



Mi Universidad

apuntes

Luis Angel Vasquez Rueda

Apuntes medicina paliativa

Segundo parcial

Medicina paliativa

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 26 de Abril del 2024

Manejo Sintomático del Dolor

- Plataforma → 50%.
- plataforma → ① trabajo → 20% *vier/26/04 → plataforma*
- ② Participación → 15%.
- ③ Asistencia → 15%.

Dolor → experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia a un daño a los tejidos real, potencial o descritos en términos de dicho daño

Nociceptivo/Neuropático - Leve/moderado/severo - Agudo/crónico
 Visceral/somático - *punzante/quemante/opresivo*

• objetivo primario → Controlar el dolor

↓ Act. física / ↓ Apetito / ↓ sueño / ↓ control en sí mismos / ↓ calidad de vida

• su tx se basa en mantener su funcionalidad física y mental del px, mejorando su calidad de vida

• Tipos → Dolor relacionado al cáncer / Dolor no relacionado al cáncer

• Dolor no relacionado al cáncer → Mínimo 3-6 meses, puede persistir más tiempo por la cicatrización o la resolución de los tejidos o de la enfermedad subyacente

↓
 • causas → Neuropático / músculo-esquelético / otros orígenes

• Otros → Vascular / Cutáneo / Otros

• Musculo-esquelético → Artritis - periartrosis / SX miofaciales /
SX lumbalgia

• Neuropático → periféricas (mono/polineuropatías) / Distrofias
simpáticas

• Dolor relacionado al cáncer → al momento del dx
y estadios intermedios

↓
Cáncer avanzado

75% de los px
presentan dolor severo

30-45% px experimentan
dolor moderado a severo

• Px c/ cáncer y dolor → 40-50% → dolor moderado-severo
25-30% → dolor severo

• Antes de morir → >80% px con cáncer presentan dolor

• Causas mecánicas (78%) → crecimiento tumoral / enf. metastásica

• Efectos del tx (19%) → secuela radioterapia / plexopatías /
mielopatía / mucositis / enteritis

↓ ↓
Cx | Quimioterapia: mucositis / neuropatía periférica / necrosis ósea aséptica /
herpes zóster

Sxs derivados a la diseminación o metástasis del cáncer

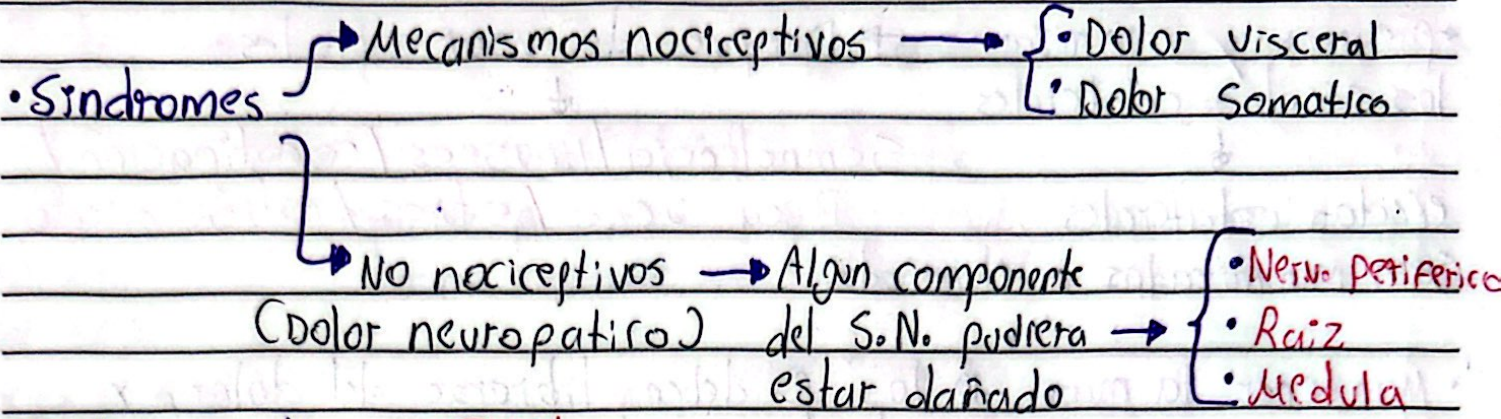
• Por otras causas relacionadas → SX paraneoplásicos / debilidad /
Fx por osteoporosis / espasmo muscular / SX miofaciales /
úlceras de decubito / osteoporosis / aplastamiento vertebral /
artritis



