




DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

**Antonio Sánchez
Calso
CS Galapagar**



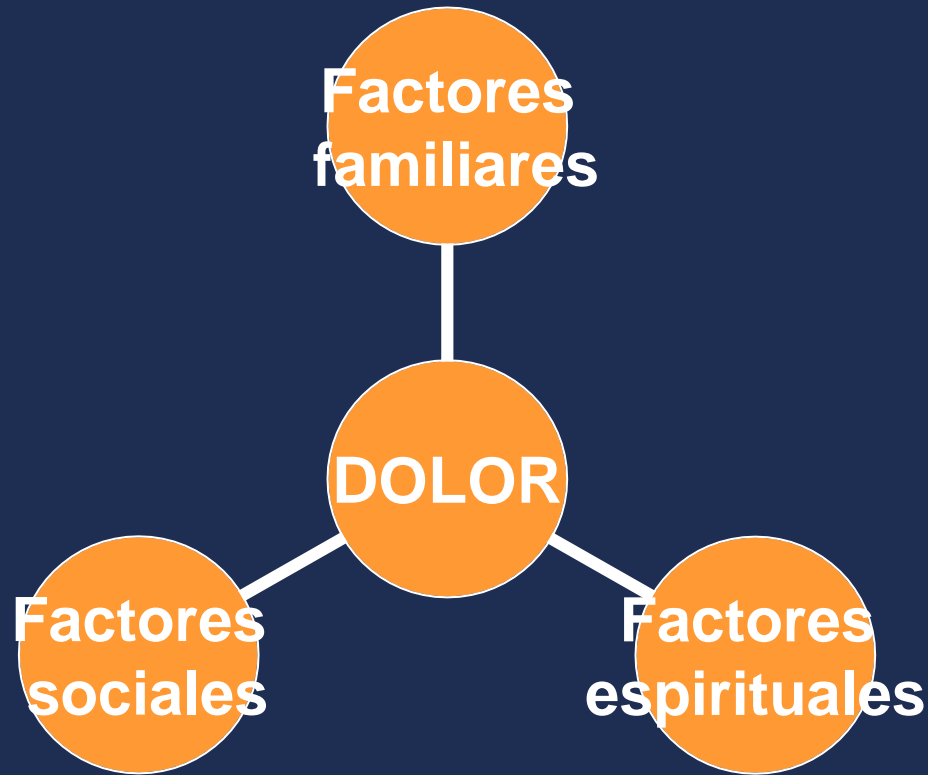


DEFINICIÓN DE DOLOR

 **Experiencia emocional y sensorial displacentera, debido a excitación de terminaciones nerviosas sensitivas, asociado a un estado psicoemocional del mismo carácter y de reacciones que tienden a evitar las causas que las provocan**



DOLOR TOTAL



RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DEL DOLOR

- Creer al enfermo
- Observar, evaluar y valorar adecuadamente
- Negociar y definir estrategia terapéutica
- Tratar anticipadamente y prevenir el dolor
- Responsabilizar a familiares del plan
- Ofrecer accesibilidad y flexibilidad
- Llevar documentación eficaz al domicilio
- Actuar en equipo
- Revisar continuamente la situación



PRINCIPIOS GENERALES EN TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Abordaje sistemático y secuencial
- Evitar infra y sobre dosificación
- Asociar coadyuvantes en cualquier escalón
- Administración reglada, nunca a demanda
- Objetivos escalonados: 1º Alivio dolor nocturno
2º Control dolor en reposo 3º Control dolor en actividad
- Buen control: puntos EVA < 4. Sueño reparador. < 2 crisis
- Potencia analgésica según intensidad del dolor y no por supervivencia esperada



TIPOS DE DOLOR

- **Relacionado con el tratamiento (20-25 %)**
 - Postquirúrgico**
 - Postquimioterapia**
 - Postradioterapia**
- **Relacionado con el tumor (70-78 %)**
 - Dolor óseo**
 - Dolor visceral**
 - Dolor neuropático**
- **Dolor no relacionado con el tumor, ni con el tratamiento (3-9 %)**



TIPOS FISIOPATOLÓGICOS DE DOLOR

- **DOLOR NOCICEPTIVO:** Debido a la estimulación de receptores periféricos
 - Dolor somático
 - Dolor visceral
- **DOLOR NEUROPÁTICO:** Secundario a procesos aberrantes en el sistema nervioso central o periférico



DOLOR NOCICEPTIVO

● SOMATICO

- Constante, profundo, bien localizado
- Transmisión por núcleos periféricos
- Distribución radicular
- No dolor referido
- Escasa respuesta de SNA
- Dolor a presión sin irradiación y contrarresistencia (inflam)
- Dolor óseo, incisión Qx

● VISCERAL

- Constante, profundo, difuso, cortejo vegetativo
- Transmisión por plexos viscerales y SNA
- Distribución difusa
- Típico dolor referido
- Respuesta florida de SNA
- Dolor regular con agudizaciones tipo cólico e irradiado.
- Dolor cólico intestinal

DOLOR NEUROPÁTICO. DEFINICIÓN

Experiencia sensorial y emocional displacentera que aparece tras una lesión del nervio a nivel central o periférico, por compresión, infiltración o destrucción.

Es un dolor “no protector”, porque puede persistir en ausencia de lesión.

