



**Mi Universidad**

## Ensayo

**Nombre del Alumno:** MARIA DEL PILAR CASTRO PÉREZ

**Nombre del tema:** DOLOR EN EL PX. TERMINAL

**Parcial:** 2DO PARCIAL

**Nombre de la Materia:** MEDICINA PALIATIVA

**Nombre del profesor:** DR. MANUEL EDUARDO LÓPEZ GÓMEZ

**Nombre de la Licenciatura:** MEDICINA HUMANA

**6TO SEMESTRE**



Referencias:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462008000500005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000500005)

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-manejo-del-dolor-el-paciente-13066287>

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2011/11/MEDICINA%20PALIATIVA%20baja.pdf>

En cuidados paliativos se objetiva los cuidados que ayudan a las personas con enfermedades graves o terminales a sentirse mejor al prevenir o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo, nos encontraremos varias situaciones, entre ellas en los pacientes con cuidados paliativos como el enfermo terminal, tendrá la presencia de ciertas manifestaciones clínicas que nos darán importante preocupación o datos específicos del tratamiento o avance de la enfermedad. Uno de estos síntomas y de los mas comunes y por lo que el px. asistirá al área de cuidados paliativos es el DOLOR.

El dolor es definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) como “una experiencia sensorial y emocional displacentera asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrita en tales términos”. Es el síntoma que con mayor frecuencia experimentan los pacientes en cuidados paliativos, y además es el más temido.

El dolor es clasificado según su mecanismo neurofisiológico en nociceptivo (el que a su vez se divide en somático y visceral), neuropático y mantenido por el simpático, cada uno de los cuales requiere tratamiento específico. La mayoría de las veces encontramos estos mecanismos mezclados en los pacientes, especialmente en los casos de enfermedad avanzada.

El dolor nociceptivo se debe a la estimulación por una noxa de fibras C o A $\delta$  periféricas (neuronas nociceptivas periféricas) de umbral alto mediante estímulos mecánicos, térmicos o químicos supraumbral, con la consiguiente transducción, transmisión y modulación a través de las vías nociceptivas, para finalmente hacernos conscientes del estímulo y experimentar dolor. Codifica localización, intensidad y duración de un estímulo nociceptivo, y cede en cuanto desaparece el estímulo. Dependiendo de la estructura estimulada se clasifica como somático (básicamente partes blandas, tejido óseo y articulaciones) y visceral (órganos torácicos y abdominales). Sus características clínicas son diferentes. El dolor somático está circunscrito a la zona de la injuria y es fácilmente localizable por quien lo padece. El dolor visceral, en cambio, es difuso y difícilmente localizable, habitualmente descrito como cólico u opresivo. No es evocado por todas las

vísceras y no necesariamente está relacionado con una injuria, puede ser referido a otra zona distante de la afectada (dolor referido) y se acompaña de reflejos autonómicos y motores.

El dolor inflamatorio está caracterizado por un aumento de la sensibilidad como consecuencia de una lesión tisular e inflamación. Es consecuencia de la liberación de mediadores de inflamación que disminuyen el umbral de neuronas nociceptivas.

El dolor neuropático es aquel producido por una lesión primaria o una alteración funcional del sistema nervioso en cualquiera de sus porciones: central o periférico. s. Clínicamente se caracteriza por parestesias y sensación de descarga eléctrica. Además, puede existir alodinia (dolor ante estímulos habitualmente no dolorosos, por ejemplo, el tacto), aunque este último hallazgo puede encontrarse también en algunos casos de dolor somático.

El dolor mantenido por el simpático es por definición aquel que se alivia con la interrupción farmacológica o quirúrgica del sistema nervioso simpático. Un gran número de entidades clínicas ha sido relacionado con este mecanismo.

Por otro lado, la evolución del dolor en estos pacientes el curso de las enfermedades crónicas generalmente es predecible y las complicaciones más frecuentes son conocidas. El dolor es muy frecuente en pacientes con cáncer, apareciendo hasta en el 75%-90% de los pacientes.

La evaluación del dolor, suele ser indispensable evaluar la intensidad del dolor, tanto para decidir el mejor tratamiento como para determinar la efectividad de una terapia. Actualmente se utilizan escalas subjetivas de medición de dolor ajustadas a la edad del enfermo, debido a diferencias en la capacidad de abstracción y verbalización del dolor entre distintos grupos etarios.