Dolor

09/04/24/2

Paliativa



• Dolor mixto → 80%

• Evaluación → oncológico y no oncológico

↳ Localización / tipo de dolor / Farmacos empleados /
temporalidad / factor exacerba / mitiga / estado psico-afectivo /
Severidad - intensidad / efecto sobre funcionalidad / Urgencia - emergencia
(escalas dolor)

• Severidad → se puede documentar mediante escalas unidimensionales

• Capacidad funcional → evaluar áreas de movilidad o las
restricciones al movimiento que refiere el
enfermo a consecuencia del dolor

Manejo del dolor → oncológico y no oncológico

↳ adecuado entendimiento del manejo del dolor es indispensable
para la planeación del régimen terapéutico

Analgesia

mantener
↑ calidad
de vida

prevenir y
minimizar los
efectos colaterales

Analgesia: todos los esfuerzos se
dirigen a la obtención de buena analgesia /
vigilancia continua garantiza buen
uso de opioides y evita su desvío

Scribe

• prevenir y minimizar los efectos colaterales → Después de usar opioides
 ↓
 efectos colaterales: Somnolencia / Nauseas / constipación / Boca seca / otros / estreñimiento
 Sean minimizados o eliminados

• Mantener la más alta calidad de vida → los pa deben librarse del dolor, y poder comunicarse con su familia y seguir haciendo su vida habitual

• evento adverso Agudo de los opioides → Depresión respiratoria

- Manejo farmacológico

• Paracetamol y AINES → Farmacos únicos para el manejo del dolor moderado-severo pero tienen escasa utilidad

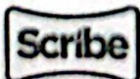
• Opioides → piedra angular del tx del dolor por cáncer de intensidad moderada-severa
 ↓

• efectividad / • fácil determinación / • buen riesgo-beneficio

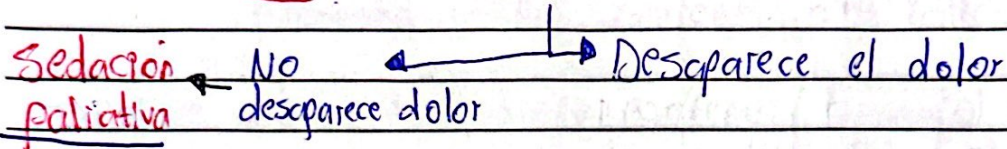
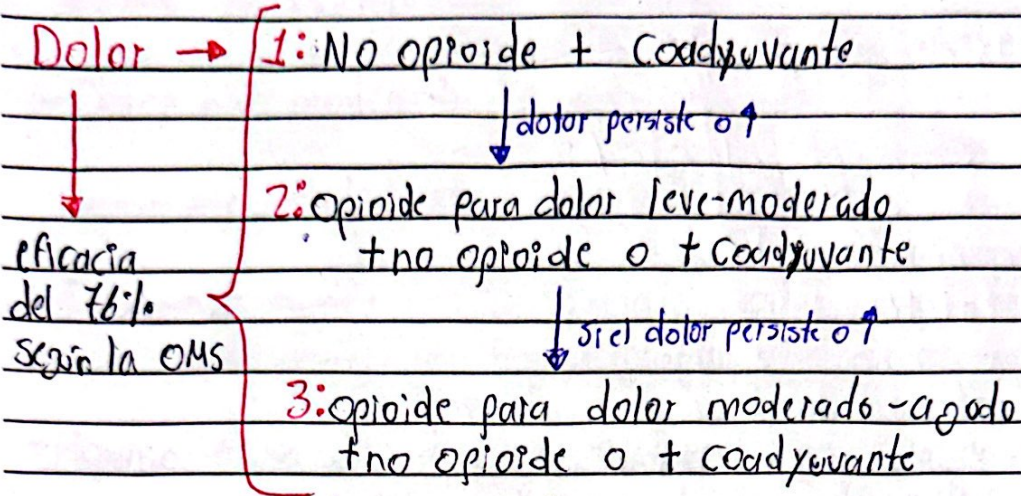
- Agonistas puros: Morfina / Hidromorfona / codeína / Oxycodona / Hidrocodona / Metadona / Fentanilo / Levorfanol

