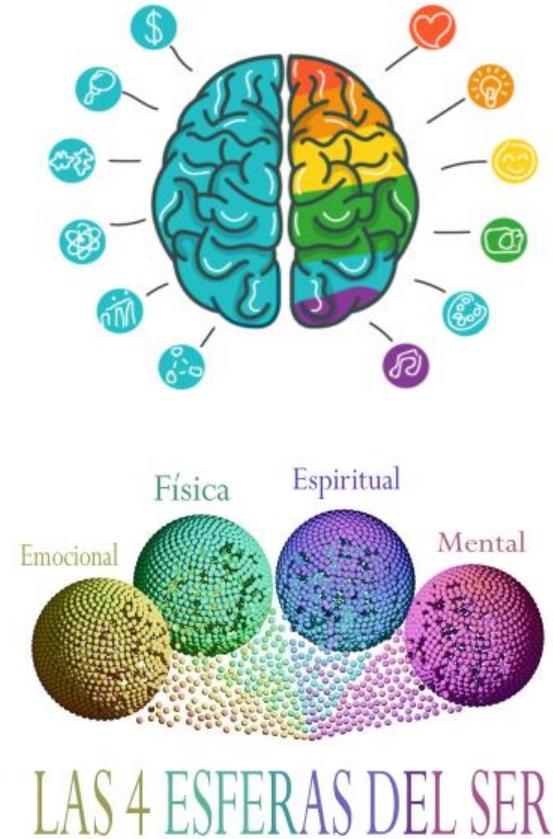


DOLOR

Introducción

El dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño”.

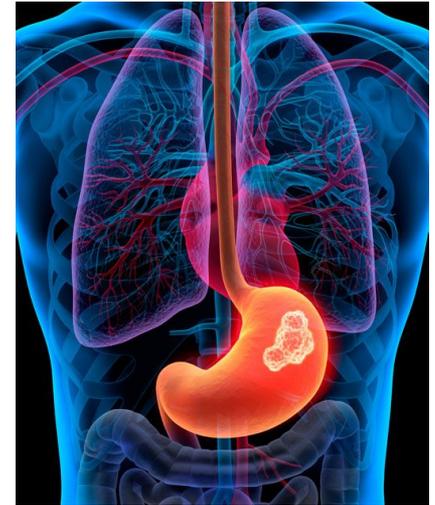
Es un síntoma subjetivo, único para cada persona y momento, modula o puede ser modulado por distintas emociones, comportamientos o fenómenos externos, y afecta a una o varias esferas personales (física, psicológica, social o espiritual).



DOLOR

Origen del dolor

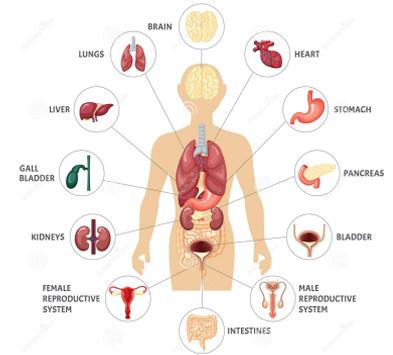
- ❑ Dolor producido por la enfermedad: infiltración del tumor en órganos y estructuras nerviosas. El más frecuente.
- ❑ Dolor asociado a la enfermedad: por aumento del catabolismo, pérdida muscular, encamamiento.
- ❑ Dolor asociado al tratamiento: cirugía, efectos secundarios de tratamientos como quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia.
- ❑ Dolor independiente de la enfermedad: relacionado con comorbilidades previas o de nueva aparición en el paciente.



DOLOR

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

- ❑ Localización: región anatómica donde se localiza del dolor.
- ❑ Cronología: Agudo (menos de 6 meses), crónico (más de 6 meses), episódico.
- ❑ Curso:
 - ★ Continuo o basal: aumentando o disminuyendo, sin llegar a desaparecer.
 - ★ Irruptivo: exacerbación aguda transitoria, con o sin desencadenante, de 15-30 minutos de duración, número variable de crisis diarias, con dolor de base controlado.



DOLOR

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

Tipo:

- Nociceptivo:
 - Somático: origen en estructuras somáticas superficiales o profundas. Localizado y producido por estímulos mecánicos, térmicos o químicos.
 - Visceral: originado en receptores de vísceras. Vago e impreciso, se manifiesta a distancia de la lesión.
- Neuropático: lesión directa de estructuras nerviosas. Descrito como sensación desagradable, quemante, punzante.
- Mixto: combinación de más de un tipo de dolor.



