



Mi Universidad

Apuntes

Galia Madeline Morales Irecta

Apuntes de libreta

Segundo Parcial

Medicina Paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura en Medicina Humana

6to. Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de abril de 2024

Manejo del dolor

2 UNIDAD

09/09/29

5

Dolor:

- Experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia a un daño a los tejidos real, potencial o descrito en términos de dicho daño.

Asociación Interdisciplinaria para el Estudio y Tratamiento del Dolor

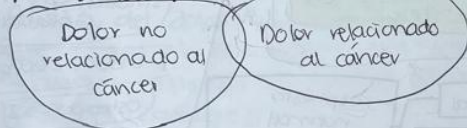
PORCENTAJE
 Examen 50%
 Plataforma
 - Trabajo: 20%
 - Particip: 15%
 - Asistencia: 15%

- El objetivo primario del tx del dolor es el **control**
- Disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, la pérdida del control en sí mismos y la pérdida de la calidad de vida.
- El principal objetivo del tx es mantener la funcionalidad física y mental del px, mejorando su calidad de vida.

Arc reflejo *
 reacción de
 respuesta involuntaria
 nociceptivo.



Tipos de dolor:



- * Dolor no relacionado a cáncer:
- causas:

- Duración mínima 3-6 meses
- Persistente más allá del tiempo es pasado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enf. subyacente.

Dolor de origen primariamente neuropático	Dolor de origen músculo-esquelético	Otros orígenes
Neuropatías periféricas (mono y poli-neuropatías)	artritis y periartrosis	Vascular
Otras distrofias simpáticas reflejas	Síndromes miofaciales	cutáneo
	Síndromes de dolor lumbar	Otros

* Dolor relacionado a cáncer.

Al momento del dx y en estadios intermedios

• 30-95% de los px experimentan dolor moderado a severo

Cáncer avanzado

75% de los px presentan dolor muy severo

Severidad: La severidad o intensidad del dolor puede ser documentada mediante escala unidimensional.

09/09/29 (6)

Escala EVA.

Capacidad funcional: Se recomienda evaluar los arcos de movilidad o las restricciones al movimiento que refiere el enfermo a consecuencia del dolor.

Manejo del dolor (oncológico y no oncológico)

> Manejo para dolor

Un adecuado entendimiento de los mecanismos causantes del dolor es indispensable para la planeación un régimen de tx.

> Principios, objetivos y responsabilidades.

- Analgesia
- Mantener la más alta calidad de vida
- Prevenir y minimizar efectos colaterales.

> Alivio del dolor "Analgesia"

- Este es el objetivo fundamental del tx y todos nuestros esfuerzos estarán dirigidos hacia la obtención de una adecuada analgesia

- La vigilancia continua a la analgesia garantiza el buen uso de los analgésicos opioides y evita su desvío.

> Prevenir y minimizar efectos colaterales

- Utilización adecuada adecuada y óptima dosificación de opioide
 - Boca seca
 - Otros
- Somnolencia
- Náusea
- Constipación

> Mantener más alta calidad de vida.

◦ La mayoría de tx desean liberarse del dolor, pero al mismo tiempo se capaces de comunicarse adecuadamente con sus familiares y seguir en la máxima posible

> Medidas farmacológicas

- Paracetamol y AINEs → único dolor moderado-severo (escasa utilidad).
- Opioides → piedra angular tx dolor en CA → mod-severo.
 - Efectividad
 - Fácil determinación
 - Favorable relación riesgo-beneficio

El número de dosis de la dosis diaria total.

os Básicos

es orales - Siempre y cuando sea posible

o de re
y vanti
ofilact
caso ne
evuend
rugia

12-09-29

Medidas farmacológicas

Paracetamol y AINE

• como fármacos únicos para el manejo del dolor moderado a severo tienen escasa utilidad

Opioides

• son la piedra angular del tx del dolor por cáncer, de intensidad moderada a severa.

- efectividad
- fácil determinación

clasificación opioides:

Agonistas Puros

- Morfina
- Hidio morfona
- Codeína
- Oxycodona
- Hidrocodona
- Metadona
- Levorfanol
- Fentanilo

Agonistas-Antagonistas mixtos

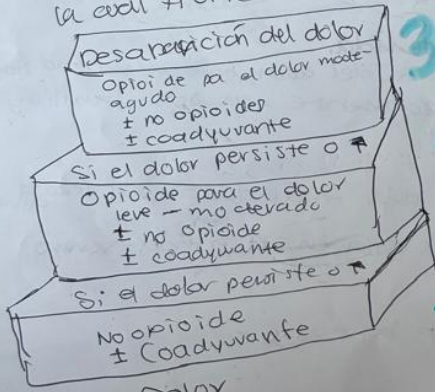
- Nalofina

Agonistas-Antagonistas Parciales

- Buprenorfina

Consideraciones farmacológicas

- Las medidas farmacológicas son base para el control del dolor según la escala analgésica diseñada por la OMS la cual tiene una eficacia del 76%



