

ELNEC

CONSORCIO DE EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA PARA
EL FINAL DE LA VIDA

Currículo Internacional

GUÍA PARA EL INSTRUCTOR

Módulo 2

Manejo del dolor

Nota: No todos los medicamentos se encuentran disponibles en todos los países. Algunos fármacos pueden estar disponibles en su país y, sin embargo, no verse reflejados en estos módulos. Consulte su formulario para cotejar los medicamentos relacionados.

Módulo 2

Manejo del dolor

Generalidades del Módulo

Este módulo analiza los principios básicos de la evaluación y manejo del dolor y se especializa en el dolor al final de la vida.

Mensajes clave

- La evaluación integral del dolor es fundamental para lograr el alivio adecuado del dolor.
- Existen muchas barreras que impiden la evaluación y el tratamiento del dolor.
- Los profesionales de la atención médica deberían trabajar en colaboración con el paciente, su familia y los colegas de otras disciplinas para lograr un uso óptimo de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.
- El tratamiento del dolor al final de la vida también incluye el cuidado del sufrimiento.

Objetivos

Cuando finalice este módulo, el participante podrá:

1. Identificar las barreras para el alivio adecuado del dolor al final de la vida para los pacientes durante toda su vida.
2. Hacer una lista de los componentes de una evaluación detallada del dolor.
3. Describir las terapias farmacológicas y no farmacológicas utilizadas para aliviar el dolor.
4. Analizar los papeles de los miembros del equipo interdisciplinario involucrados en la evaluación y el manejo del dolor al final de la vida.

Módulo 2: Manejo del dolor

Guía para el Participante

- I. INTRODUCCIÓN
 - A. Definiciones
 - B. Estado actual del alivio del dolor

- II. BARRERAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR
 - A. La importancia de hablar sobre las barreras
 - 1. Identificar dónde existen obstáculos
 - 2. Detectar qué tipo de capacitación se necesita para los pacientes y cuándo
 - B. Barreras específicas
 - 1. Los profesionales de atención médica
 - 2. El sistema de salud

- III. EVALUACIÓN DEL DOLOR
 - A. Componentes
 - 1. Antecedentes del dolor
 - a. Informe del paciente
 - b. Estado emocional
 - c. Agudo vs. crónico
 - d. Ubicación (es)
 - e. Intensidad
 - f. Calidad
 - g. Patrones
 - h. Factores agravantes/de alivio
 - i. Antecedentes de medicamentos
 - j. Significado del dolor
 - k. Factores culturales
 - 2. Exámenes físicos
 - 3. Evaluación funcional
 - 4. Evaluación de laboratorio/diagnóstico
 - 5. Reevaluación
 - B. Síndromes comunes del final de la vida
 - 1. Síndromes del dolor nociceptivo
 - 2. Síndromes del dolor neuropático
 - C. El dolor y el sufrimiento al final de la vida
 - D. Pacientes con riesgo de evaluación y tratamiento deficientes del dolor
 - 1. Niños
 - 2. Ancianos
 - 3. Pacientes no verbales, con deficiencias cognitivas o inconscientes
 - 4. Pacientes que niegan el dolor
 - 5. Pacientes que no hablan el idioma del lugar
 - 6. Consideraciones culturales
 - 7. Personas sin seguro o con asistencia insuficiente

 - 8. Personas con antecedentes de enfermedades adictivas
 - E. Cómo comunicar los resultados de la evaluación
 - F. Definiciones
 - 1. Tolerancia
 - 2. Dependencia fisiológica
 - 3. Dependencia psicológica (adicción)
 - 4. Los opioides y la muerte

- IV. TERAPIAS FARMACOLÓGICAS
- A. No opioides
 - 1. Paracetamol
 - 2. Antiinflamatorios no esteroides (NSAID, por sus siglas en inglés)
 - B. Opioides
 - 1. Mecanismo de acción
 - 2. Efectos adversos
 - C. Analgésicos adyuvantes
 - 1. Antidepresivos
 - 2. Anticonvulsivantes
 - 3. Anestésicos locales
 - 4. Corticoesteroides
 - D. Vías de administración
 - 1. Oral
 - a. Comprimidos/cápsulas de liberación inmediata
 - b. Comprimidos/cápsulas de acción prolongada (liberación sostenida-cápsulas dispersables)
 - c. Presentación líquida
 - 2. Presentación para las mucosas y la boca
 - 3. Rectal (también estomal/vaginal)
 - 4. Aplicación transdérmica
 - 5. Aplicación tópica
 - 6. Parenteral
 - a. Intravenosa
 - b. Subcutánea
 - c. Intramuscular (no recomendada)
 - 7. Raquídea
 - a. Epidural
 - b. Intratecal
 - E. Principios relacionados con el uso de los analgésicos
 - 1. Escalera de 3 escalones de la World Health Organization – WHO (Organización Mundial de la Salud - OMS)
 - 2. Cómo prevenir y tratar los efectos adversos
 - 3. Uso de los medicamentos de acción prolongada y para el dolor repentino
 - 4. Cómo cambiar las vías de administración de los fármacos (equianalgésia)
 - 5. Rotación de los opioides
 - 6. Placebos
 - 7. Polifarmacia
 - 8. Costo

V. TERAPIAS CONTRA EL CÁNCER

- A. Radioterapia
 - 1. Radioterapia de haz externo
 - 2. Radionúclidos
- B. Cirugía
- C. Quimioterapia
- D. Terapia hormonal
- E. Otras terapias

VI. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- A. Bloqueos neurolíticos
- B. Procedimientos de neurólisis
- C. Vertebroplastia/ cifoplastia

VII. TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS

- A. Terapias cognitivas – del comportamiento

1. Relajación
 2. Visualización guiada
 3. Distracción
 4. Terapia de reestructuración cognitiva
 5. Grupos de apoyo
 6. Asesoramiento pastoral/plegaria
- B. Medidas físicas
1. Calor/frío
 2. Masajes
 3. Recolocación/dispositivos ortopédicos
- C. Terapias complementarias

VIII. VIH

IX. CONCLUSIÓN

- A. Roles del equipo interdisciplinario
- B. Sufrimiento/angustia existencial
- C. Equipo interdisciplinario

Módulo 2: Manejo del dolor
Guía para el Instructor

Diapositiva 1

E L N E C
End-of-Life Nursing Education Consortium
International Curriculum

Módulo 2
Control del dolor

“El dolor llega a todas partes, a mi visión, mis sentimientos, mi sentido del juicio; es una infiltración... Es como tener que morir muchas veces antes de morir.”

Alphonse Daudet, *In the Land of Pain*, 1840-1897

Diapositiva 2

El dolor es...

- **“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial en un tejido”**
IASP, 1979
- **“Lo que dice la persona dice que es...”**
McCaffery & Pasero 1999

E L N E C International Curriculum

- “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido o que se describe como ocasionada por dicha lesión. (Definición del IASP - www.iasp-pain.org/terms). Esta definición clarifica las dimensiones múltiples del dolor (McCaffery & Pasero, 1999). El dolor es más que un cambio en el sistema nervioso, también es un reflejo de las experiencias pasadas del paciente con respecto al dolor y al significado del dolor.
- "El dolor es todo aquello que la persona dice que experimenta cada vez que dice que lo está experimentando" (McCaffery & Pasero, 1999). Esta definición describe la subjetividad del dolor. No podemos saber cuándo otra persona está experimentando dolor a menos que nos lo diga. El informe de la persona es la única medida válida para el dolor.
- A veces, los pacientes no pueden informar acerca de su dolor. En esas circunstancias, es aceptable preguntarle a la familia, los amigos o cuidadores si ellos creen que la persona tiene dolor.
- Al final de la vida, muchos pacientes no pueden comunicar su dolor debido al delirio, la demencia, la afasia, la debilidad motora y las barreras del idioma, entre otros factores. Si el paciente tiene alguna razón física potencial para tener molestias, se considerará que tiene dolor a menos que se demuestre lo contrario (McCaffery & Pasero, 1999).

Diapositiva 3

Estado actual del dolor

- **Los pacientes con cáncer al final de la vida – el 54% tiene dolor**
- **SIDA con pronóstico <6 meses – dolor intenso**

Berger et al, 2002; Paice & Fine, 2006

E L N E C International Curriculum

- Aproximadamente un tercio de las personas que están recibiendo un tratamiento activo contra el cáncer y dos tercios de las que tienen una enfermedad maligna avanzada experimentan dolor (American Pain Society, 2003; Paice & Fine, 2006; Potter & Higginson, 2004).
- En un estudio realizado en pacientes con cáncer que estaban cerca del final de la vida, el 54% tuvo dolor en las cuatro semanas antes de la muerte y un 34% tuvo dolor una semana antes de la muerte (Coyle et al., 1990).
- En un estudio realizado en 50 pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con un pronóstico de vida de seis meses o inferior, la intensidad del dolor fue grave. Los tipos de dolor que se informaron con más frecuencia fueron el dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor de pecho y neuropatías (Berger et al., 2002).

Diapositiva 4

o
o
o

Estado actual del dolor (cont.)

- **Menos investigaciones llevadas a cabo en otras enfermedades crónicas**
- **El alivio inadecuado del dolor acelera la muerte**
- **El alivio del dolor es fundamental al final de la vida**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Lamentablemente no se han realizado muchas investigaciones con respecto a la prevalencia del dolor y a la experiencia de los pacientes con otros trastornos que ponen en peligro la vida (por ej. enfermedades cardíacas en estadio terminal, trastornos neurológicos, etc.).
- El alivio inadecuado del dolor acelera la muerte porque aumenta el estrés psicológico, disminuye potencialmente la inmunocompetencia, reduce la movilidad, aumenta el riesgo de neumonía y tromboembolismo y aumenta el trabajo para respirar y el requerimiento de oxígeno para el miocardio. Además, el dolor empeora la calidad de vida del individuo.
- El alivio del dolor al final de la vida puede permitirle al paciente “irse”.

Diapositiva 5

○
○
○

Barreras para el alivio del dolor

- **Importancia de hablar sobre las barreras**
- **Barreras específicas**
 - **Profesionales**
 - **Sistemas de atención médica**
 - **Pacientes/familias**

Davis et al., 2002; Gunnarsdottir et al., 2002;
McCaffery & Pasero, 1999; Miaskowski et al., 2005;
Paice & Fine, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Identifique dónde existen obstáculos (Davis et al., 2002; Gunnarsdottir et al., 2002; McCaffery & Pasero, 1999; Miaskowski et al., 2005; Paice & Fine, 2006; Schumacher et al., 2002).
 - Estas barreras son comunes a toda la atención médica.
 - Los profesionales de atención médica pueden trabajar para superar las barreras por medio de la educación, los esfuerzos para mejorar la calidad y su participación en grupos profesionales que protegen a aquellos que tienen dolor.
- Detecte qué tipo de capacitación para los pacientes se necesita y cuándo.
 - Lo pacientes sufren muchos de los mismos mitos y actitudes que plagan a los profesionales de la atención médica.
 - El equipo de atención médica brinda poder de acción a los pacientes a través de la educación.
 - Pueden tranquilizar a los pacientes al decirles que el control del dolor es un derecho de todos los pacientes y que se basa en el informe del paciente sobre el dolor y que el buen manejo del dolor mejorará su calidad de vida.
 - Es necesaria la educación activa de los pacientes y de su familia/personas de apoyo, y deben incluirse los temas de la tolerancia, la dependencia fisiológica y la adicción. Los pacientes pueden usar términos como “enganchado” cuando se refieren a la adicción e “inmune” cuando hablan de la tolerancia. Permítales a los pacientes/cuidadores hablar sobre sus inquietudes y temores (Ward et al., 2001).
- Barreras relacionadas con los profesionales de la atención médica:
 - Conocimiento inadecuado del control del dolor;
 - Evaluación deficiente del dolor;
 - Inquietudes con respecto a la regulación de los opioides;
 - Miedo a la adicción del paciente;
 - Inquietudes con respecto a los efectos adversos de los analgésicos;
 - Inquietudes con respecto a que los pacientes desarrollen tolerancia a los analgésicos.
- Barreras relacionadas con el sistema de atención médica:
 - Se le da poca prioridad al tratamiento para el dolor;
 - Reembolso inadecuado;

- Regulación restrictiva de los opioides;
- Problemas de acceso al tratamiento o de disponibilidad. Muchas veces, los opioides no están disponibles. Los profesionales de atención médica deberían trabajar para asegurar que los medicamentos necesarios estén disponibles para los pacientes (Morrison et al., 2000).
- Barreras relacionadas con los pacientes/familias:
 - Resistencia a informar el dolor;
 - Inquietudes por miedo a que al informar sobre el dolor, los médicos se distraigan con respecto al tratamiento de la enfermedad subyacente;
 - Miedo de que el dolor signifique que ha empeorado la enfermedad;
 - Inquietudes por no ser un “buen” paciente;
 - Rehusarse a tomar los medicamentos para el dolor;
 - Miedo a la adicción o a ser considerado un adicto;
 - Inquietudes sobre los efectos adversos incontrolables;
 - Preocupación por la tolerancia a los medicamentos contra el dolor;
 - El costo es una barrera significativa para la buena analgesia;
 - Las personas ancianas pueden creer que el dolor es algo normal del envejecimiento (Mitty, 2001);
 - Falta de adherencia al régimen analgésico (Miaskowski et al., 2001).

Diapositiva 6

Evaluación del dolor

- **Historia del dolor**
- **Términos sobre el dolor**
- **Agudo vs. crónico**

Fink & Gates, 2006

E L N E C International Curriculum

- Ejercicio: Solicite a los participantes que identifiquen entre las personas de la sala, quiénes tienen dolor y quiénes no. Hable sobre la dificultad de identificar el dolor a través del comportamiento y de la importancia del informe verbal en la evaluación. Analice la subjetividad del dolor.
- Componentes (Vea los cuadros 1 y 2) (American Pain Society, 2003; Benedetti et al., 2000; Fink & Gates, 2006; Levy & Samuel, 2005; McCaffery & Pasero, 1999; Miaskowski et al., 2005; NCCN Guidelines, 2007):
 - Antecedentes del dolor
 - ♦ Involucre a la familia/cuidador cuando realice una historia clínica del dolor y tenga en cuenta que lo que dice el paciente es la medida más válida del dolor. A veces, pueden surgir discrepancias entre el informe del paciente y el de los miembros de la familia. Analice estas diferencias (por ej. el paciente puede ser estoico e informar menos dolor del que realmente tiene, o los miembros de la familia pueden estar muy angustiados por la enfermedad de su ser querido y sobreestimar el dolor del paciente como respuesta a su propio sufrimiento (Redinbaugh et al., 2002).
 - ♦ Muchas veces, las personas no pueden usar la palabra “dolor”. Esto puede deberse al estoicismo, a la preocupación por parecer quejoso o llorón, a la creencia de que al admitirlo, el dolor se hace real (lo que implica que la enfermedad subyacente es real y está avanzado posiblemente); prejuicios culturales u otras causas. La alternativa que se usa con más frecuencia es la palabra “molestia”. Otros términos pueden ser “dolor” o “incomodidad”. Algunos términos sugieren emociones, por ejemplo “angustiante” u “horrible”. Analice el significado del dolor para el paciente y su familia.
 - ♦ Agudo vs. crónico
 - El dolor agudo generalmente se define como un dolor que dura entre uno y tres meses.
 - El dolor crónico persiste por más de tres meses.
 - Algunos síndromes de dolor consisten en dolor crónico con exacerbaciones agudas.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 1: Evaluación del Dolor con la sigla inglesa “OLD CART”

Cuadro 2: Sigla para la evaluación y el manejo del dolor

Diapositiva 7

Historial del dolor

- **Ubicación**
- **Intensidad**
- **Calidad**
- **Patrón temporal**



E L N E C International Curriculum

- Muchos pacientes tienen dolor en lugares múltiples. El sitio del dolor puede ser referido. Por ejemplo, después de las cirugías laparoscópicas, los pacientes describen dolor en el hombro.
- Cuando los pacientes hablan de “dolor en todas partes”, esto se refiere generalmente a un dolor total o angustia existencial (a menos que haya una razón fisiológica subyacente para el dolor en todo el cuerpo, como por ejemplo las mialgias). Evalúe el estado emocional del paciente con respecto a la depresión, el miedo, la ansiedad o la falta de esperanzas.
 - Es importante cuantificar el dolor por medio de una escala convencional de intensidad del dolor. Una de las herramientas más comunes y simples es una escala de calificación numérica en la que se le pide al paciente que califique su dolor del 0 al 10, el 0 indica que no hay dolor y 10 representa el peor dolor imaginable.
 - Cuando los pacientes no pueden conceptualizar el dolor por medio de un número, pueden usarse categorías simples (por ej. no hay dolor, dolor leve, moderado, grave). Las escalas que tienen dibujos de caras pueden ser útiles para los niños y adultos con deficiencias cognitivas (Wong et al., 2001). [Vea la Ilustración 1]
- **Calidad:** A grandes rasgos, el dolor puede dividirse en dos tipos principales: nociceptivo y neuropático.
 - El dolor nociceptivo generalmente está relacionado con el daño en los huesos, tejidos blandos u órganos internos. El dolor nociceptivo incluye los dolores somáticos y viscerales. El dolor somático es un dolor sordo y palpitante. La artritis es un ejemplo del dolor somático. El dolor visceral es un dolor de retortijones y calambres. Por ejemplo, las metástasis al hígado o el dolor de la pancreatitis.
 - El dolor neuropático generalmente se debe a un daño en el sistema nervioso central. Los pacientes describen este dolor como una sensación de quemazón, hormigueo, electricidad o dolor punzante. Por ejemplo, la neuropatía diabética o la neuropatía postherpética (herpes zóster) (Paice, 2003).
- **Patrones**
 - El dolor puede estar presente siempre. A este tipo de dolor se lo suele llamar dolor de base.
 - Puede aparecer un dolor adicional intermitente de comienzo rápido y de una intensidad mayor que el dolor de base. Éste es el dolor repentino. Las personas que están al final de la vida muchas veces tienen estos dos tipos de dolor.

Material didáctico suplementario sugerido:

Ilustración 1: Comunicación de los resultados de la evaluación del dolor

Diapositiva 8

Historial del dolor

- **Factores agravantes/de alivio**
- **Historial de medicamentos (recientes y pasados)**
- **Significado del dolor**
- **Factores culturales**

E L N E C International Curriculum

- Factores agravantes/de alivio: ¿Qué alivia el dolor? ¿Qué empeora el dolor? Estos datos pueden brindar información con respecto a la etiología del dolor y los tratamientos potenciales. Por ejemplo, si los masajes alivian el dolor, es probable que sea de origen musculoesquelético en vez de neuropático.
- Antecedentes de medicamentos
 - Es fundamental conocer los fármacos que ya ha tomado el paciente, si fueron efectivos y qué efectos adversos se presentaron.
 - Pregúntele a los pacientes qué medicamentos les han recetado y cuáles están tomando en este momento (y la razón de las disparidades).
 - También deberá preguntar al paciente sobre el uso de los fármacos de venta sin receta médica, las drogas recreativas, los productos herbales y los tratamientos que brindan los sanadores tradicionales.
- Significado del dolor
 - El significado del dolor que tiene el paciente puede afectar profundamente la percepción del dolor al final de la vida. Muchos consideran que el dolor es un castigo por algo que ellos han hecho (o en lo que han fallado) durante su vida.
 - La educación puede aliviar a estos pacientes con respecto a dichas creencias, y muchas veces se produce una mejora de la comodidad.
- Deben analizarse las creencias culturales con respecto al significado del dolor (Consulte el Módulo 5 - Cultura).