DOLOR

La evaluación del dolor incluye:

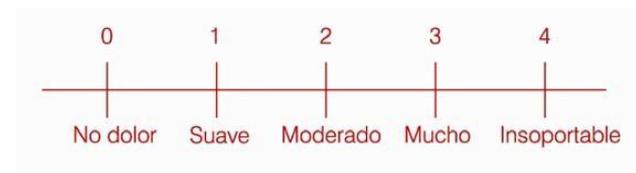
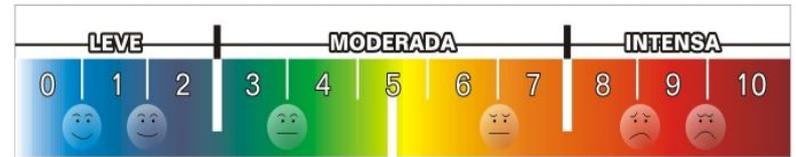
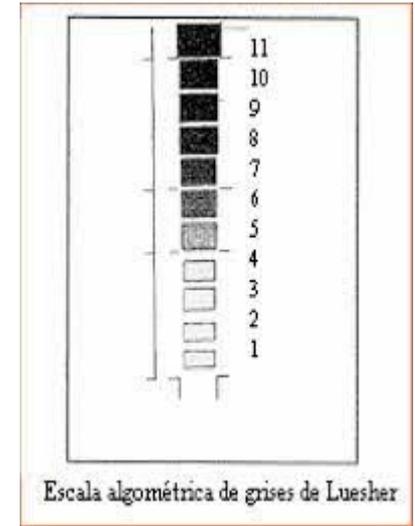
- Anamnesis:
Antecedentes, comorbilidades, tratamientos actuales, síntomas que acompañan al dolor (desencadenantes, agravantes y atenuantes).
- Escalas para la evaluación del dolor:
Unidimensionales y Multidimensionales.
- Dolor total: explorar no solo síntomas físicos, también psicológicos, sociales y espirituales.
- Exploración física completa.
- Pruebas complementarias diagnósticas.



DOLOR

Unidimensionales

- Escala descriptiva simple: escala verbal; clasifica el dolor en 4, 5 o más categorías (insoportable, intenso, moderado, leve o ausente). Permite confrontar el alivio producido por el tratamiento.
- Escala analógica visual (EVA): El paciente anota en la línea el grado de dolor.
- Expresiones faciales.
- Escala de grises de Luesher.
- Escala luminosa analógica (Nayman).
- Termómetro de dolor de Iowa.



DOLOR

Multidimensionales

- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): explora dolor, astenia, anorexia, ansiedad, depresión, náuseas, bienestar global, somnolencia y disnea.
- Support Team Assessment Schedule (STAS): explora síntomas físicos, psicológicos, espirituales y sociales.
- Palliative Outcome Scale: correlación con escalas de evaluación funcional y calidad de vida.
- Cuestionario de dolor de McGill: mide la capacidad afectiva, sensitiva y cognitiva.
- Brief Pain Inventory: mide parámetros de dolor que interfieren con la capacidad funcional.

Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton

ESAS-r (es)

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

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 puedan 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
Duerdo 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 <u> </u> Otro problema (por ej., sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

DOLOR

FÁRMACOS DEL PRIMER ESCALÓN			
Medicamento	Dosis	Dosis max./día	Vía 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.
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
Celecoxib	200 mg / 12 h	400 mg	v.o.

DOLOR

FÁRMACOS DEL SEGUNDO ESCALÓN

Medicamento	Dosis	Dosis máx. / día	Vías de admin.	Observaciones
Codeína	30-60 mg / 4-6 h	240 mg	v.o.	<p>Acción antitusiva. Ocasiona estreñimiento importante. Disminuir la dosis 25-50 % en insuficiencia hepática y renal.</p> <p>No utilizar en EPOC, asma o depresión respiratoria.</p>
Tramadol	50-100 mg / 6 h	400 mg	v.o.,s.c., i.v., i.m.	<p>Eficacia ligeramente superior a la codeína y 5-10 veces menor que la morfina.</p> <p>Disminuye el umbral convulsivo. Disminuir la dosis un 50 % en ancianos.</p> <p>No utilizar en IRG.</p>