Dolor severo - Opioides potente
- morfina
- Hidio morfona
- metadona

Dolor moderado → Opioides débiles
- Tramadol
- Codeína

Dolor leve → Analgésicos no opioides
- AINE
- Paracetamol

de op
s pa co
s mien
o es n
ensar
5
4
3
2
1
is: la
pa
ef
arios:
ioides
Tran
+
Pare

Principios Básicos

12-09-29 (4)

Opioides orales - Siempre y cuando sea posible

Manejo de rescate de opioides para dolor imprevisto

Coadyuvantes analgésicos • AINES, antiepilépticos y antidepresivos

Tx profiláctico para náusea y estreñimiento

En caso necesario se recomienda técnicas intervencionistas para el control del dolor

• se realizan en unidades que cuentan clínicos del dolor

Cirugía, radioterapia y quimioterapia paliativa

• en circunstancias

-mc:

Tipo de opioide

- Los px con dolor leve por cáncer pueden ser tratados con opioides leves mientras que los de dolor moderado a grave con los potentes
- No es regla

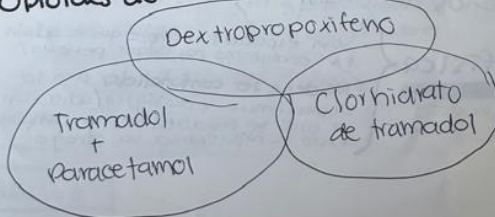
Ascensor analgésico

- 5 $VAS > S$ (Eva)
- 4 Unidad especializada en el tx dolor
- 3 Opiáceos potentes
- 2 Analgésicos no opiáceos con tramadol o codeína
- 1 Analgésicos no opiáceos
- 0 **coadyuvantes**

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

- Horarios:
- Es importante el uso de opioide a horarios regulares y no sólo en caso necesario.
 - La política es "dolor constante, medicación constante"

Opioides débiles en el país:



Vía de administración:

- Oral < a. cuando sea posible
b. facilidad de administración, independencia y por el costo
- Alternativa de elección → a. subcutánea pramperiódica.

En cuanto a las vías de administración se debe de tomar en cuenta que la dosis oral entre 2-3 veces mayor que la dosis parenteral (B/I)

Administración:

4-6h
• morfina
• codeína
• oxicodona
• hidromorfona

6-8h
• Buprenorfina
• Tramadol
• Tramadol o liberación prolongada

Esquema analgésico:

- Debe contar con una sola dosis de rescate:

Morfina, aunque la vida media es de 12h, su efecto analgésico dura entre 4-6h

La promorfina y el sistema de liberación prolongada debe estar al largo de por lo menos 24h y de liberando a

debe ser opioide

Vías de administración

Vía intravenosa: - es una ruta eficaz alterna a la oral
- Esta vía es la de elección si el paciente está hospitalizado y cuenta

Vía subcutánea:

1. Es la vía de elección para paciente ambulatorio o en aquellas que no es posible canalizar vía iv.
2. Es la vía > utilizada en CP

Indicación de vías parenterales

Nausea y vómito persistente

Difagia grave o problemas de deglución

Delirium, confusión, estupor o otros alt. mentales

Requerimiento rápido de aumento de la dosis para analgesia.

Intramuscular:

No recomendable. Debe ser evitada por ser dolorosa e inconveniente y su absorción errática impide un buen control analgésico.

Manejo de efectos secundarios:

Constipación: Es un efecto UNIVERSAL de los opiáceos.

puede empeorar otros síntomas o complicaciones

- Obstrucción intestinal
- compresión o sección medular
- Disminución de ingesta de líq.
- Disminución de la ingesta de alimentos por anorexia

1. la constipación moderada puede ser manejada con aumento de la cantidad de fibra requerida en la dieta y el uso de laxantes.
 - a. Lactulosa
 - b. Sorbitol

Sedación:

1. ocurre en la mayoría de los px al inicio del tx con opiáceos
2. Usualmente durante 48-72h.
3. En algunos casos puede ser de utilidad el uso de estimulantes del SNC

cafeína, dextransfetaminas, Metilfenidato

Náuseas y vómitos: Se sugiere el uso de metoclopramida o haloperidol.

Depresión respiratoria: Se recomienda el uso de Naloxona si esto ocurre.

Neurotoxicidad por opiáceos:

Mitoclonias, convulsiones, Alucinaciones, Confusión

→ 1. Es la indicación de rotar el opioide o descontinuarlo

Otros efectos secundarios:

- Alt. sueño, prurito, alt. deseo sexual, diaforesis, retención aguda de orina.

