

Cuidado Paliativo Manejo sintomático del dolor.

Experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia un daño a la tejidos real, potencial o devinto en términos de dicho daño

- Asociación internacional para el estudio y Tx del dolor.

- Dolor

- Objetivos principales:

- Controlar el dolor.

- Actividad física
- Apetito.
- Sueño

- Pérdida del control de sí mismo.
- Pérdida de la calidad de vida.

- El principal objetivo de su tratamiento es mantener la funcionalidad física y mental del px mejorando su calidad de vida.

- Tipos: (Medicina Paliativa.)

Dolor no relacionado a cáncer

- Duración de 3 a 6 meses.
- Permite más allá del tiempo experimentar la eutanasia.
- Clases de: Neuropatías - Musculo esqueléticas otras.

Dolor relacionado a cáncer.

- Dx Etadío intermedio = 30-45% Presenta dolor.
- Cáncer avanzado = 75% de los Px Presenta dolor

- Px con cancer senos.

40-50% - moderado a senos

25-30% - Describen como senos.

- Antes de morir.

> 80% de los px con cancer presentan dolor.

• Dolor relacionado a cancer.

- Causas mecánicas (78%)

- Crecimiento tumoral

- Enfermedad metastásica

- Por efectos del tratamiento (19%)

- Secuelas de la radioterapia

osteoneuropatía, pleuropatía

mielopatía, mucositis y enteritis

- Cirugía

- Pneumotórax, mucositis, neuropatía periférica, neuritis axila, sindrome húmero-codo.

- Por otras causas relacionadas

- Sin. Pancreopático

- Fractura por osteoporosis

- Debilidad.

- Espasmo muscular

- de neuropatía.

• Anchores.

• Mecanismo Nociceptivo.

• Dolor neural

• Dolor somático.

• No nociceptivo

• Alguen componente del sistema nervioso padeciendo otro dolo.

Dolor mixto
80%

• Nervio periferia

• Raiz

• Medula

Aguado
Cronico

Lene
Moderado
Severo.

Nociceptivo
Neuropático.

Fuente del dolor del estímulo
f. Central
i. Periferico

No a retina del
estímulo.

Consideraciones farmacológicas

- Dolor leve
 - Analgésicos no opioides
 - AINE
 - Paracetamol.
- Dolor moderado
 - Opioides débiles.
 - Tramadol
 - Codeína
 - Adjuvantes
 - Esteroides
 - Antiepilépticos
 - AINE
- Dolor severo
 - Opioides potentes
 - Morfina
 - Hidromorфона
 - Metadona
 - Adjuvantes

Principios básicos.

- Opioides orales
 - Siempre y cuando sea posible.

- Manejo de recate de opioides pseudolor encriptivo
- Coadyumentes analgésicos
 - AINEs
 - Antiepilépticos
 - Anticholinérgicos
- Tratamiento preoperatorio para náuseas y vómitos
- En caso recurrente se maneja técnica intermitente para el control del dolor
 - Se valora en un momento con el clínico del dolor
- Cirugía, radioterapia y quimioterapia paliativa
 - En anestesia clínica expandida.

¿Cómo prescribir un opioide?

Tipo de opioide

Dolor leve → Opioides leves

Dolor Moderado a grave → Opioides potentes.

- No es regla.

Opioide analgésico

5 !VAS > 5

4 Unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

3 Opioides potentes

2 Analgésico no opioide con tramadol y codeína

1 Analgésico no opioide

0 Coadyumentes.

Dosis

Dosis de opioide debe ser ajustada en cada caso en particular para la obtención de la analgesia con aceptable nivel de efectos colaterales.

Horario

- Es importante el uso del opioide a horarios regulares y no solo en caso necesario
- La política es "Dolor constante, medicación constante"

Opioides débiles en el país

- Dextropropoxifeno.
- Tramadol + Paracetamol
- Clorhidrato de tramadol

Rutas de administración

- Oral
 - Cuando no posible
 - Posible de administración, enmendada y por el costo
 - Alternativas de elección
 - Subcutánea.
- En cuanto a las vías de administración se debe tomar en cuenta que la dosis oral es entre 2-3 veces mayor que la dosis parenteral. 3/1

Administración

4-6 h

- Morfina
- Codeína
- Oxycodona
- Hidromorona

Naloxona, aunque su nivel medio es de 12 h el poder analgésico rara vez dura más de 6 h.