Diapositiva 9

Examen físico

- **Observación**
- **Palpación**
- **Auscultación**
- **Percusión**



E L N E C International Curriculum

- Tenga en cuenta las pistas no verbales que podrían sugerir dolor, por ejemplo, retraimiento, fatiga, muecas, gemidos e irritabilidad, especialmente si el paciente no puede informar sobre su dolor.
- Revise los lugares con dolor para ver si hay traumatismos, lastimaduras en la piel, cambios en las estructuras de los huesos, etc.
- Realice una palpación de la zona para comprobar si hay sensibilidad.
- Ausculte para detectar sonidos respiratorios anormales que podrían ser síntomas de neumonía (por ej. crepitantes, estertores, disminución de los sonidos respiratorios) u obstrucción intestinal (por ej. sonidos de intestino hiperactivo) u otros síndromes.
- Haga percusión en la zona para detectar acumulación de líquido o gases (especialmente si hay dolor abdominal, para descartar obstrucciones, ascitis, etc.).

Diapositiva 10

Evaluación funcional

- **Capacidad de vestirse**
- **Caminar**
- **Cocinar**

E L N E C International Curriculum

- Evaluación funcional
 - Capacidad de cuidarse a sí mismo.
 - ◆ Levantarse para ir al baño.
 - ◆ Vestirse, cuidado personal y bañarse.
 - Caminar.
 - ◆ Caídas.
 - ◆ Subir y bajar de la acera/escalones.
 - Cocinar.
 - ◆ Puede sostener recipientes.
 - ◆ Puede discernir cuando las cosas están calientes.
- La información derivada del examen físico contribuye a la información obtenida durante la confección de la historia clínica para determinar la causa subyacente del dolor. De este modo se pueden diseñar tratamientos potenciales (por ej. laxantes/reblandecedores si el paciente está estreñido, antibióticos si hay una infección subyacente o radioterapia para las metástasis al hueso).

Diapositiva 11

**Evaluación de
laboratorio/diagnóstico**

- **Descartar causas potencialmente tratables**
- **La necesidad de evaluaciones adicionales radiográficas o de laboratorio está dirigida por los objetivos de la atención médica**

E L N E C International Curriculum

- La necesidad de evaluaciones adicionales de laboratorio o radiográficas estará determinada por los objetivos de atención médica para el paciente. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de dolor abdominal y el examen físico no producir resultados. Una radiografía o tomografía computarizada puede diferenciar el dolor causado por ascitis (que puede aliviarse potencialmente con una paracentesis que puede realizarse en la cama) del dolor causado por una obstrucción (para este caso puede ser útil una gastrostomía de ventilación o el paciente puede evitar la ingesta enteral de bebidas y alimentos).
- Los exámenes de laboratorio pueden medir el calcio para descartar la hipercalcemia como causa del delirio. Sin importar el tipo de examen o su naturaleza invasiva, el clínico debe preguntarse constantemente “¿Cómo cambiarán los resultados de este examen el curso de la terapia?”.

Diapositiva 12

Volver a evaluar

- **Cambios en el dolor**
- **Evaluación del alivio del dolor**
- **Hacer que el dolor sea visible**



E L N E C International Curriculum

- Es fundamental reevaluar el dolor regularmente, saber si hay cambios en el dolor o en el régimen analgésico. La regularidad de la evaluación del dolor depende del grado en el que esté cambiando la condición del paciente o su dolor. Cuanto más rápido sea el progreso de la enfermedad, mayor será la exigencia de evaluaciones frecuentes. Los pacientes deberían ser entrenados para informar los cambios en el dolor.
- El alivio del dolor puede ser evaluado por medio de una escala del 0 al 10, en la que el 0 significa que no hay alivio y el 10 que el alivio es total. Cuando los pacientes no pueden usar esta escala, pueden utilizarse frases como “sin alivio”, “un poco de alivio”, “alivio moderado” o “alivio completo/total”.
- Cuando se debe determinar el éxito de un analgésico nuevo, se puede preguntar al paciente: “después de haber tomado este comprimido (o líquido, inyección, etc.) “¿Cuánto alivio siente? Si el paciente puede comunicar cuánto alivio siente, entonces pregunte: “¿Por cuánto tiempo duró el alivio?”. De este modo se puede comprobar la duración del efecto.
- El dolor debe hacerse visible (el quinto signo vital). El agregado de las calificaciones de la intensidad del dolor en la historia clínica donde se registran la temperatura, el pulso y los otros signos vitales ha demostrado que ayuda a mejorar el alivio del dolor.
- Una estrategia útil para la reevaluación del dolor es pedirles a los pacientes/cuidadores que lleven un diario del dolor. Los miembros del equipo de atención médica pueden enseñarles al paciente o a otros miembros de la familia a registrar las respuestas diarias al dolor (por ej. calificaciones de la intensidad, alivio del dolor, horarios y dosis de los medicamentos administrados para el dolor repentino, comentarios adicionales sobre las actividades u otros factores).

Material didáctico suplementario sugerido:

Ilustración 5A: Herramienta para la evaluación inicial del dolor

Ilustración 5B: Ejemplo de la herramienta de evaluación del dolor completada

◦
◦
◦

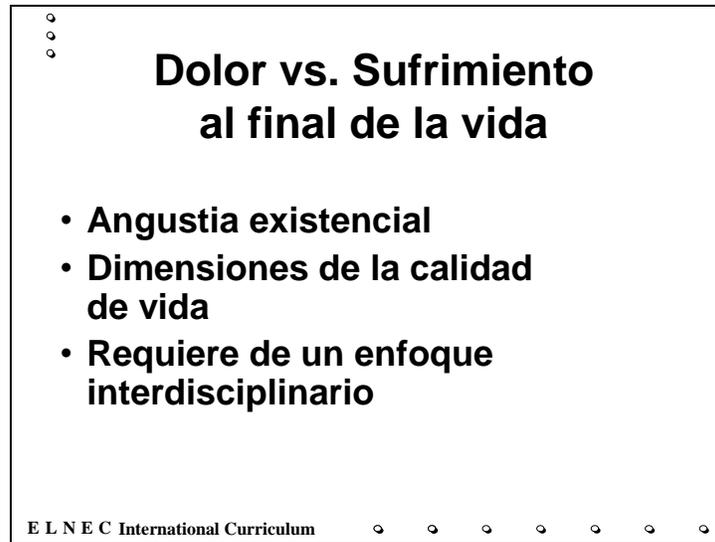
Síndromes comunes del final de la vida

- **Nociceptivo**
 - Somático
 - Visceral
- **Neuropático**
 - Neuropatía postherpética
 - Neuropatía diabética
 - Neuropatía asociada al VIH
 - Neuropatía asociada con la quimioterapia

E L N E C International Curriculum ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦

- Síndromes del dolor nociceptivo:
 - Los ejemplos de los síndromes del dolor nociceptivo somático son la artritis, las metástasis al hueso, las infecciones de la mucosa oral o mucositis y las lesiones de la piel.
 - Los ejemplos de los síndromes de dolor visceral son los tumores que ocupan el hígado/páncreas/bazo la ascitis por causas malignas, enfermedad cardíaca en estadio terminal, cirrosis, calambres abdominales causados por la diarrea asociada al SIDA.
- Síndromes del dolor neuropático: Ejemplos:
 - Neuropatía postherpética (herpes zóster: ocurre en los pacientes inmunocomprometidos y ancianos),
 - Neuropatía diabética (sensación de quemazón en los pies y las manos),
 - Neuropatía periférica asociada al VIH,
 - Neuropatías periféricas relacionadas con la quimioterapia (con fármacos tales como vincristina y vinblastina),
 - Dolor neuropático de las extremidades inferiores debido a lesiones de la médula espinal,
 - Dolor neuropático generalizado después de un derrame cerebral (síndrome postcentral, generalmente asociado con el derrame cerebral en el tálamo), entre muchos otros.

Diapositiva 14



**Dolor vs. Sufrimiento
al final de la vida**

- **Angustia existencial**
- **Dimensiones de la calidad de vida**
- **Requiere de un enfoque interdisciplinario**

E L N E C International Curriculum

- La angustia existencial, el miedo al proceso de la muerte y el duelo pueden alterar las expresiones del dolor.
- El dolor en las personas con enfermedades terminales es complejo e incluye dimensiones de la angustia psicológica, social y espiritual que se manifiestan junto con el dolor físico (Sutton et al., 2002).
- El manejo del dolor al final de la vida deberá estar basado en un enfoque interdisciplinario.

o
o
o

Pacientes con riesgo de recibir menos tratamiento del necesario

- **Niños y adultos mayores**
- **Personas que no hablan o con dificultad cognitiva**
- **Pacientes que niegan el dolor**
- **Pacientes que hablan otro idioma**
- **Culturas diferentes**
- **Antecedentes de enfermedad adictiva**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Los niños (Layman-Goldstein et al, 2006; Wolfe et al., 2000)
 - Muchas veces, los niños reciben menos tratamiento del que necesitan debido a los miedos erróneos con respecto a la adicción, o a la creencia de que los niños no sienten el dolor debido a que sus sistemas nerviosos no están totalmente desarrollados. El subtratamiento es el resultado de la falta de conocimiento con respecto a las intervenciones farmacológicas.
- Los ancianos (Derby & O'Mahony, 2006)
 - Muchas veces, no se evalúa el dolor en los ancianos. Los valores aproximados de los adultos mayores que padecen un dolor significativo son: 25-50% de los ancianos que viven en comunidades; 45-80% de los ancianos en centros de atención de largo plazo (Brattberg et al. 1997). El dolor muchas veces tiene una presentación atípica en los ancianos. El dolor puede presentarse como confusión o agitación.
 - Es menos probable que admitan que tienen dolor por el temor a la adicción o a la pérdida de control. Los ancianos comúnmente experimentan dolor crónico debido a la osteoartritis, el cáncer, la neuropatía diabética, el herpes zóster y la osteoporosis.
 - Es menos probable que los ancianos obtengan alivio del dolor crónico que las personas jóvenes. Es complicado lograr un buen alivio del dolor por causa de la enfermedad asociada y por el riesgo mayor de presentar reacciones adversas al fármaco. Esto se debe en gran medida a: la falta de conocimiento para el manejo del dolor en ancianos y miedo a recetar opioides para ancianos. Muchas veces, los ancianos reciben dosis inferiores a las necesarias. Comience despacio con dosis bajas pero ajústelas enérgicamente. Muchos ancianos pueden requerir finalmente dosis que están dentro del mismo rango que las dosis para adultos (American Geriatrics Society, 2002; Davis et al., 2002).
- Pacientes no verbales, con deficiencias cognitivas o inconscientes
 - En los ancianos, el dolor no es detectado y es subtratado con una frecuencia mayor. (American Geriatrics Society, 2002). Muchas veces, esto se debe a la falta de capacidad de verbalización. Los indicadores no verbales de dolor, especialmente en los ancianos son: confusión, cambios en el comportamiento, comportamiento combativo y disminución de la movilidad.
 - En la atención de largo plazo, cuanto más alto fue el índice de la medición del comportamiento con respecto a la desorientación, al retraimiento y a la discapacidad funcional, más reducida fue la cantidad de analgésicos que el paciente recibió.

- La agresividad y/o la resistencia a la atención médica pueden presentarse debido a que el paciente se está defendiendo de los movimientos que pueden causarle dolor.
- Pacientes que niegan el dolor
- Pacientes que no hablan el idioma del lugar.
- Aspectos culturales [Consulte el Módulo de la Cultura]
 - Determine qué otras intervenciones (por ej. música, plegarias, medicamentos herbales) pueden usarse con los medicamentos para el dolor. Evalúe la comodidad con el manejo del dolor y con qué palabras el paciente se siente cómodo para hablar del dolor (Davidhizar & Giger, 2002; Lasch, 2000).
- Personas sin seguro o con asistencia insuficiente
 - El costo es la barrera principal que impide la analgesia efectiva al final de la vida. Muchos analgésicos (especialmente las fórmulas más sofisticadas) pueden ser extremadamente caros.
- Personas con antecedentes de enfermedades adictivas (Berger et al., 2002; Whitcomb et al., 2002).
 - Es fundamental la evaluación detallada del dolor en las personas con antecedentes de abuso de sustancias en el presente o el pasado. Los pacientes pueden ser clasificados del modo siguiente (el tratamiento es diferente para cada grupo):
 - ◆ Personas que usaron drogas en el pasado pero que ahora no las usan.
 - ◆ Pacientes con programas de mantenimiento de metadona.
 - ◆ Pacientes que abusan activamente de las drogas (es posible que algunos de estos pacientes reconozcan que abusan de las drogas y otros no).
 - Use un enfoque de un equipo interdisciplinario En algunas situaciones, puede ser útil incluir como consultores a asesores sobre las adicciones y a otro tipo de expertos en este campo. Lamentablemente, muchas de estas personas no son expertas en el control del dolor, y por lo tanto, es fundamental la colaboración entre los profesionales especializados en el dolor y los especialistas en adicciones.
 - Deben establecerse objetivos realistas. La recuperación de las adicciones es imposible si el paciente no busca esta rehabilitación.
 - Es fundamental contar con un ámbito limitado y coherencia.
 - Deberá brindar un ambiente estructurado y seguro para los pacientes y las personas que les brindan apoyo.
 - Los trastornos psiquiátricos asociados son comunes, especialmente la depresión, los trastornos de la personalidad y de ansiedad. El tratamiento de estos problemas subyacentes puede reducir las recaídas o los comportamientos aberrantes y puede hacer que el control del dolor sea más efectivo.
- Debe tenerse en cuenta la tolerancia, dado que las dosis de opioides pueden requerir un ajuste más rápido y pueden ser más altas que en los pacientes que no tienen antecedentes de abuso de sustancias. Pueden usarse no opioides, como por ejemplo los antiinflamatorios no esteroides (NSAID, por sus siglas en inglés) y analgésicos adyuvantes junto con los opioides. Debe evitarse el síndrome de abstinencia de los opioides, las benzodiacepinas y el alcohol. No es poco frecuente el abuso concurrente de diversas sustancias.

Diapositiva 16

Cómo comunicar los resultados de la evaluación

- **La comunicación mejora el control del dolor**
- **Descripción de la intensidad, limitaciones y respuesta a los tratamientos**
- **Documentación**

Gordon et al, 2005; McCaffery & Pasero, 1999

E L N E C International Curriculum

- La comunicación clara de los objetivos (tanto verbalmente como por escrito) de los hallazgos relacionados con la evaluación del dolor mejorarán, en última instancia, el manejo del dolor (McCaffery & Pasero, 1999).
- Describa la intensidad del dolor, las limitaciones funcionales que son consecuencia del dolor (por ej. el paciente no puede tolerar los tratamientos de radioterapia) y la respuesta al régimen analgésico actual (por ej. 50% de alivio, sin efectos adversos). Esta información es fundamental para los otros profesionales de la atención médica para modificar el plan de tratamiento y actuar como un defensor del paciente.
- La documentación deberá realizarse en un lugar visible de la historia clínica. La American Pain Society (Sociedad Estadounidense para el Dolor) recomienda que el dolor sea el “quinto signo vital” y que se documente en los mismos formularios en los que se registran la temperatura, el pulso, la frecuencia respiratoria, etc. (Gordon et al, 2005). También es importante documentar las reevaluaciones del dolor.

Diapositiva 17

Definiciones

- **Tolerancia**
- **Dependencia fisiológica**
- **Dependencia psicológica**
- **Los opioides y la muerte**

E L N E C International Curriculum

- Definiciones (Joint Consensus Statement from the American Academy of Pain Medicine [Declaración Consensuada Conjunta de la Academia Estadounidense de Medicina para el Dolor], American Pain Society [Asociación Estadounidense para el Dolor] y American Association of Addiction Medicine [Asociación Estadounidense de Medicina para las Adicciones], 2001) [Consulte el PDQ *Summary* (Resumen) del NCI: *Substance Abuse Issues in Cancer* para más información sobre este tema:
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/substanceabuse/healthprofessional>]
- La tolerancia
 - Es un estado de adaptación en el que la exposición a un fármaco induce cambios que tienen como resultado una disminución de uno o más efectos del fármaco con el paso del tiempo.
 - En el ámbito clínico, la tolerancia no es un problema significativo. Sin embargo, los malentendidos con respecto a la tolerancia pueden producir retrasos en el tratamiento o impedir la administración de dosis adecuadas de opioides.
 - Además, a pesar de las creencias más difundidas, la tolerancia no equivale a adicción.
- La dependencia fisiológica: Es un estado de adaptación que se manifiesta con un síndrome de abstinencia específico de una clase de fármaco que puede producirse por la suspensión abrupta, la reducción rápida de la dosis, la disminución del nivel del fármaco en la sangre y/o la administración de un antagonista.
- La dependencia psicológica (adicción)
 - La adicción es una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones.
 - Se caracteriza por uno o más de los comportamientos descritos a continuación: control deficiente del uso del fármaco, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y deseos patológicos.
 - Nunca permita que un paciente se quede sin un opioide ya que esto producirá un aumento del dolor, agitación, insomnio, dolores abdominales, diarrea y síntomas de abstinencia.
- Los opioides y la muerte
 - Las dosis y la frecuencia de administración de los opioides en los pacientes que están al final de la vida no están asociadas con el momento de la muerte.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 3: Definiciones relacionadas con el dolor

Diapositiva 18

o
o
o

Terapias farmacológicas

- **No opioides**
- **Opioides**
- **Adyuvantes**

APS, 2003;
McCaffery & Pasero, 1999;
Miyoshi, 2001

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Los analgésicos pueden clasificarse en general como no opioides, opioides o adyuvantes.
- Es fundamental la colaboración estrecha entre los médicos, enfermeros y farmacéuticos para el uso óptimo de los tratamientos con fármacos.