- Agonistas-Antagonistas Mixtos: Nalbufina

- Agonistas-Antagonistas parciales: Buprenorfina



12/04/24/2.
Med. Paliativa



- Coadyuvante → Antidepresivos, Ansiolíticos, Antiepilepticos

- dolor leve → No opiodes (AINE / paracetamol)

- dolor Moderado → opioide debil (tramadol / codeina)
+ Coadyuvante (esteroides / antiepilepticos / AINEs)

- Dolor severo → opioide potente (Morfina / Hidromorfona / Metadona)

• Opioide oral → siempre y cuando sea posible

• tx profilactico para nauseas y estreñimiento

• Ox, radioterapia y quimioterapia paliativa
(en circunstancias clinicas especificas)

principios
Basicos

FIN

Scribe

Aquí empieza la tarea

12/04/24/2
Med. Paliativa

Como prescribir un opiode

• No es ley siempre
iniciar con uno
leve y después con
uno potente

- Dolor leve-moderado → opiodes leves

- Dolor moderado-severo → opiode potente

- Dosis → se ajusta a cada caso, para la aceptable obtención de analgesia con aceptable nivel de efectos colaterales

- Horario → uso de horarios regulares y no solo en caso necesario (Dolor constante, medicación constante)

- opiodes debiles → Dextropropoxifeno / tramadol + paracetamol / clorhidrato de tramadol / codeina

- ruta de administración → oral
↳ Alternativa → Subcutanea (Cpx ambulatorio)
• Cuando sea posible
• Fácil administración, independencia y el costo

- Dosis oral es 2-3 veces mayor que la vía parenteral

Vías de Administración

I.M. → No se recomienda por su poca Absorción

- Intravenosa → eficaz y alterna a la oral / px hospitalizado y con una vía endovenosa

- Subcutanea → elección para px ambulatorio o en los que no se puede usar vía oral o intraven.
↳ Mas usada en cuidados paliativos



Administración → 4-6 hrs

- Nalbufina: vida media de 12 hrs, el poder analgésico es de ≈ 6 hrs

- Morfina
- Codeína
- Oxycodona
- Hidromorfona

6-8 horas

Metadona

- Buprenorfina
- Tramadol
- Tramadol de liber. prolongada

↓
lo prescribe y administra en ambiente hospitalario por personal capacitado por sus efectos secundarios

Dosis de rescate

Lo debe ser aprox. 10% de la dosis diaria total

16/04/24

- Indicación vías parenterales

↳ Nauseas / vomito persistente / disfagia grave o problema de deglución

↳ Delirium, confusión, estupor u otras alt. mentales

↳ requerimiento rapido de ↑ dosis de analgesia

- Intramuscular → No recomendable por su nivel de absorción y poco eficaz analgesico

- Manejo efectos secundarios -

- constipación → efecto universal de uso de opioides

Uso opioides puede empeorar

↳ obstrucción intestinal

↳ compresión / sección medular

↳ ↓ de ingesta de liquido

↳ ↓ ingesta alimentos por anorexia

Se maneja

con probióticos / laxantes / fibra → Lactulosa / Sorbitol

- Sedación → mayoría px con inicio uso opioides, usualmente dura 48-72 hrs → recomendable uso de estimulantes del SNC
(SI CONTINUA)