Escala visual análoga (EVA): Este instrumento permite evaluar la intensidad del dolor y el grado de alivio experimentado. Pese a todas las limitaciones impuestas por las características del método, es el instrumento más específico y sensible con el que se cuenta en el control rutinario al lado de la cama del paciente. Al enfermo se le muestra el anverso de una "regla" en que uno de los extremos simboliza la

ausencia de dolor y el otro, la máxima intensidad imaginable del mismo. Él debe señalar con un cursor o con el dedo, el punto de la línea que representa la intensidad de su dolor.

La escala visual análoga: debe ser presentada al enfermo de la misma forma durante las evaluaciones sucesivas: sin mostrarle la escala numérica (de lo contrario se estaría aplicando una escala numérica de medición del dolor), horizontal o verticalmente, refiriendo el extremo mínimo a la “ausencia de dolor” y el máximo al “dolor máximo imaginable”, presentando el cursor en el mismo punto (al inicio o al medio) en cada control.

Cuando se desea evaluar la respuesta a una terapia, se puede hacer comparando la variación de los registros de intensidad de dolor o se opta por una medición del alivio. Para esto se debe referir el punto de máximo dolor que se experimentaba antes de administrar el analgésico.

Ahora bien, para el tratamiento se ha incluido una tabla o escalón para valorar el tratamiento de elección a intensidad. En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la “escalera analgésica” con el objetivo de normar el uso de analgésicos sobre una base racional. Encontramos los siguientes grupos: Primer escalón. Incluidos en este grupo están: antiinflamatorios, metamizol y paracetamol. Segundo escalón. Sumamos a los analgésicos del primer escalón, los opioides comúnmente llamados débiles o menores. Habitualmente se usa tramadol o codeína. Tercer escalón. Se utilizan los analgésicos del primer escalón, más los llamados opioides mayores: morfina, metadona, oxycodona, fentanyl o buprenorfina.

En el manejo multimodal del dolor por cáncer, se ha utilizado durante años el esquema de la escala analgésica preconizado por la Organización Mundial de la Salud. Ella permite racionalizar la administración de analgésicos en función de los mecanismos fisiopatológicos del dolor, su intensidad y la respuesta clínica.

Según la escala, en el primer escalón se usa un AINE y cuando éste no controle el dolor se añade un opiáceo débil (segundo escalón). Cuando esta combinación deja

de ser efectiva el opiáceo débil es remplazado por uno potente (tercer escalón), manteniendo el tratamiento del primer escalón. No se recomienda utilizar dos analgésicos del mismo grupo simultáneamente.

Los analgésicos adyuvantes son medicamentos que alivian el dolor, pero no se consideran analgésicos en sentido estricto (carbamecepina, gabapentina, amitriptilina, corticoides, benzodiazepinas, neurolépticos); pueden ser útiles en cualquier escalón si el tipo de dolor lo precisa.

Farmacología básica de los antiinflamatorios no esteroideos

Los AINE comparten acciones terapéuticas (analgésica, antiinflamatoria y antipirética) pero se diferencian en su eficacia y toxicidad relativas

El paracetamol a dosis de 1.000 mg/6 horas, es el tratamiento de elección en el dolor leve-moderado sin componente inflamatorio importante. El ibuprofeno a dosis analgésica (600 mg/6-8 horas) parece el AINE menos gastrolesivo y es una buena alternativa al paracetamol.

Es aconsejable utilizar los más conocidos y aquellos que llevan más años en el mercado ya que se conocerá mejor su perfil de seguridad (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, etc.).

Producen su efecto actuando a nivel periférico, y por lo tanto, la asociación con opiáceos, que actúan a nivel central, permite un mejor control del dolor.

Los AINE tienen techo analgésico; esto implica que una vez alcanzada la dosis máxima recomendada incrementos sucesivos de la dosis no producen mayor analgesia y sí aumentan la toxicidad.

No deben utilizarse dos AINE simultáneamente; no se consigue mayor eficacia analgésica y sin embargo la probabilidad de producir efectos secundarios es mayor.

Farmacología básica de los opiáceos

## Opiáceos débiles

La codeína puede considerarse de elección. Ejerce su efecto analgésico al unirse a los receptores MU, aunque lo hace con baja afinidad.