Diapositiva 19

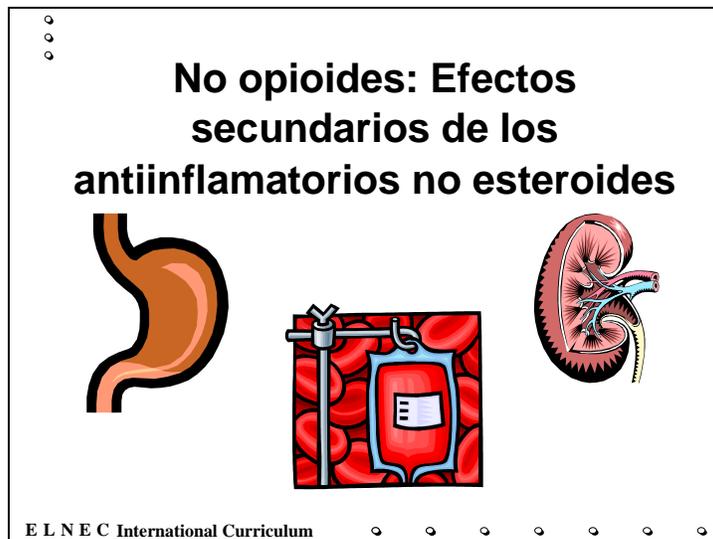
No opioides

- **Paracetamol**
- **Antiinflamatorios no esteroides**

APS, 2003;
McCaffery & Pasero, 1999;
Miyoshi, 2001

E L N E C International Curriculum

- Paracetamol (Acetaminofeno) (Schiodt et al., 1997)
 - Acciones
 - ◆ Analgésico
 - ◆ Antipirético
 - Efectos adversos
 - ◆ Puede producir una disfunción hepática si se administran dosis rutinarias superiores a los 4000 mg/día en pacientes con una función hepática normal y una disfunción aguda con dosis de 6000 mg/día.
 - ◆ El paracetamol está presente en muchos productos. Tenga en cuenta la cantidad de paracetamol en los compuestos siguientes cuando elija estos fármacos para el dolor (American Geriatrics Society, 2002).
 - ◆ Es importante preguntarles a los ancianos acerca de todos los medicamentos que puedan estar tomando para determinar la dosis total de paracetamol.
- Fármacos antiinflamatorios no esteroides (NSAIDs) (American Pain Society, 2003; Benedetti et al., 2000; McCaffery & Pasero, 1999; Miasowski et al., 2005; Miyoshi, 2001): Ejemplos: aspirina, ibuprofeno (por ej., Motrin[®]), naproxeno (por ej., Naprosyn[®]).
 - Inhiben las prostaglandinas al bloquear la ciclooxigenasa. Las prostaglandinas son abundantes en el periostio de los huesos, en el útero y también en otras partes del cuerpo. Por lo tanto, los antiinflamatorios no esteroides son útiles para aliviar el dolor de los huesos y la dismenorrea y muchos otros síndromes de dolor.
 - Los antiinflamatorios no esteroides tienen acción antiinflamatoria, analgésica y antipirética.
 - A diferencia de los opioides, los medicamentos antiinflamatorios tienen un tope en su efecto. El aumento de la dosis más allá de cierto punto no incrementará la analgesia y solamente aumentará el riesgo de efectos adversos.



- Los antiinflamatorios no esteroides producen una toxicidad gástrica significativa a través de los efectos locales y sistémicos. A nivel local, los antiinflamatorios no esteroides migran a través de la mucosa gástrica a través de las células epiteliales que recubren el estómago. Cuando se encuentran dentro de estas células, los antiinflamatorios no esteroides se convierten en su forma ionizada y hacen que los iones de hidrógeno queden atrapados dentro de las células. Los efectos sistémicos de los antiinflamatorios no esteroides se deben en gran medida a la inhibición de la síntesis de la prostaglandina. La disminución de la síntesis de la prostaglandina tiene como resultado una disminución de la mucosidad del epitelio que recubre el estómago y una disminución de la proliferación epitelial. La reducción de la mucosidad expone al recubrimiento de la mucosa gastroduodenal a las lesiones producidas por las sustancias de los intestinos (por ejemplo el ácido, la pepsina y las sales biliares) y los agentes que se introducen dentro del tracto gastrointestinal (por ejemplo el alcohol). La disminución del flujo de sangre y del crecimiento epitelial inhibe la reparación cuando se producen daños. Como resultado de estos factores locales y sistémicos, es común la hemorragia gastrointestinal, especialmente en las personas ancianas, en los pacientes con alto riesgo de ulceración y en la combinación con otros fármacos (por ejemplo los corticoesteroides) (Wolfe et al., 1999).
- Los antiinflamatorios no esteroides inhiben la aglomeración plaquetaria, por lo tanto, existe el riesgo potencial de hemorragias. Este efecto es reversible si se interrumpe la administración de estos medicamentos. Sin embargo, la aspirina produce un efecto irreversible en las plaquetas. Por lo tanto, debe interrumpirse la aspirina al menos siete días antes de un procedimiento invasivo.
- Puede presentarse una disfunción renal por causa de los antiinflamatorios no esteroides, especialmente cuando los pacientes están deshidratados (por lo tanto, la hidratación puede contrarrestar este efecto).
 - Este efecto se debe a la inhibición de la prostaglandina vasoactiva renal, que altera el flujo de la sangre dentro de las arteriolas de los riñones. Esto puede afectar el índice de filtración glomerular. Disminuye la producción de orina. Este efecto es reversible si se interrumpe la administración de estos medicamentos.
 - Puede ser difícil evaluar la hidratación al final de la vida. Los pacientes con caquexia y depósitos bajos de proteínas tendrán edema periférico si están sentados o ambulando. Si están recostados, el edema puede aparecer en los dedos de las manos o en la región sacra. A pesar de que tienen líquido en los tejidos periféricos, estos pacientes pueden presentar una disminución del volumen intravascular, y por lo tanto, estar deshidratados. Los indicadores pueden ser la sequedad en la boca, la orina concentrada o la presión arterial baja. La reposición del líquido con agua podrá producir un aumento del edema periférico. El reemplazo de los líquidos debería hacerse con líquidos que contienen sales u otros electrolitos tales como bebidas deportivas, sopas saladas, agua mineral con gas, jugos vegetales u otros líquidos.
- El riesgo de efectos adversos aumenta con el uso concurrente de antiinflamatorios no esteroides y corticoesteroides. Estos medicamentos no se usan casi nunca juntos.

Diapositiva 21

Opioides

- **Morfina**
- **Codeína**
- **Fentanilo**
- **Tramadol**
- **Metadona**
- **Petidina**

E L N E C International Curriculum

- Mecanismo de acción: Los opioides bloquean la liberación de los neurotransmisores que participan en el procesamiento del dolor.
- El fármaco Tramadol es una mezcla de un opioide y de un inhibidor de la recaptación de la serotonina-norepinefrina Equivale aproximadamente a un comprimido de codeína de 30 mg sin acetaminofeno. Se lo clasifica como un agente del paso 2 en la Escalera de la Organización Mundial de la Salud. Los efectos adversos más comunes son los mareos y el vértigo Los pacientes con trastornos de convulsiones o riesgo de padecerlas no deberán recibir Tramadol ya que reduce el umbral de las convulsiones.
- La metadona tiene propiedades únicas, que pueden permitir su uso para el control del dolor. La metadona parece actuar como un antagonista del receptor N-Metil-D-Aspartato (NMDA) además de la fijación a los receptores de los opioides. Esta característica puede hacer que la metadona sea particularmente útil para los síndromes de dolor neuropático. Otra ventaja es su semivida larga. Con frecuencia, la metadona puede administrarse cada ocho horas y brindar un alivio de largo plazo y permitirles a los pacientes dormir de noche. Sin embargo, esta semivida larga puede dificultar el ajuste. El aumento de la dosis debería hacerse gradualmente. La presentación de la metadona es líquida, en comprimidos y también hay fórmulas parenterales. Por último, la metadona tiene un costo muy bajo, otro atributo fundamental, dado que el costo puede ser una barrera significativa (Bruera et al., 2004; Bruera & Sweeney, 2002; Ripamonti & Bianchi, 2002).
 - Los índices de equianalgesia son una controversia importante con respecto a la metadona cuando se debe hacer la conversión desde otro opioide. Anteriormente se creía que la equivalencia era 1:1 con la morfina. Es probable que sea correcto para el dolor agudo. Sin embargo, cuando los pacientes ya están recibiendo dosis altas de morfina, por ejemplo >300 mg por día, el índice podría ser de 20-mg de morfina: 1 mg de metadona. La conversión y el ajuste deberían realizarse muy gradualmente en un período de 7 días o mayor. [Consulte el PDQ Pain (Dolor) del NCI para ver el análisis completo de la conversión de la metadona: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/pain/healthprofessional>]
 - Existe una controversia adicional con respecto a la metadona, que es que las dosis altas pueden producir una arritmia potencialmente fatal relacionada con los intervalos QT (Torsade de pointes). Esto parece estar asociado con las dosis muy altas (aproximadamente 400 mg/día) (Bruera & Sweeney, 2002; Krantz et al., 2002; Sandoval et al., 2005).
 - Las interacciones entre los fármacos son comunes cuando se usa la metadona junto con fármacos que son metabolizados por la enzima 3A4. Esto puede producir un aumento de los niveles de la metadona en el plasma (sobredosis) o una disminución de los niveles (alivio inadecuado del dolor).
- La petidina (Meperidina o Demerol®) no está indicada para la atención del final de la vida. La petidina es metabolizada por la norpetidina en el hígado, que luego se excreta a través de los riñones. Cuando hay una

disfunción renal, la norpetidina no se excreta y por lo tanto, se acumula en el torrente sanguíneo. Dado que la norpetidina es tóxica para el sistema nervioso central, estos pacientes tienen el riesgo de padecer convulsiones. Se han informado convulsiones en personas sanas que recibieron tan sólo algunas dosis de petidina. La biodisponibilidad de la petidina oral es pobre, es decir, que 50 mg de petidina oral equivalen aproximadamente a 650 mg de aspirina. Por último, la petidina es dolorosa cuando se la administra en forma de inyección.

- Otro opioide agonista que no se recomienda para la atención del final de la vida es el propoxifeno. De modo similar a la petidina, el propoxifeno se convierte en norpropoxifeno, que se elimina por vía renal. La acumulación de este medicamento cuando hay enfermedades renales puede producir temblores y convulsiones. Además, el propoxifeno es un analgésico muy débil. Por último, el propoxifeno combinado tiene grandes cantidades de paracetamol, que pueden producir daño hepático.

Material didáctico suplementario sugerido:

Cuadro 5: Revisiones de Cochrane

o
o
o

Opioides: Efectos adversos

- **Depresión respiratoria**
- **Estreñimiento**
- **Sedación**
- **Retención urinaria**
- **Náuseas/vómitos**
- **Comezón**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- La depresión respiratoria es muy temida, y sin embargo es muy rara. La depresión respiratoria casi siempre está precedida por la sedación, por lo tanto, en la mayoría de los casos, el profesional de la atención médica tiene una advertencia. El momento de mayor prevalencia es después de la administración de la primera dosis del opioide en un paciente que no haya recibido tratamientos previos con este medicamento. La depresión respiratoria también puede ocurrir después de un cambio en la dosis del opioide. La situación de los pacientes con frecuencia respiratoria tan baja como de 6 u 8 respiraciones por minuto puede considerarse como normal si la oxigenación parece normal. Esto puede ocurrir especialmente si el paciente está durmiendo. Puede neutralizarse el opioide si no se puede despertar al paciente, si tiene una frecuencia respiratoria baja y la oxigenación pobre (pueden usarse un oxímetro de pulso o evaluar la perfusión en las uñas de las manos). Si el paciente tiene una verdadera depresión respiratoria inducida por el opioide, puede revertirse con un antagonista (naloxona). Esto puede precipitar el síndrome de abstinencia y revertir todo el efecto analgésico del fármaco, por lo tanto deberá realizarse cuidadosamente. Para evitar el síndrome de abstinencia mientras se revierte el efecto de la depresión respiratoria, mezcle una ampolla de naloxona (0.4 mg) en 10 ml de agua esterilizada o salina. Administre aumentos de 1 ml para revertir el efecto sedante/de depresión respiratoria sin revertir el efecto analgésico. Recuerde que la duración de la acción de la naloxona es de aproximadamente 30-60 minutos, mientras que la duración del efecto de la mayoría de los opioides es mucho más prolongada. Por lo tanto, puede ser necesario volver a administrar la naloxona cuando haya desaparecido su efecto antagonista. Además, la naloxona se absorbe en la grasa y esto puede reducir la disponibilidad intravascular del fármaco. En algunos pacientes, es posible que la dosis deba ser administrada cada 10 a 15 minutos. Por lo tanto, se indica el control estricto de la sedación del paciente, del estado respiratorio y analgésico.
- El estreñimiento es un efecto significativo de la terapia con opioides y puede empeorar otros síntomas comunes del final de la vida, entre ellos las náuseas y la anorexia. Además, el estreñimiento puede producir hemorroides o fisuras anales, que son dolorosas y son lugares de potenciales infecciones. Los opioides pueden producir una reducción de la peristalsis y un aumento de la reabsorción del agua del contenido fecal, que regresa al recubrimiento de los intestinos. El resultado es un movimiento intestinal lento y material fecal seca. Se necesita una combinación de laxantes/reblandecedores de las heces para contrarrestar este efecto. Al igual que con las dosis de los opioides, las dosis de los laxantes/reblandecedores se basarán en la frecuencia y la consistencia de los movimientos intestinales. Esta terapia debería administrarse regularmente para prevenir el estreñimiento. Cuando se desarrolla el estreñimiento, pueden usarse diversos medicamentos para tratar este efecto, entre ellos, estimulantes, laxantes, enemas y otras terapias. No se desarrolla tolerancia para el efecto del estreñimiento de los opioides. [Consulte el PDQ del National Cancer Institute sobre *Gastrointestinal Complications (Complicaciones Gastrointestinales)* para más información sobre el estreñimiento: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>]

- Puede haber sedación; sin embargo, en general se desarrolla tolerancia a este efecto. Tenga en cuenta que los pacientes pueden estar exhaustos por el dolor sin alivio. Si la sedación persiste, cambie por otro opioide que pueda ayudarle a tratar este efecto adverso. Puede administrarse metilfenidato en dosis de 5-10 mg por vía oral a la mañana y a la hora del almuerzo (Rozans et al., 2002). Se ha informado que el fármaco modafinil 100-200 mg administrado por la mañana alivia la sedación inducida por el opioide a pesar de que no existen estudios al respecto.
- La retención urinaria es más común en aquellos pacientes que nunca recibieron un opioide y con la administración del medicamento en la médula espinal (e.g., epidural or intratecal). Se desarrolla tolerancia para este efecto, generalmente a los pocos días.
- Pueden presentarse náuseas y vómitos. El tratamiento incluye antieméticos o un cambio por otro opioide. Se desarrolla tolerancia para este efecto. Consulte el Módulo 3 para más información con respecto al manejo de las náuseas y los vómitos.
- Puede aparecer prurito (comezón), que es más común con la administración de los opioides en la columna vertebral. La tolerancia se desarrolla a los pocos días. Los antihistamínicos pueden ser útiles; sin embargo, estos medicamentos pueden producir sedación.
- **NOTA:** Las reacciones alérgicas a los opioides son extremadamente raras y muchas veces se deben a los preservativos, antioxidantes, tinturas y otros aditivos. Los pacientes pueden decir que son alérgicos, pero cuando se realizan preguntas más específicas, lo que han desarrollado son náuseas y vómitos cuando se les administró un opioide en particular. Ésta es una oportunidad de enseñarles a los pacientes qué son las reacciones alérgicas y los efectos adversos. La única contraindicación absoluta para el uso de un opioide son los antecedentes de una reacción de hipersensibilidad (respiración con silbidos, edema). En el caso raro en el que un paciente describiera una reacción alérgica verdadera, podría comenzarse la terapia con una dosis baja de un opioide sintético de acción rápida (por ej. fentanilo intravenoso) o una dosis subcutánea como prueba.

Diapositiva 23



o
o
o

Analgésicos adyuvantes

- **Antidepresivos**
- **Anticonvulsivantes**
- **Anestésicos locales**
- **Corticosteroides**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Los analgésicos adyuvantes consisten de antidepresivos, anticonvulsivantes, anestésicos locales y corticoesteroides (American Pain Society, 2003; Benedetti et al., 2000; Lussier & Portenoy, 2004; McCaffery & Pasero, 1999; Miaskowski et al., 2005).

o
o
o

Antidepresivos

- **Bloqueadores de la serotonina y norepinefrina**
- **Administrar antes de ir a dormir**
- **Efectos secundarios**
- **Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina tienen poco efecto analgésico**
- **Agentes nuevos**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- El mecanismo analgésico de los antidepresivos tricíclicos parece estar relacionado con la inhibición de la norepinefrina y la serotonina. Estos agentes son útiles para el tratamiento de los estados de dolor neuropáticos. La nortriptilina produce más sedación y otros efectos adversos que la desipramina, por lo tanto, la nortriptilina debe administrarse a la hora de ir a dormir y la desipramina a la mañana.
- Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos incluyen los efectos anticolinérgicos como la sequedad de boca y el estreñimiento. Las arritmias cardíacas, las anomalías de la conducción, el glaucoma de ángulo cerrado y la hiperplasia prostática clínicamente significativa son contraindicaciones relativas para los antidepresivos tricíclicos.
- Los antidepresivos atípicos bloquean la serotonina y bloquean débilmente la recaptación de la norepinefrina. Se están usando agentes tales como la venlafaxina y la duloxetina para el dolor neuropático crónico (Goldstein et al., 2004; Sindrup et al., 2003). Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI, por sus siglas en inglés) tales como la paroxetina, tienen poco efecto analgésico.

o
o
o

Anticonvulsivantes/Fármacos antiepilépticos

- **Los agentes más antiguos tienen efectos adversos importantes**
- **Agentes más nuevos:**
 - **Gabapentina**
 - **Pregabalina**
 - **Lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina y otros**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Los anticonvulsivantes más antiguos, por ejemplo la carbamazepina, bloquean los canales del sodio. Esto bloquea la conducción del dolor a través de las neuronas sensoriales. Por lo tanto, se cree que dichos compuestos son útiles para el tratamiento del dolor neuropático, especialmente para el dolor que se describe como "punzante". Los efectos adversos tales como la disfunción hepática y la anemia aplásica requieren de un control frecuente de los valores químicos de la sangre (específicamente de los exámenes de funcionamiento hepático) y de los perfiles hematológicos.
- La gabapentina tiene un mecanismo de acción diferente, reduce las corrientes de calcio neuronal al ligarse a la subunidad alfa-2-delta de los canales de calcio.
- La pregabalina funciona de un modo similar pero tiene una biodisponibilidad del 90% sin importar la dosis (la biodisponibilidad de la gabapentina disminuye a un 35% cuando se administran dosis más altas), (Ross et al., 2005; Zareba, 2005). La pregabalina ha sido aprobada para aliviar la neuropatía diabética. El mecanismo de acción es similar al de la gabapentina.
- Se ha informado que varios de los anticonvulsivantes más nuevos reducen el dolor, por ejemplo, los fármacos lamotrigine, levetiracetam, oxcarbazepina, entre otros. No se han publicado estudios con respecto a su uso en la atención paliativa. Cada agente tiene un perfil de efectos adversos único, que deberá ser considerado cuando se los receten para el dolor.

