

DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL

ROLANDO DE JESUS PEREZ MENDOZA

DR MANUEL EDUARDO LOPEZ GOMEZ

MEDICINA HUMANA SEXTO SEMESTRE

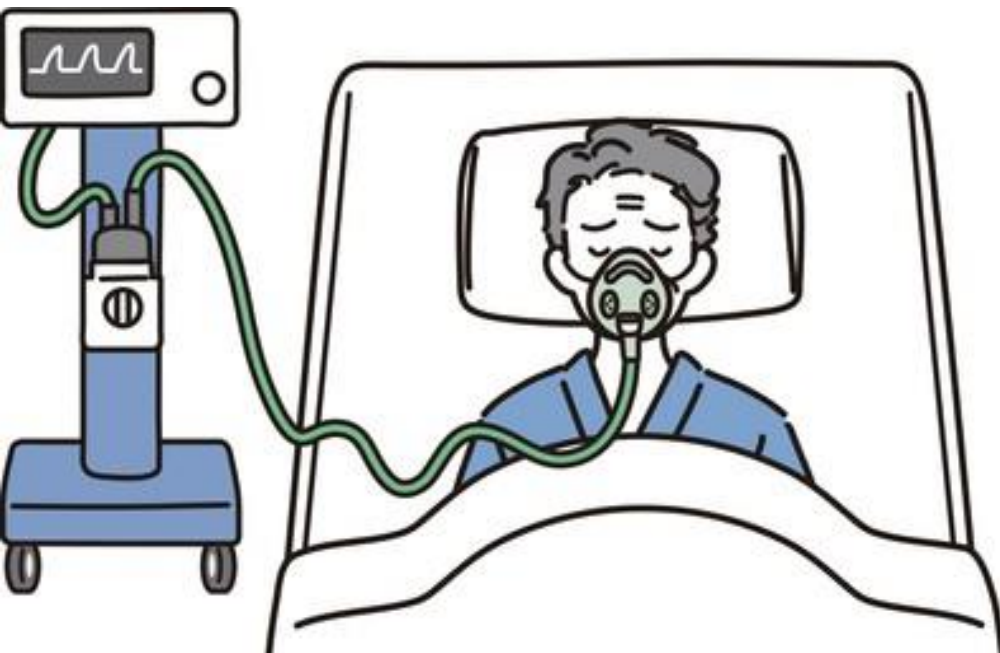
ENSAYO DEL DOLOR EN PX TERMINAL

MEDICINA PALIATIVA

UDS UNIVERSIDAD DEL SURESTE

18 DE ABRIL DEL 2022

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS



INTRODUCCION:

En el presente ensayo hablaremos acerca del dolor y su manejo en aquellos pacientes con enfermedades en fases terminales, que va de la mano con el tema de exposición que realice en clases, como bien sabemos el paciente terminal es aquel que por circunstancias en relación a su patología puede ser susceptible a diferentes síntomas, siendo el dolor el más frecuente y recurrente, tanto que para su manejo se han descrito diferentes técnicas para abordarlo hoy en día.

DESARROLLO:

El dolor es una percepción sensorial, localizada y subjetiva con intensidad variable que resulta molesta y desagradable en todos los pacientes este puede abarcar múltiples partes o una parte exclusiva del cuerpo.

El dolor es el resultado de una estimulación por parte de las terminaciones nerviosas sensitivas de la zona afectada. Siempre actuara como una señal inicial de advertencia de que algo no funciona bien en el organismo.

El dolor es el síntoma más frecuente por el cual la gente busca atención médica. Cuando el dolor es en extremo intenso, alterara la conducta de la persona y puede consumir toda la atención del sujeto durante todo el día, semanas o meses.

Características del Dolor en Px Terminales.