Representa el 25% de los dolores oncológicos.



DOLOR NEUROPÁTICO

- Por estimulación directa del tejido nervioso por infiltración, compresión o destrucción
- Mal localizado
- Continuo. Quemante. Reagudizaciones paroxísticas
- Disfunción sensitivo-motora del área afecta
 - Alodinia
 - Hiperalgnesia
 - Dolor persistente
 - Dolor referido



DOLOR NEUROPÁTICO

- Dolor como quemazón, con disestesias paroxísticas, electricidad
- Dolor paradójico
- Expl física: dolor quemante, paroxismos eléctricos
- Mala respuesta a opioides



DOLOR NEUROPÁTICO

- Valorar lesión reversible del sistema nervioso susceptible de Radioterapia
- Coadyuvante de elección: Gabapentina (máx 3200 mg/día) y Pregabalina (600 mg/día)
- Depresión concomitante: amitriptilina (dosis máxima 150 mg / día)
- Asociar corticoide



DOLOR IRRUPTIVO

- **Exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor persistente estable**

- **Características:**

Dolor de base controlado

Intensidad severa

Aparición rápida y duración corta

Frecuencia de 1-4 episodios / día



DOLOR IRRUPTIVO

TIPOS

- Fallo por final de dosis
- Incidental:
 - Volitivo
 - No volitivo
 - Por procedimientos
- Espontaneo o idiopático



DOLOR IRRUPTIVO

TRATAMIENTO

- Parenterales de morfina, fentanilo, metadona, buprenorfina. UCP
- SAO (Short Action Opioids). Morfina, oxicodona, metadona. De elección en AP. Sevredol®, Oramorph®, Oxynorm®
- ROO (Rapid Onset Opioids). Fentanilo. Transmucosa, sublingual, nasal. Actiq®, Abstral®, Effentora®, Instanyl®, Pecfent®



Algoritmo de tratamiento del dolor en paciente terminal



Algoritmo de tratamiento del dolor en paciente terminal



CASO CLÍNICO

Pedro B.J. Varón de 68 años.

Antecedente de asma bronquial extrínseca y tabaquismo.

Diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar a nivel de lóbulo superior dcho hace 3 meses.

Debutó con disnea y tos . En Rx tórax se apreció un derrame pleural bilateral.

En estudio de extensión se encontraron metástasis en hígado y vértebras dorsales D2-D4.



**Ha recibido tratamiento paliativo con radioterapia.
Hasta ahora no ha precisado analgesia**



CASO CLÍNICO

Dolor en el hombro dcho, no bien localizado.

No le impide dormir por la noche. No mejora con el reposo. Aumenta un poco con los movimientos respiratorios.

Le limita a la hora de vestirse, pero puede comer , leer un libro, ir al lavabo.

Intensidad 4/10 EVA. Grado 2 o moderado



CASO CLÍNICO

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Invasión ósea del tumor
- Compresión o infiltración de nervios periféricos
- Infiltración local pleuropulmonar
- Dolor secundario a radioterapia



**DOLOR VISCERAL DE INICIO
RECIENTE Y MODERADO**



CASO CLÍNICO

ACTITUD

- Solicitamos Rx tórax para confirmar la extensión del tumor
- Iniciamos tratamiento con un analgésico no opiáceo. Paracetamol 1 gramo / 8 horas



Primer escalón: Analgésicos- Antiinflamatorios

- Eficacia analgésica, antitérmica, antiinflamatoria y antiagregante (AAS)
- Tienen techo analgésico
- Efecto aditivo con opioides
- No se deben asociar entre si
- Priorizar uso de AINE de vida media corta
- De elección: AAS, paracetamol, metamizol, ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco



ANALGÉSICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

- Tratamiento de base del dolor crónico, solos o asociados a opiáceos
- Tratamiento de ELECCIÓN del dolor nociceptivo óseo
- Tratamiento ocasional del dolor agudo episódico



Segundo escalón : Opiáceos menores

- Agonistas puros de receptores opioides
- Acción analgésica mediante interacción con receptores opioides, con menor actividad intrínseca que la morfina
- No inducen farmacodependencia
- Menor acción depresora del SNC
- Efecto antitusígeno
- Capacidad de producir estreñimiento



Opiáceos menores: CODEÍNA

- Antitusígeno potente
- Buena asociación con paracetamol
- Dosis máxima 240 mg / día
- Intervalo de dosis 4-6 horas



Opiáceos menores: TRAMADOL

- Inhibe la recaptación de 5HT y NA
- Alguna capacidad de depresión respiratoria. Antagonizado por naloxona
- Dosis máxima: 400 mg / día
- Intervalo de dosis: 6-8 horas. Formulación retard cada 12 horas. Formulación en gotas cada 24 horas.



CASO CLÍNICO

A los 15 días, reaparece el dolor, acompañado de tos seca e irritativa de predominio nocturno y le ha provocado vómitos en alguna ocasión.

Gammagrafía ósea negativa

Tratamiento : Opiáceo débil - Codeína 30 mg / 6 horas asociado a Paracetamol 1 gramo / 6 horas

A los 4 días, control solo parcial

Tratamiento: Codeína 60 mg / 6 horas





DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

**Antonio Sánchez
Calso
CS Galapagar**