Anestésicos locales

- **Tópicos: Gel o parche de lidocaína (venda)**
- **Intravenosos**
- **Raquídeos**

E L N E C International Curriculum

- Los anestésicos locales funcionan de un modo similar a los anticonvulsivantes antiguos, que inhiben el movimiento de los iones de sodio a través de la membrana del nervio sensorial. Esto impide la transmisión del dolor a través de la neurona.
- Los anestésicos locales, útiles para el alivio del dolor neuropático, pueden administrarse por vía intravenosa (por ej. la lidocaína) en la columna vertebral (por ej. por vía epidural o intratecal, generalmente, la bupivacaína) y de modo tópico donde la piel está intacta (Ferrini & Paice, 2004).

o
o
o

Corticoesteroides

- **La dexametasona tiene el menor efecto mineralocorticoide**
- **Psicosis**
- **Atrofia muscular proximal**
- **Administrar todas las mañanas**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Los corticoesteroides inhiben la síntesis de la prostaglandina y reducen el edema que rodea a muchos tipos de tejidos. Estos fármacos son útiles para tratar el dolor neuropático, el dolor de huesos y el dolor visceral.
- La dexametasona produce el menor efecto mineralocorticoesteroide (cambios en la excreción del sodio y del potasio debido al efecto del fármaco en las glándulas suprarrenales) y muchas veces se la prefiere para el final de la vida. Las dosis estándares pueden variar ampliamente, con dosis tan altas como 16-24 mg/día o superiores.
- Los efectos secundarios pueden incluir psicosis y atrofia muscular proximal. Los beneficios son un aumento de la energía y del apetito.
- Debido a la larga vida de la dexametasona, debería recetarse todas las mañanas. Esto evita el insomnio que se produce cuando las dosis se administran a la noche.



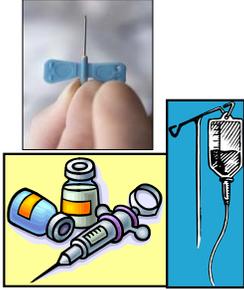
- En un estudio realizado con pacientes con cáncer, a las 4 semanas, 1 semana y 24 horas antes de la muerte, la vía de administración del opioide se continuó en un 62%, 43% y 20% de los pacientes respectivamente. Por lo tanto, aproximadamente el 80% de los pacientes podría necesitar vías alternativas antes de la muerte.
- Oral: Existe el concepto erróneo en los profesionales y en la población en general de que la administración de un medicamento por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea es más efectiva que por la vía oral. La administración oral puede brindar una analgesia equivalente, pero debido al metabolismo, la dosis debe ser ajustada cuando se la compara con las vías intravenosa, intramuscular o subcutánea. Por lo tanto 10 mg de morfina administrados por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea equivalen aproximadamente a 30 mg de morfina oral. Los medicamentos orales tienen presentaciones diferentes: Comprimidos/cápsulas de liberación inmediata o comprimidos/cápsulas de acción prolongada (liberación sostenida), también llamadas “cápsulas dispersables”. Los comprimidos de acción prolongada permiten espaciar más las dosis (por ej. 8, 12 ó 24 horas). Esto permite que los pacientes obtengan un alivio más parejo, además de un sueño ininterrumpido. Las cápsulas dispersables brindan un alivio de acción prolongada a aquellos pacientes que no pueden tragar un comprimido pero sí pueden tragar una pequeña cantidad de algún alimento blando mezclado con el fármaco. Otra opción es la presentación líquida.
 - Se pueden usar las sondas enterales de alimentación para administrar los medicamentos orales cuando los pacientes ya no pueden tragar más. Si se administran medicamentos analgésicos a través de las sondas de alimentación parenteral, debe tenerse en cuenta el tamaño de la sonda cuando se colocan las cápsulas dispersables de la morfina de acción prolongada para evitar la obstrucción de la sonda.
- Administración oral/sublingual o a través de las mucosas
 - El citrato de fentanilo de administración oral a través de las mucosas tiene una presentación con un aplicador que el paciente debe frotar contra la mucosa de la boca para lograr una rápida absorción del fármaco. Esta fórmula es especialmente útil para el dolor repentino. Los niveles terapéuticos del fármaco en el plasma se alcanzan dentro de los 5-15 minutos de la aplicación. Dos ejemplos del uso apropiado del citrato de fentanilo de administración oral a través de las mucosas podrían ser el alivio del dolor repentino de comienzo rápido (los medicamentos tradicionales para el dolor repentino tendrían un retraso para lograr el alivio) o antes de un cambio de vendajes que sea breve pero doloroso. Es necesario hacer un ajuste cuidadoso, ya que la dosis base del opioide no predice la dosis del citrato de fentanilo que se aplica a través de las mucosas (Mystakidou et al., 2006).
 - La preparación bucal del fentanilo es un comprimido que brinda un comienzo rápido de la analgesia con un pico de efecto en menos de 30 minutos (Portenoy et al., 2006).
- Rectal (también estomal/vaginal)

- Deben descartarse estas vías de administración en los casos de trombocitopenia o lesiones anorrectales dolorosas. Además, la administración de los medicamentos por medio de estas vías puede ser difícil para los miembros de la familia, especialmente cuando el paciente está obnubilado o no puede cooperar.
 - Se han colocado comprimidos de opioides de acción prolongada por vía rectal cuando los pacientes no pueden tragar más. Los estudios de farmacocinética sugieren que las concentraciones de la morfina en el plasma después de la colocación por vía rectal de los comprimidos es de aproximadamente el 90% de la concentración que se obtiene cuando el fármaco se administra oralmente. También hay un retraso en el pico de la concentración en el plasma cuando se compara con la administración oral del mismo fármaco.
 - Debido a que la vagina no tiene esfínter, puede usarse un tampón cubierto con un preservativo o un globo de catéter urinario inflado para evitar que el fármaco sea despedido antes de tiempo. Hay pocas investigaciones relacionadas con esta técnica.
- Aplicación transdérmica
 - En la actualidad, la única fórmula agonista de un opioide puro para la aplicación transdérmica es el fentanilo. El parche se coloca cada 72 horas sobre una parte de la piel que no tenga vello, sin edemas y con un buen flujo capilar (muchas veces en el torso, los hombros o la parte superior de los brazos). Hay un retraso en el comienzo del pico de aproximadamente 17 horas después de la aplicación del primer parche. Por lo tanto, este método de administración de fármacos no es apropiado para el dolor que presenta una escalada rápida.
 - Se considera que los efectos de la caquexia y la fiebre aceleran la distribución del fármaco. A pesar de que se desconocen los mecanismos exactos, los depósitos de grasa alterados y el aumento del flujo capilar pueden producir estos cambios.
 - Algunos pacientes, por razones que todavía no se conocen, pueden obtener solamente 48 horas de alivio y necesitan un aumento de la dosis en caso de ineffectividad, por ejemplo, cambios de los parches cada dos días.
- Aplicación tópica
 - La capsaicina tópica se usa para los estados de dolor neuropático. Deberán usarse guantes/realizarse un lavado de manos después de la aplicación para impedir el contacto accidental con los ojos o los tejidos abiertos, porque se pueden producir quemaduras. Se puede aplicar lidocaína tópica para las afecciones con dolor breve y aislado. Puede ser útil un parche de tela con 5% de lidocaína (Lidoderm®). Este método está aprobado para el alivio del dolor asociado con la neuropatía postherpética.

• • •

Vías de administración (cont.)

- **Parenteral**
 - Intravenosa
 - Subcutánea
 - Intramuscular



E L N E C International Curriculum • • • • • • •

- **Intravenosa:** Es útil cuando los pacientes no pueden tragar o cuando la absorción a través del tracto gastrointestinal está alterada. Puede complicar la atención en el hogar.
- **Subcutánea (Letizia et al., 2000)**
 - La administración subcutánea es una alternativa muy útil para la administración intravenosa.
 - Pueden usarse agujas mariposa de un calibre fino (calibre 27) o una aguja de venta comercial en cualquier zona con grasa. Los lugares más comunes son los muslos, el abdomen y la parte superior de los brazos.
 - Los bolos subcutáneos tienen un comienzo más lento (de 15 a 30 minutos) y un pico de efecto menor cuando se los compara con los bolos intravenosos.
 - Las infusiones subcutáneas pueden aplicarse hasta 5-10 ml/hora, a pesar de que lo ideal parece ser 1-3 ml.
- **Intramuscular:** No se recomienda debido a la amplia variabilidad de la absorción, los retrasos potenciales de la captación vascular del fármaco y el dolor.

•
•
•

Vías de administración (cont.)

- **Raquídea**
 - Epidural
 - Intratecal



E L N E C International Curriculum • • • • • • •

- Las vías epidural o intratecal permiten la administración de fármacos combinados, incluyen opioides, anestésicos locales y/o agonistas alfa adrenérgicos.
- La tecnología es compleja y requiere el conocimiento especializado de los profesionales de la atención médica y representa una carga potencialmente mayor para el cuidador.
- El riesgo de infección y el costo son preocupaciones adicionales. El uso de los opioides inyectados solamente en la médula espinal tiene muy pocas ventajas si el paciente puede tolerar estos agentes administrados de modo sistémico. Por lo tanto, el momento para elegir la administración en la columna vertebral es cuando el paciente no puede tolerar los efectos adversos de los opioides sistémicos.
- Otra indicación es para el dolor neuropático en las extremidades inferiores que podría responder a un anestésico local epidural (por ej. la bupivacaína), solo o en combinación con un opioide (Smith et al., 2002).

○ ○ ○

OMS – Escalera de tres pasos de los analgésicos para el control del dolor

Paso 1: Dolor leve
Paso 2: Dolor moderado
Paso 3: Dolor grave

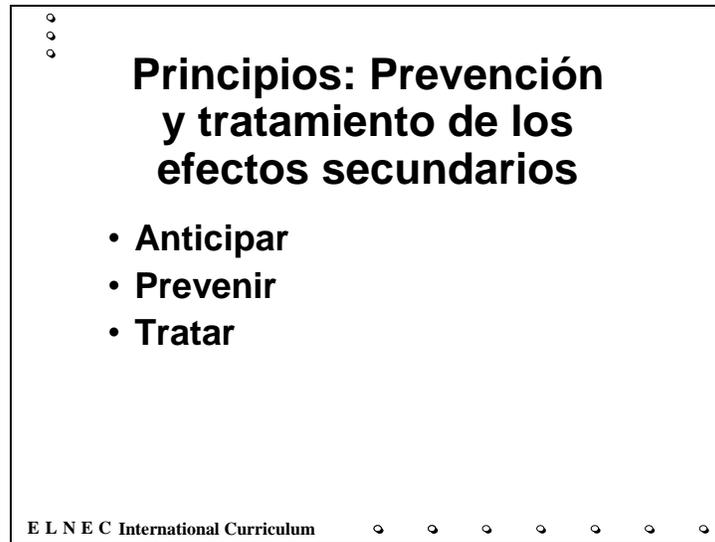


E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Escalera de 3 escalones de los analgésicos de la World Health Organization – WHO (Organización Mundial de la Salud - OMS)
 - La escalera de la WHO es una guía para seleccionar el analgésico inicial y su dosis. Es necesario hacer una reevaluación continua para modificar el plan de tratamiento de acuerdo con la respuesta del paciente (World Health Organization, 1996).
 - Cuando los pacientes tienen un dolor leve (aproximadamente 2-3 en la escala del 0-10) se receta un fármaco no opioide con un fármaco adyuvante si el paciente tiene un dolor neuropático.
 - Si el dolor es moderado (4-6), agregue opioides en dosis bajas. También puede continuarse la administración de no opioides y adyuvantes.
 - Si el dolor es grave (7-10) agregue dosis más altas del opioide. Puede continuarse la administración de no opioides y adyuvantes. Si el paciente presenta dolor grave, no comience por el escalón más bajo. Más bien, comience con un nivel apropiado para el dolor del paciente y ajuste según sea necesario para lograr el alivio del dolor.
 - Una limitación de la escalera es la creencia de que los opioides débiles (por ej. la codeína) deben usarse en el paso dos. En verdad, las dosis más pequeñas de opioides fuertes, por ejemplo la morfina, son igualmente efectivas y puede evitarse luego el cambio de fármacos.

Material didáctico suplementario sugerido:

Ilustración 2: Escalera de 3 escalones de la WHO (OMS)



Principios: Prevención y tratamiento de los efectos secundarios

- Anticipar
- Prevenir
- Tratar

E L N E C International Curriculum

- Anticipe, prevenga y trate los efectos adversos previsibles.
- Casi todos los pacientes que reciben opioides también necesitarán una combinación de laxantes/reblandecedores de las heces. Las excepciones notables que deben destacarse son los pacientes con diarrea asociada al VIH, insuficiencia pancreática asociada a los cánceres pancreáticos y los pacientes con diarrea preexistente.

Principios: Medicamentos de acción prolongada

- **Medicamentos de liberación prolongada**
- **Alivio inmediato para el dolor repentino**
- **Distinguir los tipos de dolor repentino**
 - **Episódico**
 - **Idiopático**
 - **Deterioro del final de dosis**

E L N E C International Curriculum

- Comience con las fórmulas de liberación inmediata disponibles para el paciente según sea necesario para aliviar el dolor. Una vez que el paciente haya logrado un alivio del dolor durante 24 a 48 horas, calcule la dosis del opioide para 24 horas y conviértala a la fórmula de acción prolongada. Por ejemplo, paciente que ha estado tomando 60 mg de morfina líquida en un período de 24 horas deberá recibir:
 - 30 mg de MS Contin[®] por boca cada 12 horas o
 - 60 mg de Avinza[®] o Kadian[®] por boca una vez al día o
 - 20-30 mg de OxyContin[®] por boca cada 12 horas o
 - un parche de 25 mcg de Duragesic[®] cada 72 horas.
- Las fórmulas de liberación prolongada y las dosis para las 24 horas deberían usarse para los síndromes de dolor continuo. Ésta es una consideración importante si el paciente tiene alguna deficiencia cognitiva. Los ancianos con deficiencias cognitivas muchas veces no pueden solicitar los medicamentos de acuerdo con su necesidad (PRN) a pesar de que cuando se les pregunta directamente por el dolor, ellos responden afirmativamente (Miller et al., 2000).
- Las fórmulas de liberación inmediata deberían estar disponibles para el dolor repentino. La dosis del medicamento de liberación inmediata en general es del 10-20% del total de la dosis para 24 horas de opioide de rutina cada 1-2 horas según sea necesario (prn). Por lo tanto, si la dosis de morfina de acción prolongada para 24 horas es de 200 mg, la dosis para el dolor repentino debería ser de 20-40 mg. Comience con la dosis más baja y ajuste de acuerdo con la necesidad. El medicamento de liberación inmediata puede repetirse hasta cada hora, dado que el pico del efecto de los opioides orales es de una hora.
- Si el paciente está recibiendo una infusión continua de un opioide (ya sea intravenosa o subcutánea), las dosis para el dolor repentino se calculan al 50-100% de la dosis por hora. Por lo tanto, si el paciente recibe 2 mg por hora de morfina, la dosis para el dolor repentino debería comenzar como un bolo intravenoso de 1 mg con el ajuste adecuado. El pico del efecto de la dosis del bolo intravenoso de la mayoría de los opioides es de 15 minutos. Por lo tanto si el paciente sigue con dolor después de ese lapso, debería repetirse el bolo.
- El dolor repentino puede estar relacionado con algún incidente (por ej. inducido por el movimiento), puede ser idiopático (se desconoce su etiología) o es una falla del final de la dosis (aumento del dolor antes de la próxima dosis programada del medicamento para el dolor).
- Los analgésicos deben ajustarse de acuerdo con los objetivos del paciente, los requerimientos de analgésicos suplementarios, la intensidad del dolor, la gravedad de los efectos adversos o indeseables del fármaco, las

mediciones de la funcionalidad, el sueño, el estado emocional y los informes del paciente/cuidador con respecto al impacto del dolor en la calidad de vida.

o
o
o

Principios de la equianalgesia

- **Determinar dosis equivalentes cuando se cambian los fármacos o las vías de administración**
- **Reducirla en un 25% cuando se cambian los fármacos**
- **Uso de los equivalentes de la morfina**

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Cuando cambie el fármaco o la vía de administración, deberá usar las dosis equianalgésicas.
- Los opioides deberían estar limitados a los fármacos agonistas. Evite la meperidina y los opioides mixtos agonistas-antagonistas (por ej. Stadol, Nubain, Talwin).
- Determine el cronograma de administración de acuerdo con la duración del efecto analgésico. Si fuera posible, use opioides de liberación prolongada para dosis programadas y siempre use los opioides de liberación inmediata para las dosis de rescate.

o
o
o

Principios: Uso de la rotación de opioides

- Usar cuando un opioide no es efectivo a pesar del ajuste adecuado de la dosis
- Usar cuando los efectos adversos son inmanejables

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Rotación de los opioides / cambio de los opioides para mejorar el alivio del dolor y la tolerabilidad al fármaco
 - Si un opioide no es efectivo después de un aumento adecuado de la dosis o produce efectos adversos, puede usarse otro opioide. Por lo tanto, si la morfina produce poco alivio, cámbiela por la hidromorfona o la oxicodona.
 - El intento sistemático de usar varios opioides se denomina rotación de opioides.
 - Los estudios sugieren que se pueden probar tres, cuatro o hasta cinco opioides hasta encontrar un agente que sea efectivo (Indelicato & Portenoy, 2003).

Diapositiva 36

Placebos

- **No diagnósticos**
- **Causan desconfianza**
- **Nunca son éticos**

E L N E C International Curriculum

- Los placebos no tienen ningún papel en el manejo del dolor. El único papel apropiado para los placebos es cuando los pacientes han dado su consentimiento para participar en un estudio de investigación en el que ellos saben que podrían ser asignados aleatoriamente a un grupo que recibirá un placebo. (ASPMN position statement, July, 2004 http://www.aspmn.org/Organization/position_papers.htm. Tomado el 17 de noviembre de 2007)
 - Dado que la respuesta placebo a los medicamentos para el dolor puede llegar a un 75%, una respuesta positiva no indica si el paciente tiene dolor o no. Por lo tanto, el uso de un placebo no tiene carácter diagnóstico.
 - Cuando los pacientes se enteran de que se les ha dado un placebo, comienzan a desconfiar de todos los proveedores de atención médica.

The slide is titled "Otros temas" and contains two bullet points: "• Polifarmacia" and "• Costos". At the bottom left, it says "E L N E C International Curriculum". There are three small circles in the top left corner and seven small circles in the bottom right corner of the slide frame.