Dolor Crónico:

Puede ser síntoma de una amplia variedad de problemas de salud (p. ej., artritis, lesiones dorsales y el cáncer). Suele ocurrir en un periodo de tiempo mayo a 3 meses de duración Es el tipo de dolor más frecuente en paciente terminales El dolor puede tener dos orígenes nociceptivo o neuropático, este estará mediado por tres niveles de neuronas que servirán para el sistema de transducción, transmisión, Modulación y Percepción.

El dolor crónico es el más común en los pacientes terminales se caracteriza por tener una duración superior a tres meses y por asociarse con cambios importantes en el estado físico, psicológico, social y funcional del paciente terminal pudiéndose relacionar con trastornos depresivos y ansiosos que suelen ser comunes.

El dolor es muy frecuente en pacientes con cáncer y sida en fases terminales apareciendo hasta en el 75%-90% de los pacientes.

Con las alternativas actualmente disponibles conseguir alivio o desaparición del dolor es relativamente sencillo.

Pero a pesar de las diferentes alternativas terapéuticas en más del 50% de los casos no se consigue un control aceptable, y el 25%-30% de los pacientes morirán con dolor intenso.

Hoy en día podemos medir el dolor de acuerdo a la escala de EVA que es la escala de dolor para medir la tolerancia y el umbral del dolor, ya que en cada paciente es diferente.

Medidas Terapéuticas en primer nivel:

En primer nivel de atención, usualmente no se suele atender ni tratar a pacientes terminales que presentan dolor a consecuencia de la patología que cursan.

Sin embargo si los niveles de dolor no superan un límite demasiado alto con persistencia, El tratamiento debe ser pautado, evitando en la medida de lo posible la toma a demanda y los placebos.

Aquí es donde entrara la escala de analgesia para el dolor.

La escalera analgésica de la OMS incluye tres escalones:

En el primer escalón se utilizan únicamente aines y coadyuvantes un ejemplo de esto es Paracetamol + ibuprofeno 1000mg de paracetamol con 600mg de ibuprofeno cada 6 horas como dato hay que tener en cuenta las dosis toxicas y letales , además de la polifarmacia para evitar efectos secundarios no deseados

(segundo escalón). Se utilizan aines y opiáceos débiles En el segundo escalón utilizaremos medicamentos no opiáceos o AINES y algún opiáceo débil Es aconsejable utilizar los más conocidos y aquellos que llevan más años en el mercado ya que se conocerá mejor su perfil de seguridad (paracetamol, ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, etc.).

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. Sin embargo es uno de los más utilizados hoy en día

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.

Un ejemplo de esto sería: Paracetamol + Codeína

La dosis recomendada es:

Adultos y adolescentes mayores de 15 años: 1 comprimido cada 6 horas. La dosis máxima por toma será de 2 comprimidos y la dosis máxima diaria será de 8 comprimidos.

(tercer escalón), se utilizan aines y opiáceos potentes clásicos

No opiáceo + Opiáceo fuerte

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 en pacientes terminales.

-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.

Cuarto Escalon: Entendemos por coanalgésicos aquellos fármacos con acción analgésica propia, a pesar de que su uso farmacológico primario no sea analgésico (antidepresivos y anticonvulsivos).

Además de todo lo mencionado podemos recurrir a terapias coadyuvantes para disminuir el dolor en los px terminales como ejemplo: la musicoterapia, Risoterapia, aromaterapia, cannabinoterapia, acupuntura etc

CONCLUSION:

Hoy en día a pesar de que contamos con muchas alternativas para el alivio del dolor en los px terminales, hay casos en los que es prácticamente imposible conseguir, lo mejor que se puede hacer en estos casos es valorar todo lo anterior que ya hemos valorado, y distinguir cuales son los beneficios y contras que tenemos al momento de dar el tratamiento a cada uno de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

Antonio Sacristán Rodea. (2004). Manejo del dolor en el paciente terminal. Tratamiento del dolor oncológico. 18 DE ABRIL DEL 2022, de ELSEVIER Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-manejo-del-dolor-el-paciente-13066287>