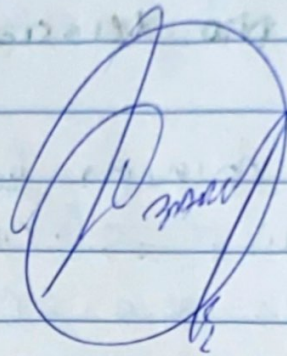


2 Partes Dolor.

Exámen:

Pictogramas:

Trabajo:



Experiencias sensoriales y emociones, no pierden los que se asoció un día a los tejidos vegetales o desvío en dicho sentido.

• En objetivo principal propósito del dolor es el fortalecimiento del control.

• Disminuye la actividad física, el apetito y el sueño, la pérdida del control en sí mismo y la pérdida de la calidad de vida.

• El principal objetivo de su tratamiento es mantener la funcionalidad física y mental del paciente, preservando su calidad de vida.

Tipos de dolor

Dolor relacionado

Dolor no relacionado

Dolor no relacionado al cáncer.

→ Duración mínima de 3-6 meses

→ Persiste más allá del tiempo esperado por la cicatrización de los tejidos o la resolución de una enfermedad subyacente.

Causas:

Neurología:

Neuropatías periféricas (mono y polineuropatías).

Otros trastornos simpáticos reflejos.

Proceso quirúrgico

Artrosis y periartritis. - Síndrome miofascial
= Síndrome de dolor miembro.

① Fármacos

vasculares, cortícos, otros.

Dolor relacionado al cáncer

Al momento del diagnóstico y en etapas avanzadas

• 30-45% de los pacientes experimentan

dolor moderado a severo.

Canes avanzado! - 25% de los pacientes presentan dolor.

Pacientes con cancer y dolor: 40-50% lo reportan como moderado severo - 25-30% lo describe como severo.

Antes de morir, más del 80% de los pacientes con cancer presentan dolor.

Dolor relacionado a cancer:

Causas mecanicas 78%.

- Crecimiento tumoral.
- Enfermedades metastaticas.

Por efectos del tratamiento (40%)

Secuelas de la radioterapia: osteoradionecrosis, parestinsias neuropaticas, mucositis y enteritis.

Quimioterapia

Quimioterapia: mucositis, neuropaticas periféricas, necrosis ossea, sepsis, herpes zoster.

Por otras causas relacionadas (3-10%)

- Síndromes pulmonares
- Fractura por osteoporosis
- Debilidad
- Espasmo muscular
- Síndromes articulares
- Viruelas de dermis
- Osteoporosis
- Apistamiento vertebral
- Artritis

Dolor.

Dolor visceral.

Mecanismos
nociceptivos.

Dolor somático.

Síndromes.

No nociceptivos (por
hepatobiliares)

Algun componente
de sistema nervioso
Dolor está dividido

Pentecost

Ruiz

Medula.

Dolor más
80%.

Evaluación del dolor (oncológico y no oncológico)

Localización Temporalidad Severidad o intensidad

- Regatimbase con una puntación desde 0 hasta 10 en las escalas visuales o verbales.

Tipo de dolor factores que lo exacerban y lo alivian Efecto del dolor sobre la capacidad funcional.

Factores desencadenantes Estado psico-afectivo Urgencias o emergencias potenciales.

Severidad.

Escala del dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SD

Capacidad funcional

Se recomienda evaluar los efectos de movilidad o las restricciones al movimiento que refiere el enfermo y consecuencias del dolor.

Mando de opioides.

Principios básicos

Via intravenosa.

- 1 Es una eficaz via de acceso a la via oral
- 2 Esta via es la de eleccion si el paciente esta hospitalizado y cuenta con una via previamente cannulizada.

Subcutanea

- 1 Es una via de eleccion para pacientes ambulatorios o procedimientos que no es posible canalizar la via intravenosa.
- 2 Es la mas utilizada en cuidados paliativos

Indicaciones de vías parenterales.

Nauseas y vomitos persistentes.	Distesia gástrica o problemas de deglución	Deltio, puntaje de estímulos u otras alteraciones motoras	Requerimiento de control de dosis por analgesia.
---------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

Administración

Norbupina

- 4-6 hrs: morfina, codeína, oxicodona, hidrocodona.
- 6-8 hrs: Buprenorfina, tramadol, fentanilo. Lib. P. 19

Esquema analgésico

- 1) Debe contar con una dosis de rescate
- 2) El ratio del rescate debe ser aprox. 10% de la dosis diaria total.