- Polifarmacia
 - Muchas veces, los pacientes han estado bajo la atención de varios proveedores, y esto tiene como consecuencia que se les han recetado muchos medicamentos para el control del dolor. Además, cuando se agrega un fármaco nuevo, los medicamentos que no fueron efectivos previamente podrán ser olvidados o discontinuados de un modo no explícito.
 - Es fundamental hacer una revisión cuidadosa del régimen analgésico del paciente para descartar la redundancia (fármacos múltiples de la misma categoría) o los agentes que podrían producir interacciones farmacológicas adversas.
- Costo
 - El costo es una barrera significativa para el alivio efectivo del dolor. El equipo interdisciplinario, por medio del trabajo en conjunto, puede identificar recursos para los pacientes y sus familias.

o
o
o

Terapias contra el cáncer para aliviar el dolor

- Radiación
- Cirugía
- Quimioterapia
- Terapia hormonal
- Otros

Doyle et al., 2001; Dunn et al., 2002;
Janjan et al., 2003; Jeremic, 2001

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- A pesar de que muchos hospicios no pueden cubrir los costos altos de estas terapias, algunos planes de salud pueden reembolsar estos servicios si el objetivo es verdaderamente paliativo en lugar de curativo.
- Radioterapia
 - Radioterapia de haz externo [Consulte el Cuadro 5 – Revisiones de Cochrane: *Radiotherapy for the palliation of painful bone metastasis (Radioterapia para la paliación de las metástasis al hueso dolorosas)*]
 - ♦ En algunos casos, las terapias contra el cáncer pueden ser paliativas. Cuando se usa de modo paliativo, la radioterapia se prescribe para aliviar el dolor, las hemorragias y las obstrucciones.
 - ♦ La radioterapia es muy efectiva para el alivio del dolor causado por la masa tumoral, especialmente el dolor causado por las metástasis al hueso. En verdad, más de la mitad de la radioterapia paliativa se prescribe para tratar síntomas causados por la metástasis al hueso.
 - ♦ Los estudios sugieren que aproximadamente el 75% de los pacientes que recibieron tratamiento para el dolor por causa de metástasis al hueso, obtuvo algún nivel de alivio y la mayoría estuvo libre de dolor (Janjan et al., 2003; Jeremic, 2001).
 - ♦ **La compresión de la médula espinal debido al compromiso del cuerpo vertebral por causa de un tumor metastásico puede producir dolor, paraparesia o paraplegia. La radioterapia, junto con los corticoesteroides, son los tratamientos primarios. Los resultados funcionales dependen de la identificación temprana de la compresión de la médula espinal.**
 - ♦ También puede usarse la radioterapia para tratar los dolores de cabeza, las náuseas y los vómitos o las convulsiones asociadas con las lesiones primarias o metastásicas en el cerebro. En algunos casos la radioterapia puede ser beneficiosa para los individuos con dolor, neumonitis obstructiva o hemoptisis por causa de tumores dentro del pulmón. La obstrucción y el sangrado causados por los tumores colorrectales, urogenitales o ginecológicos en la pelvis pueden ser paliados por medio de la radioterapia. La toxicidad de la radioterapia dependerá de los órganos subyacentes del campo de tratamiento.

- Radionúclidos [Consulte las revisiones de Cochrane: *Radioisotopes for metastatic bone pain (Radioisótopos para el dolor causado por la metástasis al hueso)*]
 - ◆ Los radionúclidos, como el Estroncio-89, reducen el dolor en un 80% de los pacientes y un 10% obtiene un alivio completo del dolor (Janjan et al., 2003). En la mayoría de los casos, la respuesta analgésica se manifestó dentro de las 2 semanas y duró de tres a seis meses.
 - ◆ Otros pueden ser Samario-153, nitrato de galio y fósforo-32. La toxicidad más común es la supresión de la médula ósea.

- Cirugía
 - La cirugía puede aliviar el dolor en casos muy específicos. Un ejemplo puede ser el dolor causado por una obstrucción intestinal completa secundaria a un cáncer colorrectal. Esto podría ser aliviado efectivamente a través de una colostomía o del uso de endoprótesis. (Blair et al., 2001; Dunn et al., 2002; Krouse et al., 2001; McCahill & Ferrell, 2002).
 - Se debe tener cuidado para prevenir las complicaciones cuando se realiza una cirugía dentro de una zona que ha sido irradiada previamente y deben tenerse en cuenta los factores del paciente, como por ejemplo la disminución de la cantidad de glóbulos blancos y plaquetas, de las proteínas del plasma y las infecciones generalizadas, que pueden hacer que esta terapia sea descartada.
 - Deben brindarse instrucciones claras que refuercen los objetivos paliativos de la cirugía en lugar de hacer un intento de curación, para evitar aumentar las esperanzas irreales.

- Quimioterapia
 - Las terapias antineoplásicas, que incluyen la quimioterapia y los modificadores de las respuestas biológicas, pueden resultar paliativas al disminuir la carga del tumor (Chevlen, 2007; Doyle et al., 2001; Fisch, 2003).
 - Lamentablemente, se han realizado pocas investigaciones con el fin de evaluar el efecto analgésico de los distintos regímenes de quimioterapia, que están focalizados principalmente en la regresión tumoral.

- Terapia hormonal: Se ha documentado que la terapia hormonal produce analgesia, específicamente en el alivio del dolor causado por las metástasis al hueso (Doyle et al., 2001).

- Otras terapias: Los bisfosfonatos son sustancias que se han usado para corregir la hipercalcemia por una neoplasia maligna. Entre ellos, se encuentran el pamidronato y el ácido zoledrónico. [Consulte las revisiones de Cochrane: *Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases and calcitonin for metastatic bone pain (Bisfosfonatos para el alivio del dolor secundario a una metástasis al hueso y calcitonina para el dolor de hueso de origen metastásico)*]
 - Los estudios sugieren que también pueden reducir el dolor, especialmente al reducir las fracturas asociadas con las lesiones líticas, entre ellas las fracturas patológicas.
 - Un análisis reciente realizado sobre el pamidronato y el dolor en hombres con cáncer de próstata no demostró ninguna reducción del dolor ni cambios en el uso analgésico. (Small et al., 2003).
 - Se obtuvieron resultados similares para el ácido zoledrónico para el cáncer de próstata metastásico, a pesar de que las lesiones líticas se redujeron (Saad et al., 2002).

Material didáctico suplementario sugerido:
Cuadro 5: Revisiones de Cochrane

o
o
o

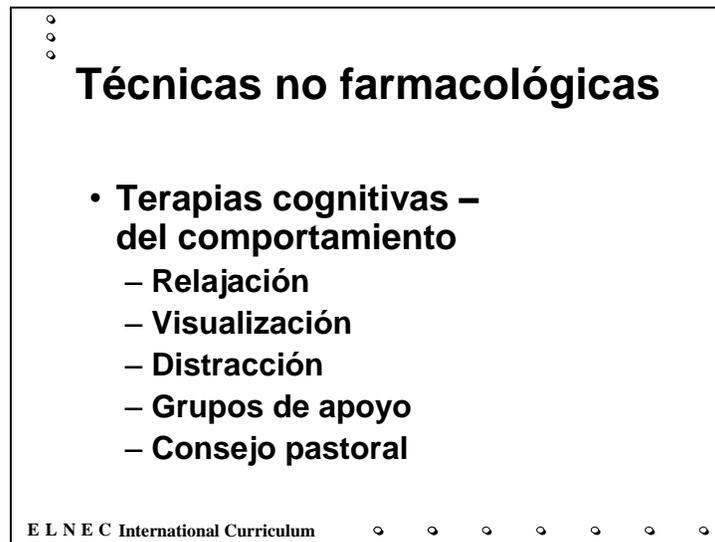
Terapias intervencionistas

- **Bloqueos neurolíticos**
- **Procedimientos neuroablativos**
- **Vertebroplastia**

Furlan, 2001;
Mathias et al., 2001;
Wong et al., 2004

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- **Bloqueos neurolíticos**
 - Los bloqueos neurolíticos son útiles cuando el dolor está bien localizado. El bloqueo del plexo celíaco para el dolor abdominal causado por el cáncer de páncreas es muy efectivo y está asociado a pocos efectos adversos (Furlan et al., 2001; Wong et al., 2004). Los fármacos que se usan comúnmente para los procedimientos de los bloqueos de nervios son el fenol o el alcohol.
 - Muchas veces, se aplica una primera inyección de modo diagnóstico, con un anestésico local para saber si el bloqueo de un nervio en particular produce el alivio suficiente como para realizar el procedimiento más permanente. Una inquietud específica es la reducción gradual de las dosis del opioide para impedir el comienzo de los síntomas de abstinencia después de un procedimiento neurolítico para aliviar el dolor.
- **Procedimientos neuroablativos**
 - Los procedimientos neuroablativos son apropiados generalmente para una pequeña cantidad de personas que no obtienen alivio con ninguna de las terapias anteriormente mencionadas.
 - Los procedimientos ablativos incluyen la mielotomía comisural, rizotomía dorsal, hipofisectomía, neurectomía y cordotomía percutánea o abierta anterolateral.
 - Existen técnicas nuevas en las que se producen lesiones ablativas directamente en una metástasis al hueso usando frecuencias de radio que se aplican de modo percutáneo. Los primeros informes sugieren que esto puede reducir el dolor (Goetz, et al., 2004).
- **Vertebroplastia:** La vetebroplastia es un procedimiento que se lleva a cabo de modo percutáneo para fortalecer la vértebra que ha sido debilitada por la osteoporosis o el cáncer. Se coloca una aguja en la vértebra y se inyecta un cemento acrílico llamado polimetilmetacrilato (PMMA), generalmente cuando el paciente se encuentra sedado. El acrílico se endurece y restaura la fortaleza del cuerpo de la vértebra. La cifoplastia (Mathis et al., 2001) es un procedimiento similar, a excepción de que se inserta un globo dentro del cuerpo de la vértebra y luego se llena con acrílico.



o
o
o

Técnicas no farmacológicas

- **Terapias cognitivas – del comportamiento**
 - Relajación
 - Visualización
 - Distracción
 - Grupos de apoyo
 - Consejo pastoral

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Muchas personas pertenecientes a otras disciplinas (trabajadores sociales, psicólogos, capellanes y fisioterapeutas) conocen técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor (Gillis, 2003; McCaffery & Pasero, 1999; Tatrow & Montgomery, 2006).
- Terapias cognitivas – del comportamiento: Estas terapias son un complemento útil para las terapias analgésicas. También pueden usarse después de haber administrado una dosis de un opiode de liberación inmediata para el dolor repentino. Puede haber un retraso en la respuesta al opiode y las técnicas no farmacológicas pueden ayudar a reducir el dolor durante este período (Grealish et al., 2000; Kwekkeboom, 2001). (Pueden encontrarse ejemplos excelentes en McCaffery, M. & Pasero, C. [1999]. Se han incluido algunos ejemplos de estas técnicas en la sección de materiales didácticos suplementarios de este módulo.)
 - Relajación
 - Visualización guiada
 - Distracción
 - Terapia de reestructuración cognitiva
 - Grupos de apoyo
 - Asesoramiento pastoral/plegaria

Diapositiva 41

**Técnicas no farmacológicas
(cont.)**

- **Medidas físicas (calor, frío, masajes)**
- **Terapias complementarias**
- **Recolocación/ dispositivos ortopédicos**

Ernst, 2004;
McCaffery & Pasero, 1999;
Smith et al., 2002

E L N E C International Curriculum

- **Medidas físicas:** medidas físicas que producen relajación y alivian el dolor. En un estudio sobre los masajes realizado con pacientes de hospicio, se logró un estado de relajación en los pacientes, que pudo medirse por la presión arterial, el ritmo cardíaco y la temperatura de la piel. Se descubrió que un masaje de espalda de diez minutos alivió el dolor en pacientes masculinos con cáncer (Ernst, 2004; Smith et al., 2002; Stephenson et al., 2000; Wilkie et al., 2000). (Pueden encontrarse ejemplos excelentes en McCaffery, M. & Pasero, C. 1999). [Consulte el Cuadro 5 – Revisiones de Cochrane: *Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer* y *Transcutaneous electrical nerve stimulants (TENS) for chronic pain (La aromaterapia y los masajes para el alivio de los síntomas en los pacientes con cáncer y estimulación eléctrica transcutánea de los nervios (TENS) para el dolor crónico)]*.
 - Calor/frío
 - Masajes
 - Recolocación/ dispositivos ortopédicos
- **Terapias complementarias**
 - Existe poca información con respecto a la eficacia de las terapias complementarias (por ej. terapias verbales, imanes, etc.) para el alivio del dolor. Algunos de estos remedios tienen una base cultural. Por lo tanto, las conversaciones y solicitudes de información deberán realizarse sin demostrar juzgamiento.
 - Sé deberá alentar a los pacientes a que informen sobre el uso de las terapias complementarias para evitar las interacciones con otros agentes farmacológicos (Tatrow & Montgomery, 2006).

Material didáctico suplementario sugerido:

Ilustración 10: Selección y uso de los tratamientos sin fármacos para el dolor

Ilustración 11: Información para el paciente: Uso del frío

Ilustración 12: Información para el paciente: Uso del calor

Ilustración 13: Información para el paciente: Cantar y seguir con los dedos el ritmo con el fin de distracción

Ilustración 14: Información para el paciente: Escucha activa de música grabada con el fin de distracción

Ilustración 15: Información para el paciente: Describir imágenes con el fin de distracción

Ilustración 16: Información para el paciente: Respiración profunda para relajación con la opción de visualización de paz

Ilustración 17: Masajes para relajación

Dolor en el VIH

- **Dolor abdominal**
- **Dolor de cabeza**
- **Dolor musculoesquelético**
- **Neuropatía**
- **Lesiones orales**

E L N E C International Curriculum

- El dolor causado por el VIH/SIDA puede incluir una variedad de síndromes. (Vanhems, P., et al., 1999)
 - Dolor abdominal causado por la diarrea.
 - Dolor de cabeza originado por una infección intracraneana.
 - Dolor musculoesquelético como artralgias y mialgias, y dolor ocasionado por los ganglios linfáticos inflamados (linfadenopatía). La anorexia y el debilitamiento producen una pérdida significativa de peso que lleva a la pérdida de las almohadillas de grasa que amortiguan las articulaciones y las prominencias de los huesos por lo que se producen puntos de presión que pueden ser dolorosos.
 - La neuropatía es una consecuencia del virus y de algunos de los medicamentos antivirales. Afecta generalmente los aspectos más distales de los dedos de las manos y de los pies, pero puede progresar hacia el resto del cuerpo y afectar partes significativas de los brazos y las piernas.
 - Las lesiones bucales, por ejemplo las úlceras de la boca y la candida pueden producir dolor y una reducción de la ingesta oral y complicar aún más a la pérdida de peso existente.

◦
◦
◦ **Papeles del equipo de atención médica**

- **Dirigir la atención clínica**
- **Educación del paciente/familia**
- **Educación de los colegas**
- **Identificar las barreras del sistema en el trabajo para corregirlas**

E L N E C International Curriculum ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦ ◦

- La administración directa de la atención clínica.
 - Evaluación;
 - Manejo farmacológico;
 - Terapias no farmacológicas.
- Educación del paciente/familia.
 - Los miembros del equipo de atención médica pueden tranquilizar a los pacientes diciendo que el control del dolor es un derecho de los pacientes y que se basa en el informe del paciente sobre el dolor y que el buen manejo del dolor mejorará su calidad de vida.
 - Es necesaria la educación activa de los pacientes y de su familia/sistema de apoyo, y deben incluirse los temas de la tolerancia, la dependencia fisiológica y la adicción. Permítales a los pacientes/cuidadores hablar sobre sus inquietudes y temores (Ward et al., 2001).
- Cómo brindar educación a los colegas con respecto a la evaluación y manejo del dolor.
- Identificar las barreras del sistema para el control del dolor y desarrollar estrategias para la mejora de la calidad.

Diapositiva 44

Conclusión

- **El alivio del dolor está sujeto a la evaluación adecuada y al uso de las terapias con y sin fármacos**
- **El dolor se extiende más allá de las causas físicas hasta otras causas de sufrimiento y angustia existencial**
- **Atención interdisciplinaria**

E L N E C International Curriculum

- A pesar de que el tema principal de este módulo es la evaluación y el tratamiento del dolor físico, el sufrimiento y la angustia existencial también son comunes al final de la vida (Ferrell & Coyle, 2008). El alivio del dolor al final de la vida está sujeto a la evaluación adecuada y al uso de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el dolor.
- Es fundamental un enfoque interdisciplinario para el manejo integral del dolor (Billhult & Dahlberg, 2001).

Diapositiva 45



Módulo 2
Caso de estudio N° 1 y análisis
La Sra. M.: El manejo del dolor y la cultura

Una mujer de 45 años, la Sra. M., con antecedentes de 1 año de cáncer de las células escamosas del cuello uterino se presenta con un dolor agudo en el perineo. La paciente vive con sus seis hijos que tienen entre 5 y 18 años de edad. Habla poco el idioma del lugar.

1. ¿Cómo podría el enfermero hacer una evaluación detallada del dolor? ¿Qué aspectos de la evaluación del dolor deberían estar presentes?

Es imperativo el uso de un traductor médico capacitado, no de un miembro de la familia o del círculo social de la paciente. Esto es especialmente importante cuando debe tratarse el tema del dolor y un trastorno que involucra los genitales y que podría causar vergüenza. Además, si se recurre a los miembros de la familia, es posible que traduzcan de un modo liberal, e inserten sus propias esperanzas o creencias, (por ejemplo, mamá no tiene dolor) en lugar de expresar lo que dice el paciente. Un traductor médico comprenderá la terminología y no ocultará la información para proteger al paciente. Además, si se le pide a la familia que traduzca, se agregan más responsabilidades y otra fuente de estrés. La evaluación del dolor debería indicar el lugar, la intensidad, la calidad y la característica del dolor. Además, también se deberían evaluar los factores agravantes y de alivio.

2. El examen del perineo revela que el tejido desde los labios hasta el recto está excoriado e inflamado. Además, parece haber extrusión de heces desde la vagina.

Parece que la excoriación es causada por la orina y que es posible que haya una fístula rectovaginal. El tratamiento comprende la limpieza frecuente y la protección de la piel. Es posible que deba insertarse un tampón o catéter con un globo dentro de la vagina para bloquear la fístula. El enfermero también debe considerar otras intervenciones para controlar el olor, si esto fuera un problema. Las estrategias podrían incluir técnicas ambientales o, en algunos casos, antibióticos si hubiera una infección. Puede comenzar a administrarse un opioide oral de acción rápida, como la morfina, cada 24 horas. El comienzo con un opioide de acción rápida ayudará a determinar la dosis futura del opioide de acción prolongada. En caso de ser necesario, debería administrarse un laxante/reblandecedor de las heces para prevenir el estreñimiento y aplicarse estrategias para tratar las náuseas.

3. Se ha limpiado la excoriación y el dolor está bajo control con 10 mg de morfina oral. La paciente usó 6 dosis por día. ¿Cuál sería el mejor régimen analgésico para esta paciente? Ella no describe efectos adversos por causa de los medicamentos.

Seis dosis de 10 mg de morfina equivalen a 60 mg cada 24 horas. Dado que la paciente se está despertando, se beneficiaría con una conversión a 30 mg por vía oral de morfina de acción

prolongada cada 12 horas combinada con 10 mg de morfina de acción rápida para el dolor repentino cada una hora según sea necesario (10-20% de la dosis para 24 horas).