Tolerancia y dependencia física

Tolerancia: Necesidad al incremento de la dosis requerida al paso del tiempo para mantener el alivio del dolor.

- Son esperados siempre que se admin un tx analgésico por largos periodos
- **No debe ser confundida con la dependencia psicológica (adicción),** la cual se caracteriza por comportamientos compulsivos a la droga

Dependencia física

- Se manifiesta cuando se descontinúa abruptamente
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Temblores
- Ojos claros
- Lagrimeo
- Piloerección

Estreñimiento y constipación

19-09-24 (8)

Se refiere a la evacuación de deposiciones más consistente con menor frecuencia o con mayor dificultad de lo habitual

estreñimiento:

- En enfermedad terminal se presenta en un 50-95% de los casos.

Causas:

- Relacionadas con la enfermedad
- Relacionado con las condiciones del px
- AH. metabólicas
- Fármacos
- Patologías concomitantes.



Anticolinérgicos
- loperamida

Relacionado con la enfermedad

- Invasión intestinal
- Compresión intestinal
- Daño neurológico
- Hipercalcemia

Relacionado a condiciones del px

- Inactividad/reposo
- Baja ingesta de alimentos y/o líquidos
- Deshidratación
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Incapacidad para llegar al baño
- Debilidad.

Fármacos

- Opioides
- Anticolinérgicos
- Neurolepticos
- Antidepresivos
- Anticácidos
- Hierro.

Patologías concomitantes

- DM
- Hipotiroidismo
- Feculomas
- Hemorroides

Anticolinérgicos Risk Scale (2008)

Efecto moderado 1pt

- Carbidopa-levodopa
- Entacapona
- Haloperidol
- Metocloprama
- Paroxetina (riesgo constipación antidepresivo)
- Ranitidina (alergia/ulceras)

Efecto fuerte 2pt

- Baclofeno
- Cetirizina
- Cimetidina
- clozapina

Efecto muy fuerte 3pt

- Amitriptilina
- Atropina
- Clorfeniramina
- Diclofina

Grupos farmacológicos con posibles efectos anticolinérgico

- Analgesicos
- Antiarrítmicos
- Antibióticos
- Benzodiazepinas
- Relajante músc.

- Antidepresivos
- Antieméticos
- Anti-espasmódicos
- Broncodilatadores

- Antiepilépticos
- Antihipertensivos
- Antihistamínicos
- Corticoides

- Antihistamínicos
- Antiparkinsonianos
- Antipsicóticos
- Antituberculosos
- Diuréticos

Evaluación: Historia Clínica

Hábitos intestinales previos y actuales

Diarrea

Distensión abdominal

Náusea

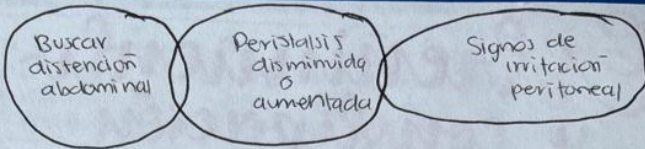
vómito

Pujo

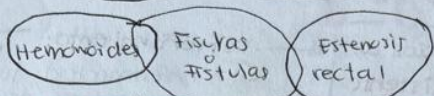
Tenesmo

Exploración

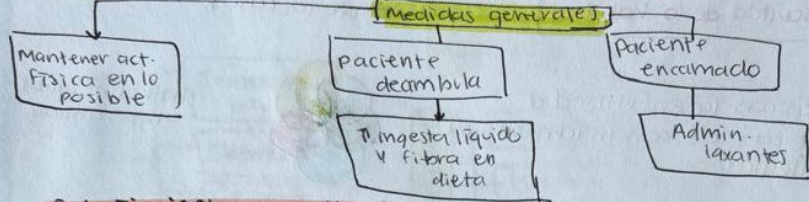
Física:



Tacto rectal:



Tx: Siempre que se pueda tratar causa subyacente

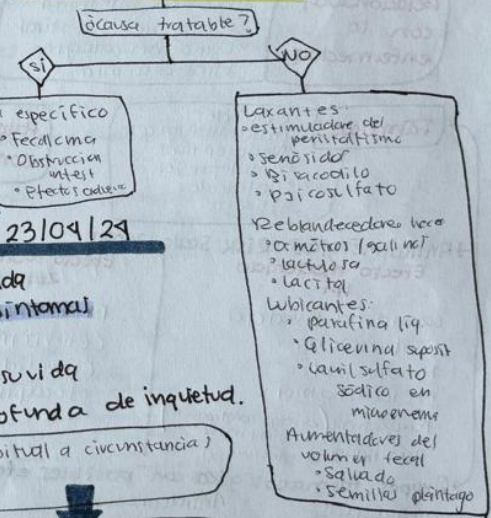


Estreñimiento y constipación

Medidas no farmacológicas

Medidas generales
 • mantener act física
 • ↑ ingesta liq y contenido de fibra en dieta

Medidas farmacológicas



Ansiedad

23/04/29

- Se define como una anticipación de daño o desgracia futuros, acompañada de una sensación desagradable y/o **sintomas somáticos de tensión.**
- Es muy común en px en fase terminal de su vida
- Se manifiesta como una sensación profunda de inquietud.