6-8 hr

- Buprenorfina
- tramadol
- tramadol de liberación prolongada

La prescripción y administración de metadona debe estar a cargo de personal capacitado y de experiencia que sea a nivel hospitalario

Experiencia analgésica

- Dosis de rescate
- Dosis rescate, 10% de la dosis habitual.

Uso de Administración.

IV

- Ruta eficaz alternativa a la oral
- Más de elección si el px está hospitalizado y cuenta con más parámetros controlados.

Subcutánea.

- Más de elección para px ambulatorios en aquellos que no es posible canalizar una vía IV
- Más utilizada en cuidados paliativos

infección de V. paratuberculosis.

Narices y Honitos paratuberculosis

Diagnóstico grave o problema de deficiencia

Delirium, confusión, estupor u otros alterum mentales

Requerir rápida de aumento de la dosis por análisis

intoxicación

Debe ser controlada por ser dolorosa e incómoda y su abstracción errática
impide un buen control analítico.

Manejo de Euforización

• Constipación

• Efecto universal de los opiáceos

Puede empeorar otros síntomas o complicaciones

- Abstracción intestinal
- Compresión o lesión medular.
- Diminución de ingesta de líquidos
- Demercuración de la ingesta de alimentos por anorexia

• La constipación moderada puede ser manejada con aumento de la cantidad de
fibra presente en la dieta y el uso de laxantes

- Laxantes
- Sorbitol.

• Solución

- Ocurre en la mayoría de los px al inicio del tratamiento con opioides.
- Usualmente dura entre 48-72 horas.
- En algunos puede ser de utilidad el uso de estimulantes de SNC.

Lupina Dextroanfetaminas Metilseridato.

• Náuseas y vómito.

- Se requiere el uso de metoclopramida o haloperidol.

• Depresión respiratoria.

- Se recomienda el uso de Naloxona si esto ocurre.

• Neurotoxicidad por opioides

- Mioclonias
- Convulsiones
- Alucinaciones
- Comas

* En indicación de estos el opioide o discontinuarlo

Otros efectos secundarios

- Prurito.
- Retención aguda de orina.
- Depresión.
- Alteraciones del sueño.
- Alteración del dno secund.

Tolerancia y dependencia física

- Tolerancia a un opioide y dependencia física
 - Son esperados siempre que se administre un tratamiento analgésico por largos periodos.
 - No debe ser confundida con la dependencia psicológica (adicción) la cual se caracteriza por comportamientos compulsivos a la droga.

Tolerancia

- Necesidad de aumentar de la dosis regularmente al paso del tiempo para mantener el alivio del dolor.

Dependencia física.

- Se manifiesta cuando se discontinúa abruptamente.
 - Ansiedad
 - Irritabilidad
 - Depresión
 - Cólicos
 - Lagrimeo
 - Temblores
 - Náuseas
 - Diarrea.
 - Ronquera
 - Aumento de calor
 - Urinaria

Estreñimiento y constipación

- Se refiere a la acumulación de deposiciones más consistentes con menor frecuencia o con mayor dificultad de la habitual.
- En enfermedad terminal se presenta en un 50 a 95% de los casos.

Causas

- Patología concomitante
- Relacionada con las condiciones del Rx
- Relacionada con la enfermedad
- Fármacos.
- Alteraciones metabólicas.

• Relacionada con la enfermedad

- Inmersion intelectual
- Compasion intelectual
- Pura neurologica
- Hipercarotemia.

• Relacionada con las condiciones del Px

- enajenacion o resaca.
- Demencia hidrocefalica
- Baja ingesta de alimentos y/o liquida
- incapacidad para llegar al baño.
- Desinhibicion
- Debilidad.

• Farmacos.

- Aprinda
- Anticolinergicos
- Anticolin.
- Neurolepticos
- Antidopaminicos
- Hemo.