4. Se está preparando a la paciente para el alta para que reciba los servicios de hospicio en su hogar y ella expresa inquietudes con respecto a su hijo que tiene antecedentes de abuso de sustancias. Ella tiene miedo de que él use sus medicamentos.

El enfermero podría reunirse con el médico, el trabajador social y el hijo de la paciente. Es necesario decirle al hijo de un modo no amenazante que debe tomar conciencia de las consecuencias que su madre podría sufrir si ella no toma los medicamentos que necesita. Involucre al personal del cuidado en el hogar o de la atención de hospicio en el hogar en estas conversaciones para que se pueda controlar cuidadosamente el uso de los opioides e identificar inmediatamente cualquier irregularidad.

5. Antes del alta médica para que reciba los servicios de hospicio en el hogar, la paciente admite ante su enfermero que tiene mucho miedo de morir. Cuando se le hacen más preguntas, ella habla sobre sus inquietudes con respecto al cuidado de sus hijos y de su propia culpa por haber tenido un hijo antes de casarse.

El enfermero podría explorar más profundamente las inquietudes con respecto a la muerte. ¿Tiene la paciente miedo a lo desconocido o está preocupada principalmente por el cuidado de sus hijos después de su muerte? ¿Hay algún trabajo adicional que podría ayudar a la paciente a prepararse para su muerte, como decirles a aquellos más cercanos que los ama, despedirse, disculparse y perdonar a aquellos que podrían haberle hecho daño? El trabajador social podría ayudar con los planes con respecto al cuidado de los niños a largo plazo. Puede escribir cartas para que sus hijos puedan leer cuando lleguen a determinados hitos de la vida. Pueden transmitirse las tradiciones, por ejemplo recetas de cocina o las actividades de ciertas fiestas. Un psicólogo o capellán pueden ayudar a la paciente a tratar la culpa sin resolver relacionada con haber tenido un hijo antes del matrimonio. El equipo interdisciplinario puede trabajar para asistir a los miembros de la familia y a los niños con estrategias para tratar sus inquietudes y las de la paciente.

6. La familia de la paciente la cuida muy bien en el hogar. Su condición se deteriora y ella se debilita y no puede tragar. No tiene colocado un catéter venoso central y el equipo de atención de hospicio en el hogar decide que podría ser útil la morfina subcutánea. Su régimen analgésico actual es de 100 mg de morfina de acción prolongada cada 12 horas con 3 dosis de 30 mg de morfina de liberación inmediata todos los días. ¿Cuál sería la dosis subcutánea apropiada?

La dosis total de morfina oral de la paciente en 24 horas es de 290 mg. Para obtener los equivalentes parenterales es necesario dividir por 3. Esto equivale a 96.7 mg. Luego hay que dividir por 24 para obtener el índice por hora. El índice por hora de la paciente sería de 4.0 mg de morfina por hora como infusión subcutánea continua. Recuerde reevaluar después de hacer cambios en el fármaco, la dosis o la vía de administración ante alguna queja nueva con respecto al dolor. La paciente toleró bien esta dosis y se logró un alivio excelente. Murió unos días más tarde, cómoda en su casa.

Módulo 2
Caso de estudio N° 2
Madeline: Dolor y sufrimiento

Madeline S. es una mujer de 66 años de edad que fue admitida en una agencia de cuidados en el hogar para recibir atención relacionada con una enfermedad cardíaca e insuficiencia renal en estadio terminal. Ella se quejaba de un dolor en el pecho generalizado y crónico, calambres frecuentes en las piernas y un agravamiento del dolor causado por la artritis relacionado con su inmovilidad. La enfermera de atención en el hogar se comunicó con el médico de Madeline casi todos los días durante la semana pasada y se incrementó su dosis de analgésicos de modo constante con poco alivio del dolor y con un aumento de las náuseas, el estreñimiento y la sedación. La enfermera se siente frustrada porque observa que Madeline desmejora rápidamente y tiene una depresión que se agrava, retraimiento y llanto. El vecino de Madeline vio que ella deja las luces encendidas las 24 horas y la enfermera vio que Madeline tiene varios rosarios y libros de plegarias al lado de su cama. Madeline se ha rehusado a la remisión al hospicio, pero la enfermera de atención en el hogar ha solicitado una conferencia de equipo con la asistencia del hospicio local afiliado a la agencia de cuidados en el hogar.

Preguntas para el análisis:

1. ¿Qué disciplinas deberían estar presentes en la conferencia sobre el caso?
2. ¿Qué evaluación adicional podría hacer la enfermera?
3. ¿Cuál es el mejor tratamiento para el dolor y el sufrimiento de esta paciente?

Módulo 2
Caso de estudio N° 3
Diana: Evaluación/barreras

Diana es una mujer de 40 años de edad con antecedentes de cáncer del seno. Hace cinco años le realizaron una lumpectomía con radioterapia y luego quimioterapia. Hace un año desarrolló una metástasis al hueso en la médula espinal y la clavícula derecha, que está documentada por medio de una gammagrafía ósea. Está recibiendo actualmente un tratamiento con otro régimen de quimioterapia con paclitaxol (Taxol® - un agente de quimioterapia que puede causar una neuropatía periférica). Ella concurre a la clínica oncológica para la administración de la quimioterapia. La enfermera está preocupada por la comodidad de Diana y realiza una evaluación del dolor.

Antecedentes:

Diana no informa problemas al principio, pero luego admite que tiene un dolor muy leve en la cintura. Ella atribuye este dolor al aumento de la actividad porque ha estado remodelando su casa. Cuando el dolor no cede con los medicamentos de venta sin receta médica (por ej. ibuprofeno, paracetamol) y con las técnicas no farmacológicas (por ej. masajes, calor), toma ocasionalmente un comprimido de codeína. Cuando se le pregunta por qué ella no toma más, dice “No me gusta tomar narcóticos” y “A mi esposo no le gusta cuando yo tomo las pastillas”.

Diana describe su dolor como de 2 ó 3 en la escala de 0 a 10 y lo ubica en la cintura. El dolor es sordo y palpitante. Cuando se le realiza presión para saber si tiene dolor en otros lugares, admite que tiene dolor en el hombro y lo califica con el 1 en este momento. También menciona un hormigueo bilateral en los pies, que se extiende hacia los tobillos. “No es dolor realmente, es una sensación de quemazón”.

Otra historia: Diana está casada y vive con su esposo y sus dos hijos adolescentes en una casa en los suburbios. Trabaja como recepcionista en una oficina.

Evaluación física:

Durante la revisión, la postura de Diana indicó que no estaba cómoda. Cuando Diana se levantó de la silla para ir a la camilla, la enfermera detectó que lo hace con dificultad. La palpación de la zona lumbar de la columna produce dolor. Diana niega tener dolor cuando se realiza la palpación en la clavícula. Al levantar la piernas menos de 30 grados, aumenta significativamente el dolor de la cintura. El examen neurológico revela debilidad en las extremidades inferiores, D > I. La pérdida sensorial se nota de modo bilateral en los dedos de los pies y desde los pies hacia los tobillos. Los reflejos están intactos.

Preguntas para el análisis:

1. ¿Cuáles son las barreras para el alivio del dolor en este caso?
2. ¿Qué tipos de dolor experimenta Diana y cuáles podrían ser las etiologías subyacentes?
¿Qué otras preguntas debería hacerle la enfermera a esta paciente?
3. Prepare un plan de atención para esta paciente.

Módulo 2
Caso de estudio N° 4 y análisis
Joshua: La importancia de la atención interdisciplinaria

Caso:

Joshua es un joven de 18 años con sarcoma avanzado que inicialmente afectó la pierna derecha pero ahora tiene una metástasis extendida que llega al pulmón. Se queja de un dolor muy fuerte en la pierna. El paciente está en posición fetal con las luces apagadas. Los miembros de la familia le visitan muy poco y el paciente no quiere regresar a su hogar. Tiene caquexia y es muy evidente que se está acercando al final de la vida. Él pide morfina inyectable y esto ha funcionado bien en las últimas internaciones. Cuando los enfermeros hacen el intento de administrar el medicamento, el paciente quiere que se lo inyecten rápidamente. La enfermera está preocupada porque el paciente es adicto o realiza manipulaciones y desea estar en el hospital para recibir los medicamentos por vía intravenosa. *Como enfermero, ¿qué evaluación e intervenciones son necesarias?*

Análisis:

Es necesario hacer una evaluación del dolor que comprenda la ubicación, la calidad, la intensidad, los antecedentes de medicamentos y otros factores. Este tipo de dolor podría tener aspectos nociceptivos y neuropáticos y puede ser necesario un tratamiento con medicamentos múltiples. También se necesita una evaluación del estado emocional del paciente que incluya el papel de la familia y su función. Es especialmente importante determinar si el paciente está deprimido y cuáles son sus creencias con respecto a la enfermedad. Se indica un enfoque de equipo dadas las dimensiones complejas en el aspecto biológico, psicosocial y espiritual de esta situación; por esta razón, la enfermera sugiere una reunión de un equipo especial para analizar el asunto. El equipo puede ayudar a la enfermera a analizar sus sentimientos e inquietudes con respecto a la solicitud del paciente de una inyección más rápida de los fármacos.

Continuación del caso:

La respuesta de Joshua al opioide indica que la dosis elegida reduce un poco el dolor (él no puede decir un porcentaje de alivio pero afirma que el dolor es de 6-8 después de la inyección, y antes de la inyección es de 8-10) sin una sedación significativa. Una dosis más alta produce un poco de sedación pero alivia más el dolor. Cuando se le pregunta a Joshua con respecto a la sedación, dice que no le molesta. Se agregan corticoesteroides para reducir la inflamación. *Además de la evaluación/intervenciones físicas, ¿qué otras evaluaciones e intervenciones psicosociales serían apropiadas? ¿Qué otros miembros del equipo deben participar?*

Análisis:

El enfermero determina que el trabajador social y uno de los enfermeros de atención paliativa pueden establecer una relación de confianza con Joshua y su madre. Después de largas conversaciones, el equipo se entera de que la familia no le visita con frecuencia porque no puede pagar el viaje hasta el hospital. Las cargas financieras son altas y los recursos muy limitados. Joshua expresa la preocupación de que es una carga para su madre, que se despierta con frecuencia durante la noche para atenderle. Su ingreso en el hospital es un intento de darle un poco de alivio a ella y por este motivo no desea regresar a su hogar. El trabajo de equipo dinámico está dirigido a ayudar a la familia a comprender el estado de la enfermedad de Joshua y a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia y Joshua, y a ayudarles a tener el apoyo financiero y de otro tipo que necesitan. Al mismo tiempo, el equipo le brinda la

oportunidad al personal de expresar sus inquietudes y tristezas por cuidar a un joven en el final de la vida.

Continuación del caso:

Joshua recibe el alta médica y regresa a su hogar con atención de hospicio. Recibe una infusión subcutánea de morfina con bolos administrados por su madre cuando es necesario. Muere en su casa con un buen alivio del dolor. Su madre, que en el pasado luchaba para que se realizara una terapia agresiva, logró un nivel de aceptación medio con respecto a la muerte de su hijo. Ella está haciendo un seguimiento con el capellán del hospicio para la atención para el duelo.

Módulo 2

Caso de estudio N° 5 y análisis

La Sra. P.: El respeto de los deseos de una mujer

La Sra. P. es una mujer de 78 años de edad que padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) grave, cor pulmonale, osteoporosis y artritis y vive sola en un albergue subsidiado para personas ancianas. Ella depende del oxígeno y de los esteroides orales. Sus otros medicamentos son diuréticos, broncodilatadores múltiples y medicamentos respiratorios. Ella dice que desea evitar futuras internaciones para su enfermedad, no quiere ser intubada o resucitada y afirma que tiene un testamento en vida y un poder permanente para la atención médica. La Sra. P. está recibiendo actualmente un seguimiento por parte de una enfermera registrada del departamento de atención para la transición de la agencia de un hospicio de atención en el hogar. Sus dos hijos adultos viven fuera del estado y tiene una nieta casada que vive en la zona.

Durante siete días, la Sra. P. ha estado tomando antibióticos orales para una bronquitis aguda, pero su condición general ha desmejorado constantemente. Hoy está letárgica, no puede pararse y tiene dificultades para tragar sus medicamentos. La enfermera de atención en el hogar habla con la Sra. P., su familia y su médico sobre su condición. Desarrollan un plan de atención para mantener a la Sra. P. en su casa hasta que muera.

Preguntas para el análisis:

- 1. De acuerdo con la información provista, ¿cuál sería la prioridad de atención médica para la Sra. P.?**
2. ¿Qué cambios serán necesarios en el régimen de medicamentos de la Sra. P.? (Tenga en cuenta el cambio en su estado de salud y su edad).

Módulo 2

Caso de estudio N° 6: Caso de equianalgesia

Conversión de la morfina oral a vía parenteral

Caso de equianalgesia

Conversión de la morfina oral a vía parenteral

Una mujer de 45 años de edad, con cáncer del cuello uterino, tiene dolor abdominal agudo debido a la expansión del cáncer. El puntaje del dolor es actualmente un 6, pero llega a 9 - 10 cuando empeora. Ella ha estado tomando morfina de acción prolongada, 15 mg cada 12 horas y 5 mg de morfina líquida para el dolor repentino. Ella toma aproximadamente 2 dosis de morfina líquida la mayoría de los días. Ha desarrollado una obstrucción intestinal maligna y no puede retener los alimentos o sus medicamentos. ¿Cuál es la dosis apropiada de opioide intravenoso?

Respuesta:

Su dosis diaria total de morfina oral es de aproximadamente 40 mg (2 dosis de 15 mg de morfina de acción prolongada y 2 dosis de 5 mg de morfina líquida). Usaremos el índice de conversión convencional en el que 3 mg de morfina oral equivalen a 1 mg de morfina intravenosa. Por lo tanto, hay que dividir la dosis diaria total de morfina oral de 40 mg por 3=13.3. La dosis de morfina intravenosa para 24 horas sería de 13.3 mg. Un modo simple de administrarla sería por medio de una infusión intravenosa continua de 0.5 mg de morfina por hora (Dividir 13.3 por 24 = 0.55 mg). Dado que estas conversiones son aproximadas, es aceptable redondear hacia abajo o arriba las dosis que las bombas pueden administrar. Si no hay una bomba disponible, la paciente deberá recibir una inyección cada 2 horas. Luego habría que dividir 13.3 por 12 = 1.1 mg de morfina intravenosa cada 2 horas. Si la paciente no tuviera un acceso intravenoso, podría intercambiarse la vía subcutánea con estas mismas dosis.

Módulo 2: Manejo del dolor Material didáctico suplementario/Índice de las actividades de la sesión de capacitación

Cuadro 1	Evaluación del dolor con la sigla inglesa “OLDCART”	M2-75
Cuadro 2	Sigla para la evaluación y el manejo del dolor	M2-76
Cuadro 3	Definiciones relacionadas con el dolor	M2-77
Cuadro 4	Dosis equianalgésicas de los opioides	M2-79
Cuadro 5	Revisiones de Cochrane (seleccionadas para el manejo del dolor)	M2-82
Cuadro 6	Normas, pautas y recursos para el manejo del dolor	M2-83
Ilustración 1:	Comunicación de los resultados de la evaluación del dolor	M2-84
Ilustración 2:	Escalera de 3 escalones de la WHO (OMS)	M2-86
Ilustración 3:	Cuadro de dermatomas	M2-87
Ilustración 4:	Escalas de intensidad del dolor	M2-88
Ilustración 5A	Herramienta para la evaluación inicial del dolor	M2-89
Ilustración 5B	Ejemplo de la herramienta de evaluación del dolor completada	M2-90
Ilustración 6	Inventario breve del dolor	M2-91
Ilustración 7	Lista de verificación de los indicadores no verbales del dolor	M2-93
Ilustración 8	Instrumento no comunicativo de evaluación del paciente (NOPAIN)	M2-95
Ilustración 9	Evaluación del dolor en la demencia avanzada-(PAINAD)	M2-96
Ilustración 10	Selección y uso de los tratamientos sin fármacos para el dolor	M2-98
Ilustración 11	Información para el paciente: Uso del frío	M2-99
Ilustración 12	Información para el paciente: Uso del calor	M2-100

Ilustración 13	Información para el paciente: Cantar y seguir con los dedos el ritmo con el fin de distracción	M2-101
Ilustración 14	Información para el paciente: Escucha activa de música grabada con el fin de distracción	M2-102
Ilustración 15	Información para el paciente: Describir imágenes con el fin de distracción	M2-103
Ilustración 16	Información para el paciente: Respiración profunda para relajación con la opción de visualización de paz	M2-104
Ilustración 17	Masajes para relajación	M2-105
Ilustración 18	Noticias breves - EPERC	M2-106
Ilustración 19	Consejos de enseñanza	M2-108

Módulo 2: Manejo del dolor

Material didáctico suplementario/Actividades de la sesión de capacitación

Módulo 2

Cuadro 1: Evaluación del dolor con la sigla inglesa “OLDCART”

OLDCART es una sigla en inglés que puede usarse para asistir a los profesionales de la atención médica para aprender sobre la evaluación del dolor al final de la vida.

O = Comienzo

L = Ubicación

- Puede haber sitios múltiples

D = Duración

- ¿Cuánto tiempo dura el dolor?
- ¿Es constante?
- ¿Es intermitente?

C = Características

- Neuropático o nervioso (agudo, punzante, quemazón, sensación de electricidad).
- Nociceptivo (también llamado somático) – el dolor de los huesos es un ejemplo (dolor sordo).
- Visceral (calambres, constrictivo).

A = Factores agravantes

- Movimiento
- Caminar
- Estar sentado
- Girar
- Masticar
- Respirar
- Defecar
- Orinar
- Tragar

R = Factores de alivio

- ¿Qué mejora o empeora el dolor?
- ¿Qué intervenciones médicas y no médicas alivian el dolor?

T = Tratamiento

- Medicamentos
- Intervenciones no farmacológicas (por ej. calor, frío, masajes, distracción, etc.)

Módulo 2

Cuadro 2: Sigla para la evaluación y el manejo del dolor

La sigla ABCDE fue pensada en inglés para el dolor oncológico a pesar de que es una sigla muy apropiada para los pacientes que están al final de la vida, sin que influya la enfermedad que tengan.

- A = Preguntar con frecuencia por el dolor.
Evaluar el dolor sistemáticamente.
- B = Creerle al paciente y a la familia cuando informan sobre el dolor y lo que lo alivia.
- C = Elegir opciones adecuadas para el manejo del dolor para el paciente, la familia y la situación.
- D = Realizar las intervenciones de un modo oportuno, lógico y coordinado.
- E = Otorgar poder a los pacientes y sus familias.
Capacitarlos para que puedan controlar la situación lo más posible.

Fuente:

Jacox, A., Carr, D. B., Payne, R., Berde, C. B., Breitbart, W., Cain, J. M., et al. (1994).