- Nausea y vomito

↳ sugiere uso de metoclopramida o haloperidol

• Cafeína

• Dextropropofol

• Metilfenidato

Scribe

16/04/24/2

- Depresión Respiratoria → recomienda uso de Naloxona

- Neurotoxicidad por opioides → Mialonías / convulsiones / Abcimeriones / Confusión (rotar oploido o descontinuarlo)

↓ si sigue

- Flumazenil → Antidoto para Diazepam Naloxona

- otros efect. sec. → Alt. Sueño / Alt. deseo sexual / prurito / Diarrea / retención urinaria aguda

- Tolerancia y dependencia física -

• esperado por administración por tiempo prolongado

↳ No se confunde con dependencia psicológica (adicción) la cual se caracteriza por comportamiento compulsivo por la droga

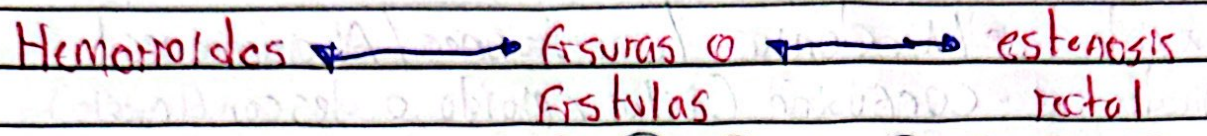
• Tolerancia → necesidad a ↑ dosis al paso del tiempo para mantener el alivio del dolor

• Depend. física → Ansiedad / irritabilidad / temblores / bochornos / Juglmeo / rinorrea / Diarrea / Nauseas / colico / de manera abrupta) Vomito / Diarrea

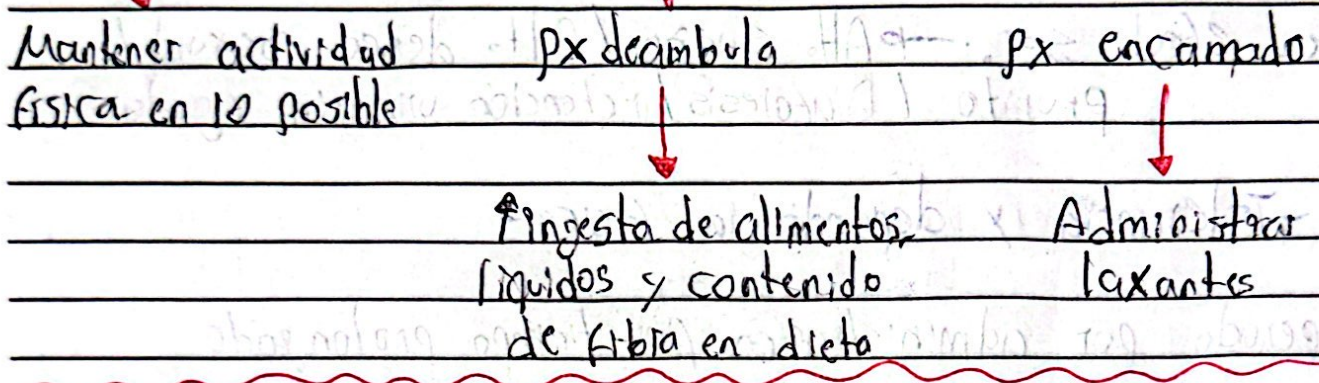
FIN



Tacto rectal



Medidas Generales



Estreñimiento y Constipación

Medidas no farmacológicas

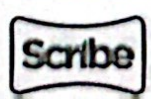
Causa tratable

- Medidas Generales:
- mantener actividad física
 - ↑ ingesta líquidos y fibra en dieta

tratamiento específico

Laxantes

- fecaloma
- obstrucción intestinal
- efectos adversos
- estimul. peristaltismo (Senosidos / Bisacodilo)
- Reblandecedor heces (Pectulosal / osmóticos)
- Lubricantes (parafina líquida / glicerina supositorios / lauril sulfato sodico)
- ↑ Volumen fecal (Salvado / semillas plantago)