DOLOR

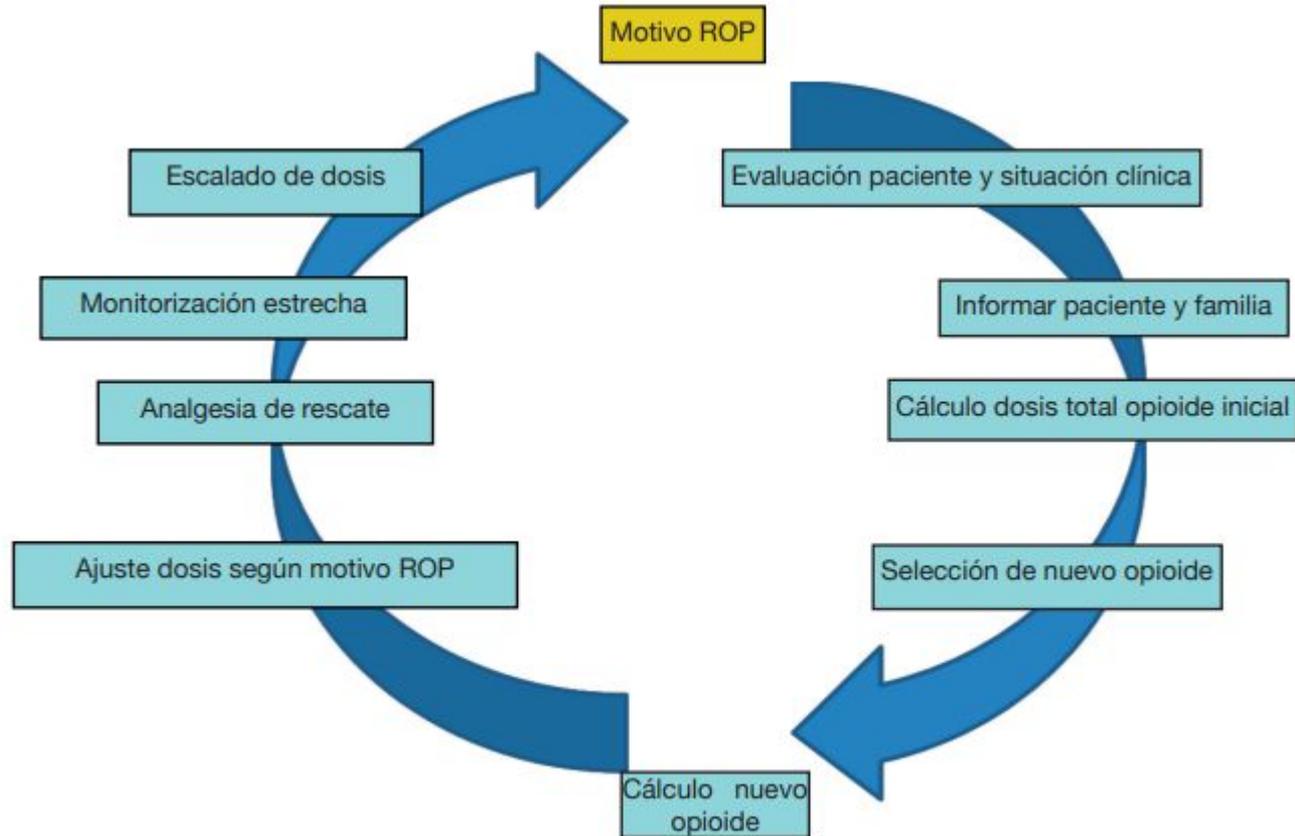
FÁRMACOS DEL TERCER ESCALÓN

Medicamento	Presentaciones	Pauta
Morfina	<p>Morfina oral – subcutánea: 2:1 (40 - 20 mg).</p> <p>Morfina oral – intravenosa: 3:1 (40mg-13'3 mg).</p> <p>Morfina intravenosa – subcutánea: 1:1'5 (40mg-60mg).</p> <p>-Retardada o controlada: v.o.</p> <p>-Normal o rápida (NLM): v.o.</p> <p>-Inmediata: i.v. / s.c.</p>	<p>Inicio: Pacientes sin exposición previa a opiáceos, ancianos o insuficiencia renal, pacientes tratados previamente con opioides de segundo escalón, rescates.</p> <p>Titulación: Reevaluar tras 48-72 h. Más de 3 rescates, aumentar la dosis de MLC (30-50 %), o sumar a la dosis total diaria las dosis de rescate de las 24 h previas, hasta tener controlado el dolor basal. Dejar siempre dosis de rescate (10 % de la dosis total).</p>
Oxicodona	<p>Liberación prolongada: v.o.</p> <p>Liberación normal: v.o., i.v., s.c.</p>	<p>Comenzar con OLC 10-20 mg / 12 h. Se recomienda usarlo asociado a naloxona, u OLN 5 mg / 4 h.</p> <p>Rescates de OLN o su equivalente en morfina. 1/6 de la dosis total diaria.</p> <p>En insuficiencia renal o hepática, a dosis a 1/2 o 1/3.</p>