RISK - SCALE

Efecto moderado

- Carbocopa
- Entacepona
- Metocarbamol
- Mirtazapina
- Levodopa
- Haloperidol
- Metoclopramide
- Paroxetine.
- Pramipexol
- Pramitilina
- Selegilina
- Quetiapina
- Risperidona
- Trazodona

Efecto fuerte

- Baclofeno
- Clozapina
- Levodopa
- Pseudoefedrina
- Atirizina
- Citalopramina
- Nortriptilina
- Tetraciclina
- Amitilina
- Loperamide
- Olanzapina

Efecto muy fuerte

- Amitriptilina
- Clonazepamina
- Difenhidramina
- Imipramina
- Prometazina.
- Atropina
- Clonazepamina
- Fenacetina
- Orbetina
- Clonazepamina
- Difenhidramina
- Fenacetina

- Grupo farmacológico con posible efecto anticolinérgico
 - Analgésicos
 - Antidépresivos
 - Antihipertensivos
 - Antipsicóticos
 - Antiaritmia
 - Antieméticos
 - Antihipotensivos
 - Antiparkinsonianos
 - Antibióticos
 - Anticoagulantes
 - Antihistamínicos
 - Anticancerígenos
 - Benzodiazepinas
 - Corticoides
 - Píldoras de emergencia
 - Broncodilatadores
 - Diuréticos

• Patología concomitante

- Diabetes
- Hemorroides
- Hipotiroidismo
- Paciente con

Emulsión

- Historia Clínica

- Historia antecedente previa y actual
- Náusea o Dolor
- Tenencia
- Dolor abdominal
- Mucosa
- Púja

• Exploración física

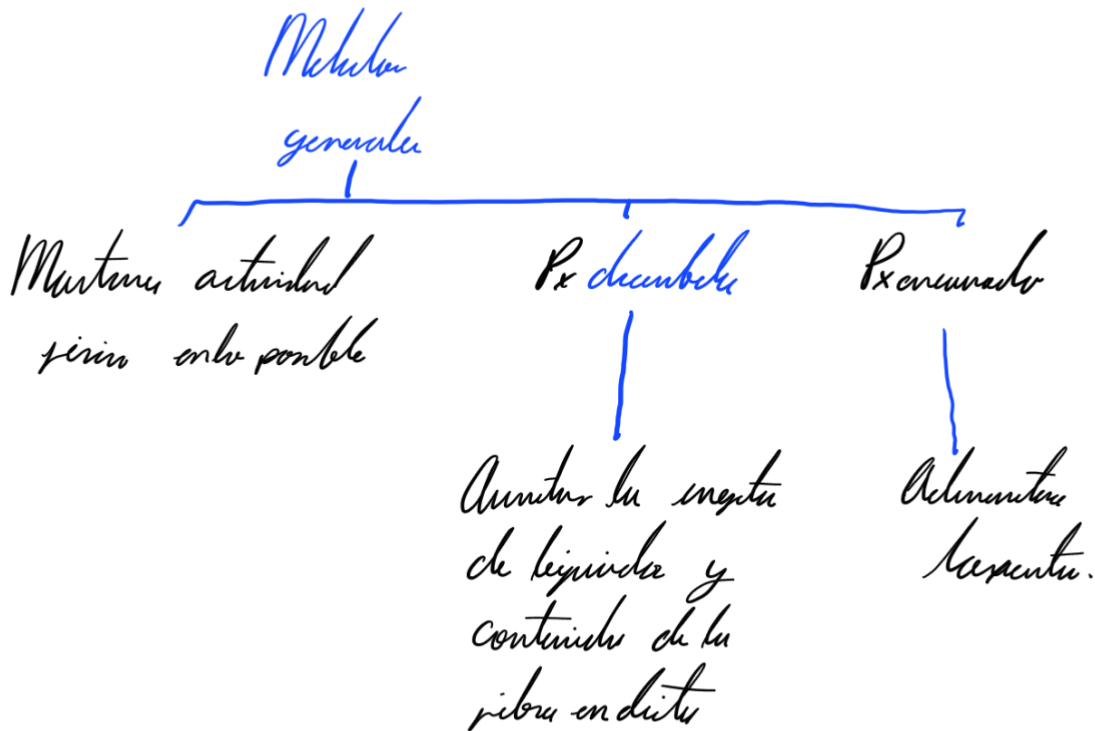
- Buen estado abdominal
- Peristaltismo disminuido o ausente
- Signos de irritación peritoneal.

• Tacto rectal

- Hemorroides
- Fiebre y puntal
- Exterior rectal.

Tratamiento

- Siempre que pueda tratar los causas subyacente



Exercitacion y Contingencia