Management of cancer pain:

Clinical practice guideline, No 9. AHCPR Publication No. 94-0592. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Tomado el 19 de febrero de 2007 de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat6.section.18995>

Módulo 2

Cuadro 3: Definiciones relacionadas con el dolor

Alodinia Dolor causado por un estímulo que generalmente no produce dolor (por ej. un toque suave).

Dolor central Dolor que es consecuencia de una lesión o disfunción del sistema nervioso central (por ej. dolor después de un derrame cerebral).

Disestesia Sensación anormal que incluye adormecimiento doloroso, sensación de quemazón, hormigueo y alodinia.

Dolor neuropático

Dolor iniciado o causado por una lesión primaria de disfunción del sistema nervioso.

Nociceptores Neuronas activadas por estímulos nocivos (también llamadas neuronas primarias aferentes).

Nocicepción El proceso de activación de las neuronas primarias aferentes por un estímulo nocivo.

| ESTÍMULO NOCIVO

Estímulo que está dañando o daña potencialmente y que evoca la activación de los nociceptores (por ej. pinchazo, calor extremo).

Dolor Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión real o potencial de un tejido o que se describe como ocasionada por dicha lesión. (IASP, 1979)

Parestesia Adormecimiento doloroso anormal que incluye pinchazos, hormigueo y aumento de la sensibilidad.

Paroxístico Comienzo repentino de la escalada o recurrencia del dolor.

Dependencia física

Estado de adaptación que se manifiesta por un síndrome de abstinencia específico de una clase de fármaco que puede producirse por la suspensión abrupta, la reducción rápida de la dosis, la disminución del nivel del fármaco en la sangre y/o la administración de un antagonista (AAPM, APS, & ASAM, 2001).

Dependencia psicológica (adicción)

Enfermedad neurobiológica primaria y crónica con influencia de factores genéticos, psicológicos y ambientales que influyen su desarrollo y manifestaciones, caracterizada por los comportamientos que pueden incluir uno o

más de los siguientes: Control deficiente del uso del fármaco, uso excesivo, uso compulsivo, uso continuado a pesar de dolor y deseos patológicos. (AAPM, APS, & ASAM, 2001).

Radiculopatía Dolor punzante que generalmente coincide con la distribución de la raíz de un nervio raquídeo (por ej. nervio ciático).

Tolerancia Estado de adaptación en el que la exposición a un fármaco induce cambios que tienen como resultado una disminución de uno o más efectos del fármaco con el paso del tiempo (AAPM, APS, & ASAM, 2001).

Referencias:

American Academy of Pain Medicine (AAPM). (2001). *The use of opioids for the treatment of chronic pain*. [Joint consensus statement from the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society & the American Society of Addictive Medicine]. Tomado el 19 de febrero de 2007 de: <http://www.painmed.org/productpub/statements>

International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy. (1979). Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. *Pain* 6(3), 249-252.

Módulo 2

Cuadro 4: Dosis equianalgésicas de los opioides

Principios del manejo del dolor

1. Use un enfoque de varios fármacos. Combine los opioides con adyuvantes no opioides.
2. Determine el cronograma de administración de acuerdo con la duración del efecto analgésico. Es más conveniente usar opioides de liberación prolongada para dosis programadas y siempre usar los opioides de liberación inmediata para las dosis de rescate.
3. Los opioides deberían estar limitados a los fármacos agonistas. Vea el Cuadro de equianalgesia a continuación.
4. Evite la petidina y los opioides mixtos agonistas-antagonistas (por ej. Stadol).
5. Dosis para el dolor repentino: Las dosis programadas mantendrán parejos los niveles del fármaco en el suero y brindarán un alivio uniforme. Todos los pacientes que reciben opioides de liberación prolongada o infusiones parenterales continuas deberán tener una receta para un medicamento para tratar el dolor repentino. Las dosis frecuentes para tratar el dolor repentino requieren un cambio en la dosis programada para el fármaco de liberación prolongada. La dosis oral para tratar el dolor repentino es de aproximadamente del 10%-20% de la dosis básica oral para 24 horas. El efecto máximo de los opioides de liberación inmediata ocurre aproximadamente a la hora y es seguro repetir la dosis cada una hora si el paciente no está sedado. La dosis intravenosa/subcutánea es de aproximadamente el 50 al 100% del índice intravenoso por hora. El efecto pico de los opioides intravenosos/subcutáneos (excepto el fentanilo) es de aproximadamente 15 minutos, es seguro repetir la dosis cada 15 minutos si el paciente no está sedado.
6. Se prefiere una ruta no invasiva. Para el dolor intenso y escalado, puede ser necesario proporcionar analgésicos intravenosos hasta que se pueda controlar el dolor. Si las dosis orales, rectales o transdérmicas no son más prácticas o apropiadas, se indican infusiones subcutáneas o intravenosas.
7. Cuando se cambie el fármaco o la vía de administración, deberá usar las dosis equianalgésicas. Puede usar directamente el cuadro a continuación para el cambio de la administración oral a parenteral del mismo fármaco. Si cambia de un fármaco a otro, el fármaco nuevo puede ser más efectivo debido a las diferencias en la potencia o en la disponibilidad del fármaco. Comience con 2/3 a 3/4 de la cantidad calculada usando el cuadro de equianalgesia y verifique que el medicamento para el dolor repentino esté disponible y ajuste la dosis de acuerdo a la respuesta.
8. Maneje enérgicamente los efectos secundarios de los opioides. Los pacientes no tienen que tolerar nunca los efectos de estreñimiento de los opioides. Comience a administrar una combinación de laxantes/reblandecedores junto con los opioides.
9. Dolor leve (puntaje 1-3): Comience con analgésicos simples con analgésicos adyuvantes según corresponda.
10. Dolor moderado a intenso (puntaje 4-10): Cuando el dolor no responde a los analgésicos suaves y los adyuvantes, tenga en cuenta la opción de agregar un opioide puro. Las combinaciones de opioides y no opioides limitan la flexibilidad de las dosis.

11. Ajuste: Aumente un 25%-50% para el dolor moderado, y un 50-100% para el dolor intenso.
O calcule la dosis promedio del medicamento para el dolor repentino administrado por día y agréguelo a la dosis del medicamento de liberación prolongada (excepto cuando el medicamento para el dolor repentino se administra para un dolor nuevo).
12. Recuerde siempre enseñarles a los pacientes sobre los medicamentos para el dolor.

CUADRO DE EQUIANALGESIA

	MEDICAMENTO	Forma de dosificación/presentación	Parenteral	Oral
	MORFINA	<p>Comprimidos de liberación inmediata Sulfato de morfina de liberación inmediata – 15, 30 mg</p> <p>Comprimidos de liberación prolongada MS Contin –15, 30, 60, 100, 200 mg cada 8-12 horas Oramorph SR–15, 30, 60, 100 mg cada 8-12 horas Avinza –30, 60, 90, 120 mg cada 24 horas Kadian –20, 30, 50, 60, 100 mg cada 24 horas Genéricos</p> <p><u>Presentación líquida para vía oral</u> Solución de sulfato de morfina de liberación inmediata -2mg/ml, 4 mg/ml Concentrado de sulfato de morfina de liberación inmediata – 20 mg/ml Concentrado de Roxanol– 20 mg/ml</p> <p>Supositorios Sulfato de morfina rectal (RMS, por sus siglas en inglés)- 5, 10, 20, 30 mg</p>	10 mg	30 mg
	HIDROMORFONA	<p><i>Comprimidos</i> Dilaudid – 2, 4, 8 mg</p> <p><i>Presentación líquida</i> Dilaudid – 5mg/5ml Dilaudid HP – 1, 2, 10 mg/ml</p> <p>Supositorios Dilaudid – 3 mg</p>	1,5 mg	7.5 mg
	Oxicodona	<p>Comprimidos de liberación inmediata Oxy IR (Roxicodona) – 5 mg Roxicodona – 5, 15, 30 mg Oxicodona/acetaminofeno – 5, 15, 30 mg Percocet- 5/325,7.5/325,10/325 mg Roxicet- 5/325, 5/500 mg</p> <p>Comprimidos de liberación prolongada Oxicontina – 10, 20, 40, 80 mg</p> <p>Presentación líquida Roxicodona – 1mg/ml, 20 mg/ml OxyFAST – 20mg/ml</p>	----	20-30 mg

Fentanilo Transdérmico	<i>Parches para la piel</i> Duragesic – 12.5, 25, 50, 75, 100 mcg/hora	Parche de 100 mcg cada 2-3 días = 66 mg morfina IV cada 24 horas o 2.7 mg de morfina intravenosa cada hora	PARCHE DE 100 MCG CADA 2-3 DÍAS = 200 MG DE MORFINA ORAL CADA 24 HORAS o 33 mg de morfina oral cada 4 horas
Fentanilo a través de las mucosas	<i>Tabletas orales</i> Actiq – 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mcg Fentora – 100, 200, 400, 600, 800 mcg	----	Vea el prospecto para la conversión
HIDROCODONA	<u>Comprimidos de hidrocodona/acetaminofeno**</u> Vicodin – 5/500 mg Vicodin ES - 7.5/750 mg Lorcet o Vicodin HP – 10mg/650 mg Lortab – 2.5/500 mg, 5/500 mg, 7.5/500mg, 10/500 mg Norco – 5/325 mg, 7.5/325 mg, 10/325 mg <u>Hidrocodona/ibuprofeno</u> Vicoprofen – 7.5/200 mg **No exceder los 4000 mg de acetaminofeno en 24 horas	----	Hidrocodona: 2 comprimidos de 5mg/500mg = morfina oral de 9 mg
METADONA	Los índices de equivalencia que comparan a la morfina (u otros opioides) con la metadona dependen de la dosis, que varían desde 1:1 para las dosis bajas de morfina oral hasta 20:1 (morfina: metadona) cuando se superan los 300 mg por día. Debido a la semivida larga, la alta potencia y las variaciones de la farmacocinética según los individuos, debe comenzarse con la metadona en dosis bajas y luego aumentar cuidadosamente con la provisión de los medicamentos adecuados para el dolor repentino durante el período de ajuste. Advertencia: No se desarrolla tolerancia cruzada.		

FUENTES DEL DOLOR

FUENTE DEL DOLOR	CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR	CLASES/EJEMPLOS DE MEDICAMENTOS
Dolor miofacial/somático	Constante y bien localizado.	<ul style="list-style-type: none"> - Acetaminofeno/fármacos antiinflamatorios no esteroides (NSAID, por sus siglas en inglés). - Opioides.
Dolor visceral	Lesión en órganos de inervación simpática. El dolor es vago, profundo, sordo. Dolor referido.	<ul style="list-style-type: none"> - Opioides. - Corticoesteroides. - Antiinflamatorios no esteroides (NSAID)
Dolor de huesos	Lo más común es el esqueleto axial con la columna torácica y lumbar.	<ul style="list-style-type: none"> - Radioterapia, radionúclidos. - Antiinflamatorios no esteroides (NSAID): Celecoxib, ibuprofeno, naproxeno, Dolobid, Orudis, Trilisate, Ketorolac. - Corticoesteroides/ bisfosfonatos. - Opioides.
Dolor neuropático Daño nervioso Disestesia	Lesión en algún elemento del sistema nervioso (plexo o raíz raquídea). Disestesia, quemazón, hormigueo, adormecimiento, dolor punzante eléctrico. Puede requerir dosis más altas de opioides.	<ul style="list-style-type: none"> - Antidepresivos tricíclicos: Nortriptilina, desipramina. - Antidepresivos atípicos: Cymbalta, Effexor. - Anticonvulsivantes: Gabapetina, carbamazepina, clonazepam, pregabalina. - Corticoesteroides. - Anestésico tópico: Parche de lidocaína al 5%. - Opioides.
EFECTO SECUNDARIO	MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES	
Estreñimiento	Comenzar con una combinación de sena como estimulante y docusato como reblandecedor. Puede aumentarse hasta 4 comprimidos dos veces al día. Si no hay movimientos intestinales en 2 días, agregar un laxante. También agregar líquidos y aumentar la actividad.	
Náuseas / vómitos	Descartar las causas reversibles, por ej. el estreñimiento. Dar antimiméticos según sea necesario.	
Depresión respiratoria	Rara – controlar de cerca a los pacientes que no hayan recibido tratamientos previos con opioides.	



MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO TARJETA DE REFERENCIA

The Southern California Cancer Pain Initiative
c/o City of Hope
1500 E. Duarte Road, Duarte, California
91010
Número de Teléfono: 626-256-4673
extensión 63840
Fax: 626-301-8941
Correo electrónico: sccpi@coh.org

! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ !
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor El peor dolor

Reimpreso con el permiso de *Southern California Cancer Pain Initiative (SCCPI)*.
<http://sccpi.coh.org>

Módulo 2

Cuadro 5: Revisiones de Cochrane (Seleccionadas para el manejo del dolor)

- ❖ Fármacos anticonvulsivantes para el dolor agudo y crónico
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001133.html>
- ❖ Aromaterapia y masajes para el alivio de los síntomas para los pacientes con cáncer
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002287.html>
- ❖ Bisfosfonatos para el alivio del dolor secundario a la metástasis de hueso
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab002068.html>
- ❖ Calcitonina para el dolor causado por la metástasis de hueso
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003223.html>
- ❖ Hidromorfona para el dolor agudo y crónico
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003447.html>
- ❖ Cetamina como adyuvante de los opioides para el dolor oncológico
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003351.html>
- ❖ Metadona para el dolor oncológico
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003971.html>
- ❖ Cambio de los opioides para mejorar el alivio del dolor y la tolerabilidad del fármaco
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004847.html>
- ❖ Morfina oral para el dolor oncológico
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003868.html>
- ❖ Radioisótopos para el dolor causado por la metástasis de hueso
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003347.html>
- ❖ Radioterapia para la paliación de las metástasis de hueso dolorosas
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001793.html>
- ❖ Estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS, por sus siglas en inglés) para el dolor crónico
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003222.html>

Una adaptación de:

Cochrane Pain, Palliative Care and Supportive Care Group. (2004). Abstracts of Cochrane Reviews. *The Cochrane Library*, 4. Tomado el 19 de febrero de 2007 de <http://www.cochrane.org/reviews/en/topics/85.html>

Módulo 2

Cuadro 6: Normas, pautas y recursos para el manejo del dolor

Ejemplos de normas, pautas y recursos para el manejo del dolor al final de la vida

- Agency for Health Care Policy and Research (ahora llamada Agency for Health Research & Quality – AHRQ). U.S.
U.S. Department of Health and Human Services: www.ahrq.gov
Manejo del dolor oncológico: Guía completa, referencia rápida para clínicos, guía para pacientes.
- Alliance of State Pain Initiatives: www.aspi.wise.edu
Muchos recursos, entre ellos, el libro “Making an institutional commitment to pain management”, información relacionada con las barreras regulatorias y otros recursos educativos.
- American Medical Directors Association: www.amda.org
Manejo del dolor crónico en el ámbito de la atención a largo plazo: Guía de clínica práctica, 1999.
- American Nurses Association (ANA): www.ana.org
Punto de vista sobre el manejo del dolor y el control de los síntomas angustiantes en los pacientes moribundos; Punto de vista con respecto al suicidio asistido.
- American Pain Society: www.ampainsoc.org
Pautas publicadas para el dolor agudo y crónico no oncológico, el dolor oncológico, el dolor causado por la artritis y por la drepanocitosis. Exposición de los puntos de vista: Tratamiento del dolor al final de la vida: Exposición de los puntos de vista de la American Pain Society; declaraciones de consenso con la American Academy of Pain Medicine (www.painmed.org), la American Society of Addiction Medicine (www.ASAM.org), Definiciones de adicción, dependencia y tolerancia: Uso de opioides en el manejo del dolor.
- American Society of Anesthesiologists: www.asahq.org
Pautas para el dolor agudo y oncológico publicadas en *Anesthesiology*, 84: 1996: Manejo del dolor crónico, en *Anesthesiology* 86:995-1004, 1997.
- American Society of Clinical Oncology: www.asco.org
Currículo para la competencia para el dolor publicado en el *Journal of Clinical Oncology* 10:12, Diciembre de 1995
- American Society of Pain Management Nursing: www.aspmn.org
Normas para la práctica de enfermería clínica para la enfermería de control del dolor; normas para la especialidad de control del dolor;
Puntos de vista sobre los placebos, atención del final de la vida y otros.
- American Geriatrics Society: www.americangeriatrics.org
Pautas de la práctica clínica: El manejo del dolor crónico en las personas mayores. Publicado en el *Journal of the American Geriatrics Society* 46:5, Mayo de 1998. Revisado, Julio de 2002.
- Association of Oncology Social Work (AOSW): www.aosw.org
Puntos de vista sobre la atención del final de la vida, puntos de vista sobre la eutanasia activa y el suicidio asistido.
- Canadian Association of Nurses in Oncology (CANO): www.cano-acio.org/en/home/reports/index.html
Puntos de vista sobre el dolor oncológico.
- Federation of State Medical Boards of the United States: www.fsmb.org
Pautas modelo para el uso de medicamentos de dispensación controlada para el tratamiento del

dolor, 1998.

- Hospice and Palliative Nurses Association: www.hpna.org
Exposición de los puntos de vista: “El dolor” y “La administración de opioides al final de la vida.”
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO): www.jcaho.org
Normas para el manejo del dolor agudo en el ámbito de la atención ambulatoria, de largo plazo en el hogar y en los sistemas de atención médica en general. Además: La mejora de la calidad del control del dolor a través de la medición y de la acción. 2003 JCAHO and National Pharmaceutical Council.
- National Comprehensive Cancer Network:
www.nccn.org/patients/patient_gls/_english/_pain/contents.asp
Pautas de la práctica clínica para el dolor.
- Oncology Nursing Society, www.ons.org: publicación de los puntos de vista sobre el manejo del dolor oncológico; puntos de vista con respecto al uso de placebos.
- World Health Organization: www.who.int/en/
Pautas publicadas sobre el dolor y la atención en el final de la vida

Una adaptación de:

Curtis, C.P. (2004). Consensus statements, positions, standards, and guidelines for pain and care at the end of life. *Seminars in Oncology Nursing*, 20(2), 121-139.

Módulo 2

Ilustración 1: Comunicación de los resultados de la evaluación del dolor

Comunicación inútil

“Hola, ¿Dr. Jones? Habla Jane Brown de 12 West. Su paciente, la Sra. Smith tiene dolor. ¿Qué va a hacer usted al respecto?”

Comunicación útil

“Hola, ¿Dr. Jones? Habla Jane Brown de 12 West. Estoy preocupada por nuestra paciente, la Sra. Smith. Tiene un puntaje de intensidad del dolor de 9 en una escala del 0 al 10, describe la ubicación del dolor en el muslo derecho donde tiene la metástasis en el hueso, el dolor es sordo y palpitante y empeora cuando se pone de pie o camina. No ha podido participar en la sesión de fisioterapia de hoy por causa del dolor. Le hemos estado dando 10 mg de morfina líquida cada 3 horas, lo que reduce el dolor a 7 aproximadamente, pero el efecto sólo dura una hora. Afortunadamente, ella dice que no tiene efectos secundarios de la morfina. Y revisé su lista de medicamentos y no está tomando ningún otro medicamento para el dolor. ¿Qué cree que deberíamos hacer?”