DOLOR

FÁRMACOS DEL TERCER ESCALÓN		
Medicamento	Presentaciones	Pauta
Buprenorfina	Liberación controlada: transdérmico (parche). Liberación rápida: i.v., i.m., s.l.	Iniciar con la dosis más baja. Precisa control adicional de la analgesia las primeras 24-48 h. Pautar dosis de rescate con 0,2 mg.
Hidromorfona	Liberación prolongada: v.o. Liberación rápida: v.o., i.v.	Iniciar con dosis de 4-8 mg / 12 h. Ajustar en insuficiencia hepática y renal moderada.

DOLOR



DOLOR

FÁRMACOS COADYUDANTES

Medicamento	Indicaciones	Principios activos
Antidepresivos	Su principal indicación es el dolor neuropático, antidepresiva y dolor-depresion (mejora la actividad del paciente)	Amitriptilina: es el más ampliamente utilizado. (10-25 mg) (máx: 100- 150 mg / día) Clomipramina, Doxepina y Duloxetina: 30-60 mg / día.
Anticonvulsivantes	Indicado en dolor oncológico neuropático.	Gabapentina: (300 mg / 24 h) (max: 3600 mg) Clonasen: (0,5 – 1 mg por la noche) También Fenitoína, Ácido valproico, Carbamacepina.

DOLOR

FÁRMACOS COADYUDANTES

Medicamento	Indicaciones	Principios activos
Neurolépticos ansiolíticos	y Los neurolépticos para náuseas y vómitos debidos a los opioides. Las benzodiacepinas se utilizan cuando el dolor se acompaña de un componente ansioso.	Levomepromacina: (25 – 100 mg / día) Haloperidol: 1,5 – 5 mg / día Clorpromacina: 30-100 mg / día.
Corticoides	Efecto analgésico debido a su acción antiinflamatoria. Indicado en el dolor (metástasis óseas, hipertensión intracraneal, tumores de la cara o el cuello, compresión medular o nerviosa y hepatomegalia.	Prednisona, Metilprednisolona y Dexametasona: 8-40 mg / 24 h.

DOLOR

INTERVENCIONISMO

Se estima que el 10% de los pacientes con dolor crónico se pudiera ver beneficiado por algún tipo de intervencionismo (bloqueos antiinflamatorios y a procedimientos neurolíticos)

- ❑ Bloqueos son: antiinflamatorios intraarticulares, epidurales, de nervio periférico, de ganglio de Gasser.
- ❑ Neurólisis son con: radiofrecuencia, con fenol, con alcohol o criablación a nivel facetario, ganglio de Gaasser, nervio periférico y a diferentes niveles de la cadena ganglionar simpática, desde ganglio estrellado hasta ganglio impar.

Se usa mucho en conducto espinal estrecho, neuralgia del trigémino, dolor por cáncer, dolor facetario cervical o lumbar y osteoartrosis de diversas articulaciones.



DOLOR

FISIOTERAPIA/REHABILITACIÓN

Es fundamental en el manejo del dolor crónico músculoesquelético.

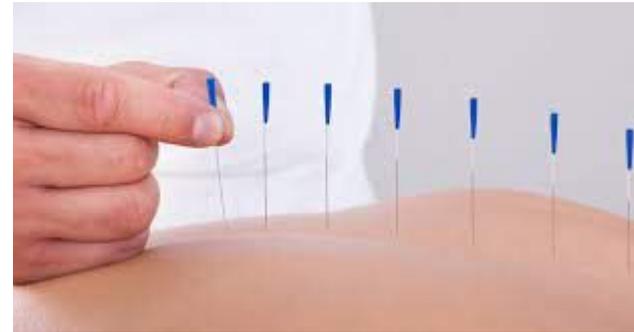
- Nosotros podemos apoyar al paciente con medidas farmacológicas o intervencionistas, pero si el paciente no se rehabilita, seguramente el alivio tendrá corta duración.
- Medidas físicas como calor o frío local, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y los masajes son terapias que se emplean en fisioterapia y que se pueden aplicar en casa con facilidad.