El tramadol no ha demostrado ventajas evidentes frente a otros opiáceos. Todavía está por establecerse la eficacia del tramadol en el manejo del dolor crónico a largo plazo.

El dextropropoxifeno no aporta ventajas, se transforma en un metabolito activo que favorece la aparición de efectos secundarios indeseables. Su uso sólo está indicado como alternativa a la codeína y tramadol cuando éstas no se toleran bien.

## Opiáceos potentes

Son los analgésicos más potentes que se conocen. Su acción farmacológica va a depender de la estimulación de receptores (MU, KAPPA, SIGMA) situados fundamentalmente en el sistema nervioso central (SNC). Los opiáceos potentes se clasifican en cuatro grupos según su acción sobre los receptores:

Agonistas puros (morfina, metadona, fentanilo, meperidina o petidina). Tienen afinidad y actividad altas sobre los receptores MU. Prácticamente no tienen techo analgésico. Son los medicamentos de elección en el tratamiento del dolor.

Agonistas parciales (buprenorfina). Menor potencia analgésica que los agonistas puros. Tienen techo analgésico.

Agonista-antagonistas (pentazocina). Gran riesgo de provocar disforia, cuadros psicomotores y alucinaciones. No indicados en el manejo del dolor crónico.

Antagonistas puros (naloxona, naltrexona). Son el tratamiento de elección en la intoxicación por opiáceos.

La vía de administración de elección (por eficacia y comodidad) es la oral, siendo la transdérmica, rectal y subcutánea las alternativas en pacientes que no tienen disponible la vía oral, Las vías intravenosa o epidural quedarían para casos especiales (menos del 10%).

La morfina es el opiáceo de referencia. La metadona tiene potente acción analgésica a dosis prácticamente equivalentes a la morfina. Parece ser más eficaz que la morfina en el manejo del dolor neuropático.

El fentanilo aporta la posibilidad de ser administrado por vía transdérmica a intervalos de hasta 72 horas. Suele precisar dosis extras para tratar "picos de dolor". No están bien definidas las equivalencias. Asimismo, necesita que la piel de los pacientes esté en buenas condiciones para su correcta administración.

La meperidina tiene un metabolito (normeperidina) que puede acumularse provocando hiperexcitabilidad del SNC. No está recomendada en el tratamiento del dolor crónico de cualquier etiología.

La buprenorfina puede ser utilizada por vía transdérmica, además puede presentar acción antagonista a dosis altas, lo que obliga a utilizarla con precaución. La utilidad de la buprenorfina en el tratamiento del dolor en el cáncer es limitada.

La pentazocina, por su acción sobre los receptores SIGMA produce disforia y alteraciones psicomiméticas. No es un fármaco indicado en el dolor crónico.

La experiencia del dolor incluye la reacción emocional del paciente a él, que depende de muchos factores, entre ellos las experiencias anteriores del sujeto con el dolor y su significado, la presión emocional y la influencia familiar y cultural.

El dolor intenso crónico debe tratarse en forma continua. Para el dolor constante es posible administrar un analgésico de acción prolongada durante todo el día, aunado a un fármaco de acción corta, según se requiera, para el dolor "intercurrente". En la medida de lo posible se prefiere la administración PO porque es la más fácil de

suministrar en el hogar, no es dolorosa y no impone riesgos, como el contacto con agujas.

Al acercarse el final de la vida, se utilizan frecuentemente las vías de administración rectal, transdérmica, subcutánea e intravenosa; cuando es necesaria, se usa la administración intratecal (intrarraquídea) (pocas veces). Con la analgesia controlada por el paciente (PCA; patient-controlled analgesia) de fármacos intravenosos se logra erradicar o aplacar el dolor con mayor rapidez y con dosis menores del fármaco, y sus principios han sido adaptados a la administración por vía oral.

En conclusión, El dolor oncológico Terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable, a pesar de los avances en los últimos diez años en torno al dolor las cifras que manejamos siguen siendo inaceptables: hasta el 30% de los pacientes tienen dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad oncológica. La introducción de las unidades del dolor y de los cuidados paliativos en la cartera de servicios de la mayoría de hospitales ha supuesto un importante paso adelante si bien no es suficiente para abarcar todas las necesidades de este colectivo de pacientes y familiares. No cabe duda que el abordaje del dolor oncológico avanzado incluso refractario constituye un reto, no tan solo desde el punto de vista médico sino ético.