Ante determinadas situaciones es normal • constituye una respuesta habitual a circunstancias cotidianas estresantes.

Cuando supera la capacidad adaptativa de la persona es **Patológica** • provoca malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual.

- Se presenta en alrededor del 36% de las personas con CA.

Trastornos de ansiedad

T. ansiedad generalizada

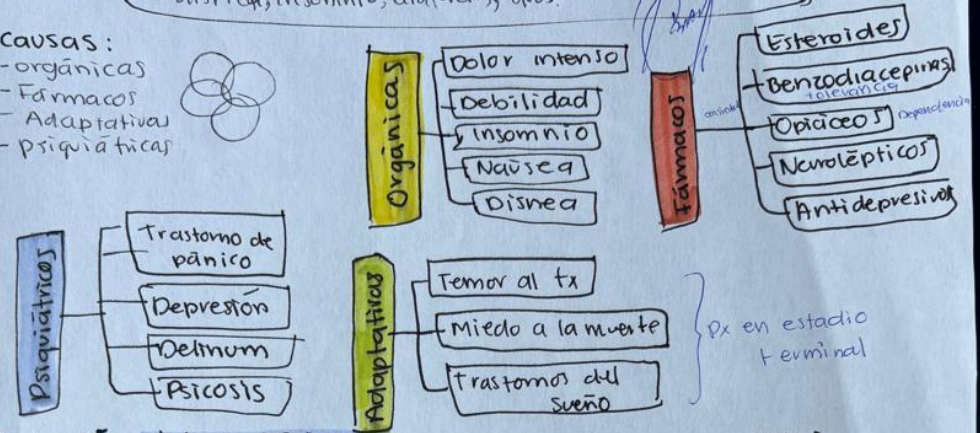
• Síntomas de preocupación constante con devoción mínima de 6 meses.
 • Inquietud, dificultad para relajarse, insomnio, tensión muscular entre otros.

Crisis de ansiedad

- De aparición súbita
- Palpitaciones, taquicardia, taquipnea, temblores, opresión torácica, mareos, sensación de despersonalización, disnea, insomnio, diaforesis, otros.

Causas:

- orgánicas
- Fármacos
- Adaptativa
- psiquiátricas

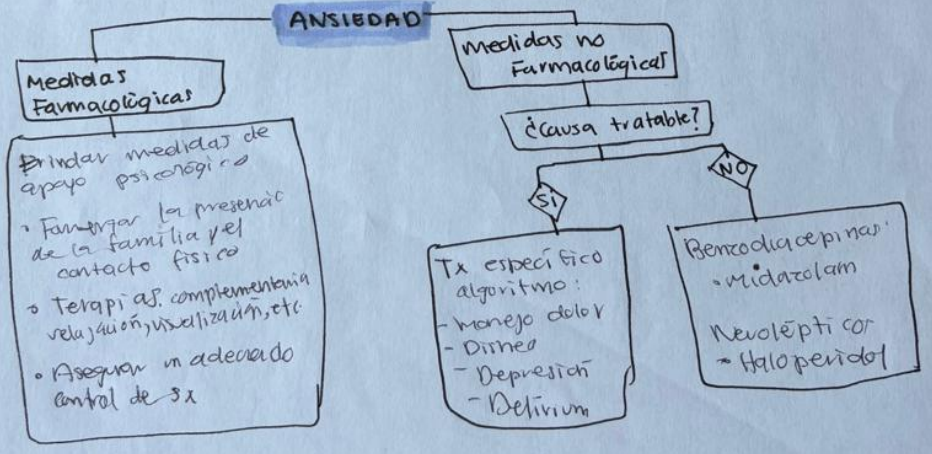


Evaluación: Historia Clínica

- Interrogar al px sobre sus necesidades psicológicas y espirituales
- Valorar la personalidad previa.
- Investigar si existe duelo anticipación ante la fase terminal de la enf.
- Investigar si se ha tenido una adecuada preparación ante lo inevitable (apoyo tanatológico).

Exploración Física:

- Buscar signos y síntomas
- Depresión
- Delirium
- Intoxicación por fármacos
- Antecedentes en el uso de benzodiazepinas o neurolepticos.



Medidas Farmacológicas

Brindar medidas de apoyo psicológico

- Fomentar la presencia de la familia y el contacto físico
- Terapias complementarias: relajación, visualización, etc.
- Asegurar un adecuado control de su