FISIOTERAPIA/REHABILITACIÓN

- La acupuntura por su parte tiene sustento en varios artículos médicos, así que si el paciente es partidario de estas técnicas no debemos de desalentarlas.
- También están bien sustentadas técnicas psicológicas de relajación; y principalmente la terapia cognitiva conductual y el biofeedback.

Son altamente recomendables en aquellos pacientes en quienes detectamos algún trasfondo emocional.



Bibliografía

Torcal Baza, M. y Ventoso Morab, S. (2020). Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Revista clínica médica familiar. Vol. 13(3). pp. 203-211.

Garcia, J. (2017). Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en Mexico. Vol. 29: (Supl. No.1). pp. 77-85.

Manejo básico del dolor agudo y crónico

¹Jorge García-Andreu. ²Médico Anestesiólogo-Algólogo, Hospital Ángeles. Querétaro, Qro. México.

jgaaan1968@yahoo.com.mx

Resumen

El dolor es la principal causa de consulta médica. El costo económico del dolor es brutal. Tan solo en Estados Unidos, en el 2010, se estiman costos totales entre \$560 y \$635 billones de dólares. Existen cuatro procesos básicos de la nocicepción: Transducción, conducción, modulación y percepción, en cada una de ellas se puede tratar el dolor.

Ante un estímulo nocivo o daño tisular, se libera una serie de neurotransmisores que se conocen en conjunto como "sopa inflamatoria" que son sustancias responsables de producir dolor.

Las señales nociceptivas después de llegar a la médula espinal, viajan por los tractos espinotalmicos hasta llegar a tálamo y otros núcleos del sistema límbico, donde se ven implicadas las respuestas emocionales y se pueden modular por una serie de mecanismos emocionales, para finalmente llegar a la corteza somatosensorial, donde finalmente se integra el fenómeno como dolor.

El tratamiento del dolor incluye los AINES COX1 y COX2. Estos últimos han demostrado ser aproximadamente diez veces más seguros a nivel gastrointestinal que los AINE no selectivos. Los AINES, los opioides débiles y los opioides fuertes son ampliamente utilizados en dolor agudo postoperatorio. En dolor por cáncer su uso está bien fundamentado. Para el dolor neuropático existen medicamentos como los

neuromoduladores, que son medicamentos anti-depresivos y anticonvulsivantes, que han demostrado ser muy útiles en este tipo de dolor. Se estima que el 10% de los pacientes con dolor crónico se ven beneficiado por algún tipo de intervencionismo.

Palabras clave. Manejo básico del dolor, dolor agudo y crónico, intervencionismo.

Abstract

Pain is the leading cause of medical consultation. The economic cost of the pain is "brutal". Only in the United States, in 2010, the total cost is estimated between \$560 and \$635 billion. There are four basic processes of nociception: transduction, transmission, modulation and perception, in each of which the pain can be treated. Faced with a noxious stimulus or tissue damage, a number of neurotransmitters is released that is known collectively as "inflammatory soup" and it is responsible for producing pain.

Nociceptive signals after reaching the spinal cord, will travel by spinothalamic tracts to thalamus and other nuclei of the limbic system, where emotional responses will be involved and be modulated by a series of emotions, finally arriving to the somatosensory cortex, where they finally join as pain. Treatment of pain includes the NSAIDs COX1 and COX2. The latter proved to be approximately ten times safer at gastrointestinal level than the NSAID nonselective. Strong and weak opioids and NSAIDs are widely used in acute postoperative pain. Cancer pain is well

ARTÍCULO ESPECIAL

Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos

Marta Torcal Baz¹ y Sagrario Ana Ventoso Mora²

¹Médico de Familia. Máster en Cuidados Paliativos. Unidad de Cuidados Paliativos. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas / Manzanares (Ciudad Real), España.
²Médico 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@grmail.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".

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).

La prevalencia del dolor oncológico varía en función del estado de la enfermedad, estimándose una prevalencia del 24-30 % en estadios iniciales, y hasta un 60-90 % en enfermedad avanzada¹.

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...
- 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 %), pero a tener en cuenta.

CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Existen diferentes clasificaciones del dolor en función de su localización, cronología, curso y tipo de dolor²:

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NonComercial-SinDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).