Intoxicación

- 1) Debe ser evitada por ser dolorosa e inconveniente y su asociación excesiva impide un buen control analgésico

- Manejo de efectos secundarios -

Constipación

Es un efecto adverso de los opiáceos

Puede provocar otros
síntomas o complicaciones

obstrucción
intestinal

compresión o
sección medular

Disminución de ingestas
de líquidos

Disminución de la
ingesta de alimentos
por anorexia

Constipación

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 Orde en la mayoría de los pacientes al inicio del tratamiento con opioides.

② Usualmente dura entre 48-72 horas.

③ En algunas casos puede ser atenuado el uso de estimulantes del SNC.

relivos Dextroanfetaminas acetilfenacetol

Nuseas y vomito

① Se sugiere el uso de metoclopramida o lantopromida.

Depresión respiratoria

Naloxona: revierte efectos de los opiáceos.

frang, Schmitt: revierte el coma opioide.

Necroticidad por opiáceos.

Mioclónicas → Convulsiones - alucinaciones - confusión

Otros efectos secundarios.

Píntido - Alt. del sueño - Ret. de orina - Alt. del sexo - Distorsión.

Tolerancia y dependencia física.

① Son espasmos siempre que se administran un tratamiento analgésico por largos períodos.

② No debe ser confundido con la dependencia psicológica (adicción), la cual se caracteriza por comportamientos compulsivos y los drog.

Tolerancia

Necesidad en incremento de la dosis requerida, e, p-50 del tiempo para volver al estado.

Estreñimiento y constipación

Se refiere a la evacuación de deposiciones más raras con menor frecuencia o con menor frecuencia o con mayor dificultad de la habitual.

Estreñimiento

En enfermos Asimétrico se presenta en un 50 y a 95% de los casos.

Relacionadas con la enfermedad.

Patologías

Concomitantes

Anticancerígenos
Antácidos
Opioides

Férulas

Relacionado con las condiciones del paciente

Alteraciones metabólicas.

Concomitante 2 teniendo una patología sea otra.

Relacionadas con la enfermedad.

- Invasión intestinal
- Compresión intestinal
- Daño neurológico
- Hipocalcemia.

Relaciones con el paciente

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

Farmacos:

- Opioides.
- Anticolinérgicos.
- Neurolepticos.
- Antitensivos.
- Hierro.
- Antiácidos.

Ansiedad

- Se define como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de una sensación desagradable y/o de síntomas somáticos de tensión.

- Es muy común en pacientes en la fase terminal de su vida.

- Se manifiesta como una sensación profunda 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 cáncer.

Trastorno por ansiedad generalizada:

- Síntomas de preocupación constante con duración mínima de 6 meses.

- Inquietud, dificultades para concentrarse, insomnio, tensión muscular entre otros.

Crisis de ansiedad:

- De aparición, súbita
- Palpitaciones, taquicardia, taquipnea, temblores, opresión torácica, náusea, sensación de despersonalización/desrealización.
- Insomnio, diaforesis, entre otros.

Organicas

Adaptativas

Farmacológicas

Psiquiátricas

Organicas

- Dolor intenso
- Debilidad
- Insomnio
- Náuseas
- Disnea.

Farmacológicas

- Esteroides.
- Benzodiazepinas.
- Opiáceos.
- Neurolepticos.
- Antidepresivos.

Adaptivos

- Feroces al tratamiento.
- Miedo a la muerte.
- Tristorno del sueño.

Historia Clínica

- Interrogar al paciente sobre sus necesidades psicológicas y espirituales.
- Valorar la personalidad previa.
- Investigar si existe duelo anticipado ante la fase terminal de la enfermedad.
- Investigar si se ha obtenido una adecuada preparación ante lo inevitable (apoyo terapéutico)

Examen físico

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

Psiquiátricos: Trastorno Pánico / depresión / Delirium y Psicosis.

Adaptativos: Temor al maltrato / miedo a la muerte / Trastorno del sueño.

H. éticas: Interrogar al Paciente por su necesidades psicológicas y espirituales.

- Valorar la personalidad previa.
- Ver si existe abuso antiético y si la fue víctima de la enfermedad.
- Preguntar si se ha tenido una conducta prepotencia ante lo inevitable (crisis transitoria).

E. Física → Bases S y S de dolor / depresión / delirium / intoxicación por fármacos / Ant. uso de Benzodicepinas o neurolepticos.