19/04/24/2
Medo paliativa

Estreñimiento y Constipación

evacuación de disposiciones consistentes con frecuencia
o con mayor dificultad de lo normal

• **Enfermedad terminal** → Se presenta 50% - 95% de casos

• **Causas** → relacionado con la enfermedad / relac. cond. px /
patologías concomitantes / Alt. Metabólicas /
Farmacos

• **Anticolinérgicos** → generan constipación → por un tumor

• **relax. d' ent.** → Pnvasión intest. / Compresión intest. /
daño neurológico / hipercalcemia

• **rela. condici. Px** → Inactividad - reposo / ↓ ingesta alimentos - líquido /
Deshidratación / deseq. hidroelectrolítico /
incap. para llegar al baño / debilidad / dolor

• **farmacos** → opioides / anticolinérgicos / neurolepticos /
antidepresivos / antiácidos / hierro

• **patologías concomitantes** → Diabetes / hipotiroidismo /
feocromocitomas / hemorroides

• **Hist. Clínica** → habit. int. previos y actuales / Dolor rectal /
distensión abdominal / Náuseas / vómito / pujol /
tenesmo

• **E. Física** → Buscar \leftarrow peristalsis \leftarrow Signos de
dist. abdominal \downarrow 0 \uparrow irritación peritoneal

Scribe

Ansiedad

23/04/24/7

- Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañado de sensación desagradable y/o síntomas somáticos de tensión
- Común px fase terminal de su vida
- Manifiesta como sensación profunda de inquietud
- Ante determ. situaciones es normal → respuesta habitual a situaciones cotidianas estresantes
- Cuando supera capacidad adaptativa → provoca malestar significativo de la persona, es patológica con síntomas que afecta plano físico como psicológico y conductual
- Se presenta alrededor de 36% personas con cancer
- trast. por ansiedad generalizada → sint. preocupación constante con duración mínima de 6 meses
 - inquietud, difícil. concentrarse, insomnio, tensión muscular, otros
- Crisis de Ansiedad → Aparición súbita, palpitación, taquicardia, taquipnea, temblores, opresión torácica, mareo, sensación de despersonalización, disnea, insomnio, diaforesis, otros
- Causas → orgánicas / farmacos / psiquiátricas / adaptativas
 - ↓
 - orgánicas → Dolor intenso / debilidad / insomnio / Nauzeas / Disnea
 - ↓
 - farmacos → esteroides / benzodiazepinas / opiáceos / Neurolepticos / antidepresivos



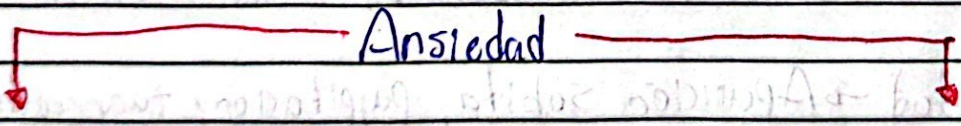
psiquiátricas → trastorno parano / Depresión / Delirium /
↓
Psicosis

Adaptativas → temor al maltrato / miedo a la muerte /
trastornos del sueño

H. Clínica → Interrogar al px sobre sus necesidades psicológicas
y espirituales ↓

- Valorar la personalidad previa ↓
- Inv. si existe duelo anticipado ante la fase terminal de la enfermedad ↓
- Inv. si se ha tenido una adecuada preparación ante lo inevitable (Coping fatalológico)

E. Física → • Basesas, Sys de dolor / • Depresión / • Delirium /
• Intoxicación por fármacos / • Ant. uso de Benzodiac, o neurolepticos



- Medidas no farmacológicas
- Brindar apoyo psicológico (fomento pres. familia y cont. físico)
 - terapias complementarias, relajación, visualización, etc.
 - tratar causa subyacente
 - Asegurar adecuado control de síntomas

- Medidas farmacológicas
- ¿Causa tratable?
- SI**
 - tx específico y manejo (dolor, Disnea, Depresión, Delirio)
 - NO**
 - Benzodiazepinas (Midazolam)
 - Neurolepticos (Haloperidol)