“Jane, no estoy seguro. ¿Tiene alguna idea?”

“Dado que la morfina funciona hasta cierto punto, creo que es el fármaco correcto. Sin embargo, esos 10 mg reducen el dolor solamente de un 9 a un 7. Dado que ella la está tolerando bien, quisiera duplicar la dosis y llegar a 20 mg; y teniendo en cuenta que el dolor sólo se alivia por una hora, creo que deberíamos ofrecérsela cada hora. Ella puede rechazar la morfina cuando lo desee, y por su carácter, sé que ella no la tomará a menos que la necesite realmente. Por eso, creo que deberíamos recetar por teléfono 20 mg de morfina líquida por hora según sea necesario. Si esto funciona, mañana podremos hablar sobre un cambio por un opioide de acción prolongada para que ella no tenga que tomar el fármaco con tanta frecuencia. Una cosa más, debido a que es dolor de hueso, y la Sra. Smith dice no tener antecedentes de úlceras, creo que podría ser útil agregar un fármaco antiinflamatorio no esteroide”.

Componentes de la comunicación útil

- Dé información completa, incluya la ubicación, intensidad y calidad del dolor.
- Recuerde a los colegas sobre la etiología probable del dolor, pero no descarte otras causas potenciales.
- Haga una lista de los medicamentos administrados para el dolor, su eficacia y los efectos adversos.
- Pida sugerencias pero esté preparado para hacer recomendaciones.
- Sea objetivo en la presentación.
- Describa el efecto del dolor en las funciones del paciente (por ej. no puede caminar, no puede participar en la terapia, tuvo que terminar la radioterapia debido a las molestias).
- Ante las respuestas inútiles, redefina, eduque y normalice. Ejemplos:

- “Creo que ella no tiene tanto dolor”.
 - “La Sra. Smith es bastante estoica y muchas veces no revela el dolor en la expresión de su rostro o la postura, pero el dolor está afectando gravemente sus movimientos en este momento”.
- “Tiene cáncer de pulmón, no quiero que tenga una depresión respiratoria”.
 - “Su frecuencia respiratoria es de 24 y no hay cambios cuando se le administra la morfina oral.
Dado que ha estado recibiendo la morfina durante tres días y se le administró Vicodin® durante algunas semanas, es probable que haya desarrollado tolerancia al efecto de depresión respiratoria del opioide”.
- “Parece demasiada cantidad de narcótico.”
 - “Esa dosis no es inusual. Además, sabemos que la dosis correcta de opioide es la dosis que funciona”.

Referencia:

Warden, V., Hurley, A.C. & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Demetia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Director Association*, 4(1), 9-15.

Módulo 2

Ilustración 2: Escalera de 3 escalones de la WHO (OMS)

Escalera de tres escalones de la WHO (OMS) para el alivio del dolor

		<i>Liberación del dolor oncológico</i>	
	<i>Dolor que persiste o aumenta</i>	<i>Opioide para el dolor moderado a intenso ± no opioide ± Adyuvante</i>	7 - 10 Paso 3
	<i>Dolor que persiste o aumenta</i>	<i>Opioide para el dolor de leve a moderado ± no opioide ± Adyuvante</i>	4 - 6 Paso 2
<i>Dolor leve</i>	<i>no opioide ± Adyuvante</i>		1 - 3 Paso 1
<i>Dolor</i>			

Una adaptación de:

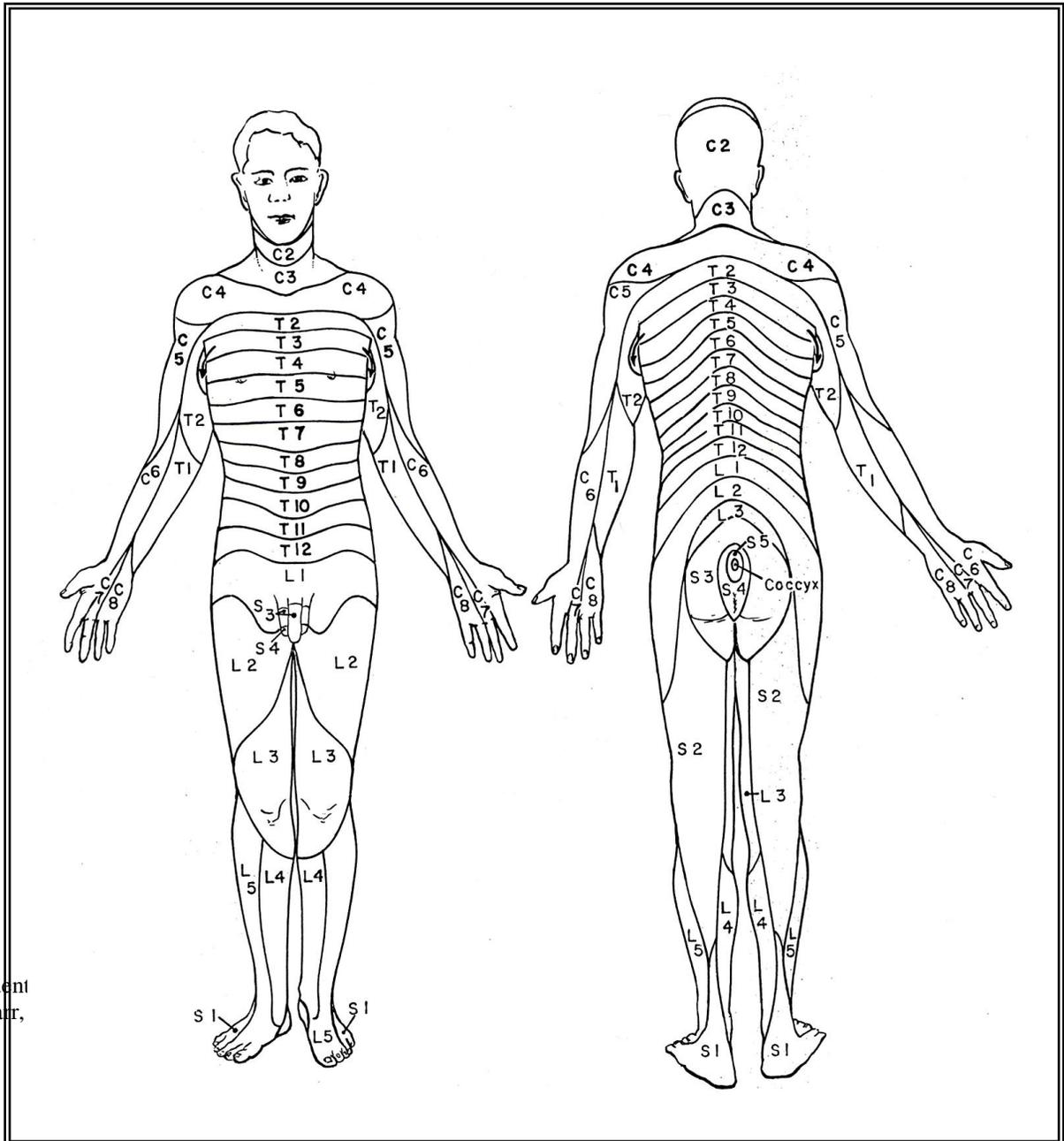
World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva, Switzerland:

Autor. Reimpreso con autorización.

Módulo 2

Ilustración 3: Cuadro de dermatomas

Distribución cutánea de los nervios raquídeos (dermatomas)



Fuente:
Barr,

Módulo 2

Ilustración 5A: Herramienta para la evaluación inicial del dolor

FORM 3.1 Initial Pain Assessment Tool

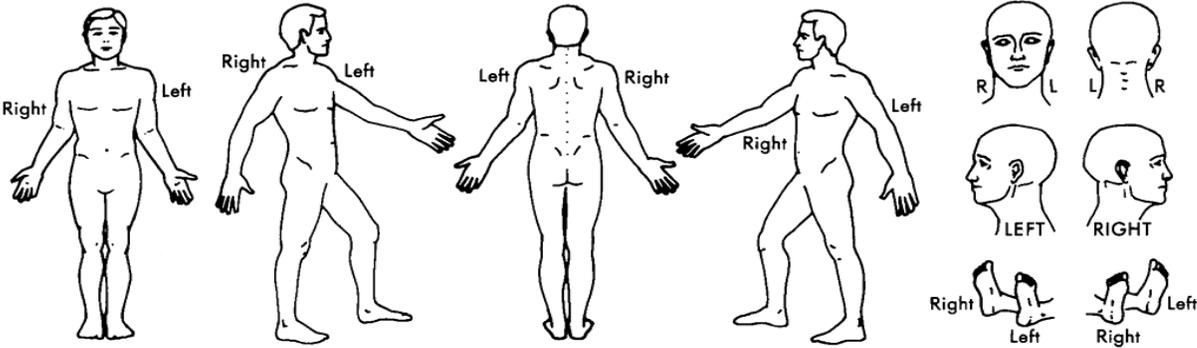
Date _____

Patient's Name _____ Age _____ Room _____

Diagnosis _____ Physician _____

Nurse _____

1. LOCATION: Patient or nurse mark drawing.



2. INTENSITY: Patient rates the pain. Scale used _____

Present: _____

Worst pain gets: _____

Best pain gets: _____

Acceptable level of pain: _____

3. QUALITY: (Use patient's own words, e.g., prick, ache, burn, throb, pull, sharp) _____

4. ONSET, DURATION, VARIATIONS, RHYTHMS: _____

5. MANNER OF EXPRESSING PAIN: _____

6. WHAT RELIEVES THE PAIN? _____

7. WHAT CAUSES OR INCREASES THE PAIN? _____

8. EFFECTS OF PAIN: (Note decreased function, decreased quality of life.)

Accompanying symptoms (e.g., nausea) _____

Sleep _____

Appetite _____

Physical activity _____

Relationship with others (e.g., irritability) _____

Emotions (e.g., anger, suicidal, crying) _____

Concentration _____

Other _____

9. OTHER COMMENTS: _____

10. PLAN: _____

Módulo 2

Ilustración 5B: Ejemplo de la herramienta de evaluación del dolor completada

Date 11-20-00

Patient's Name Mary Smith Age 34 Room 1136

Diagnosis Cervical Laminar Physician John Brown

Nurse Jim Johnson

1. LOCATION: Patient or nurse mark drawing.

2. INTENSITY: Patient rates the pain. Scale used 0-10

Present: 5

Worst pain gets: 8

Best pain gets: 1-2

Acceptable level of pain: 3-4

3. QUALITY: (Use patient's own words, e.g., prick, ache, burn, throb, pull, sharp) electrical, shocking, sensitive

4. ONSET, DURATION, VARIATIONS, RHYTHMS: comes on suddenly, maybe worse at night

5. MANNER OF EXPRESSING PAIN: patient articulates clearly, although recent seizure has resulted in some memory loss

6. WHAT RELIEVES THE PAIN? higher dose of Dilaudid 18 mg with continuous infusion of Dilaudid 18 mg/hr

7. WHAT CAUSES OR INCREASES THE PAIN? touching the foot can increase the pain

8. EFFECTS OF PAIN: (Note decreased function, decreased quality of life.)

Accompanying symptoms (e.g., nausea) 0

Sleep can awaken at

Appetite 0

Physical activity difficulty walking, up stairs, uses walker, can't

Relationship with others (e.g., irritability) becomes fatigued, frustrated

Emotions (e.g., anger, suicidal, crying)

Concentration poor? disease, drugs, recent seizure

Other

9. OTHER COMMENTS: foot drop left foot x 2 months, ? myoclonus jerking

10. PLAN: Discuss interventional tx in neurosurgery, continued support of husband. Discuss dexamethasone with primary MD

May be duplicated for use in clinical practice. From McCaffery M, Pasero C: Pain: Clinical manual, p. 60. Copyright © 1999, Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 6: Inventario breve del dolor (formulario corto) (continuación)

8) En las últimas 24 horas, ¿cuánto alivio le han brindado los tratamientos o medicamentos para el dolor? Por favor, marque con un círculo el porcentaje que mejor demuestra el alivio que usted ha recibido.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Sin alivio										Complete alivio

9) Marque con un círculo el número que mejor describe cómo, durante las últimas 24 horas, el dolor ha interferido con su:

A. Actividad general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

B. Estado de ánimo

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

C. Capacidad de caminar

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

D. Trabajo normal (incluye el trabajo fuera de la casa y de la casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

E. Relaciones con las otras personas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

F. El sueño

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

G. Disfrutar de la vida

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No Interfiere										totalmente interfiere

Fuente:

Cleeland, C. S. (1991). *Brief pain inventory*. Houston, TX: University of Texas M.D. Anderson Cancer Center. Reimpreso con autorización. Tomado el 19 de febrero de 2007 de:
<http://www.ohsu.edu/ahec/pain/paininventory.pdf>

Módulo 2

Ilustración 7: Lista de verificación de los indicadores no verbales del dolor

Date: _____

Patient Name: _____

Checklist of Nonverbal Pain Indicators

(Write a 0 if the behavior was not observed, and a 1 if the behavior occurred even briefly during activity or rest.)

	With Movement	Rest
1. Vocal complaints: Non-verbal (Expression of pain, not in words, moans, groans, grunts, cries, gasps, sighs)	_____	_____
2. Facial Grimaces/Winces (Furrowed brow, narrowed eyes, tightened lips, jaw drop, clenched teeth, distorted expressions).	_____	_____
3. Bracing (Clutching or holding onto side rails, bed, tray table, or affected area during movement)	_____	_____
4. Restlessness (Constant or intermittent shifting of position, rocking, intermittent or constant hand motions, inability to keep still)	_____	_____
5. Rubbing: (Massaging affected area)	_____	_____
(In addition, record Verbal complaints).		
6. Vocal complaints: Verbal (Words expressing discomfort or pain, “ouch” “that hurts;” cursing during movement, or exclamations of protest, “stop” “that’s enough.”)	_____	_____
Subtotal Scores	_____	_____
	Total Score	_____

Feldt, K. S. (1996). Treatment of pain in cognitively impaired versus cognitively intact post hip fractured elders. (Doctoral dissertation, University of Minnesota, 1996). Dissertation Abstracts International, 57-09B, 5574.
Feldt, K.S. (2000). Checklist of Nonverbal Pain Indicators. Pain Management Nursing, 1 (1), 13-21.

Módulo 2

Ilustración 7: Lista de verificación de los indicadores no verbales del dolor (continuación)

Escala de descripción verbal

- ___ EL PEOR DOLOR POSIBLE**
- ___ DOLOR EXTREMO**
- ___ DOLOR INTENSO**
- ___ DOLOR MODERADO**
- ___ DOLOR LEVE**
- ___ DOLOR MUY LEVE**
- ___ SIN DOLOR**

Nota: También puede usar estas palabras: molestia, inflamación o malestar en lugar de dolor.

Módulo 2

Ilustración 8: Instrumento no comunicativo de evaluación del dolor del paciente (NOPAIN, por sus siglas en inglés)

NOPPAIN

(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)
Activity Chart Check List

Name of Evaluator: _____
Name of Resident: _____
Date: _____
Time: _____

DIRECTIONS: Nursing assistant should complete at least 5 minutes of daily care activities for the resident while observing for pain behaviors. Both pages of this form should be completed immediately following care activities

		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No		Did you do this? Check Yes or No	Did you see pain when you did this? Check Yes or No
(a) Put resident in bed OR saw resident lying down		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(f) Fed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(b) Turned resident in bed		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(g) Helped resident stand OR saw resident stand		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(c) Transferred resident (bed to chair, chair to bed, standing or wheelchair to toilet)		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(h) Helped resident walk OR saw resident walk		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(d) Sat resident up (bed or chair) OR saw resident sitting		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	(i) Bathed resident OR gave resident sponge bath		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
(e) Dressed resident		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

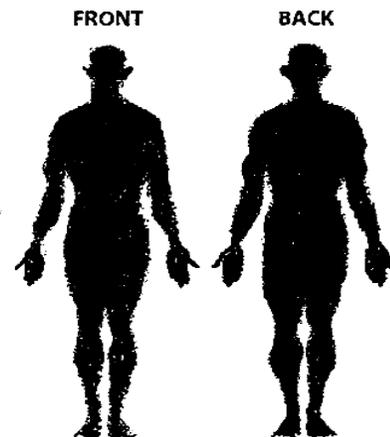
ASK THE PATIENT: Are you in pain? yes no
ASK THE PATIENT: Do you hurt? yes no

Pain Response (What did you see and hear during care?)

Pain Words? - "That hurts!" - "Ouch!" - Cursing - "Stop that!" <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain words? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Pain Faces? - grimaces - furrowed brow - winces <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain faces? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Bracing? - rigidity - holding - guarding (especially during movement) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the bracing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity
Pain Noises? - moans - cries - groans - gasps - grunts - sighs <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense were the pain noises? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Rubbing? - massaging affected area <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the rubbing? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity	Restlessness? - frequent shifting - rocking - inability to stay still <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO How intense was the restlessness? 0 1 2 3 4 5 Lowest Possible Intensity Highest Possible Intensity

Locate Problem Areas

Please "X" the site of any pain
Please "O" the site of any skin problems



A U.S. Veterans Affairs METRIC(TM) Instrument. Snow, O'Malley, Kunik, Cody, Bruera, Beck, Ashton. Alteration of this instrument is prohibited. This instrument can be copied and distributed free of charge for clinical or scholarly use. Development was supported by VA HSR&D and NIMH. Contact Dr. Snow at asnow@bcm.tmc.edu.

Módulo 2

Ilustración 9: Evaluación del dolor en la demencia avanzada-PAINAD
(por sus siglas en inglés)

Pain Assessment IN Advanced Dementia – PAINAD (Warden, Hurley, Volicer, 2003)

	0	1	2	Score
Breathing Independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-stokes respirations	
Negative Vocalization	None	Occasional moan or groan. Low level speech with a negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling, or inexpressive	Sad. Frightened. Frown	Facial grimacing	
Body Language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting	Rigid. Fists clenched, Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Unable to console, distract or reassure	
				TOTAL

Referencia:

Warden, V., Hurley, A.C. & Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Director Association*, 4(1), 9-15.

Módulo 2

Ejemplos de técnicas no farmacológicas

para el manejo del dolor

(Ilustraciones 10-17)

Fuente:

McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Módulo 2

Ilustración 10: Selección y uso de los tratamientos sin fármacos para el dolor

1. Clarifique la relación entre el uso de tratamientos para el dolor sin fármacos y el uso de analgésicos.
 - En la mayoría de las situaciones clínicas (por ej. dolor posoperatorio o dolor oncológico) los tratamientos sin fármacos para el dolor deben usarse además de los analgésicos.
 - Explique con claridad al paciente que las terapias sin fármacos no reemplazan a los analgésicos.
2. Evalúe la actitud del paciente con respecto a la experiencia con los tratamientos para el dolor sin fármacos.
 - Si el paciente ha usado métodos sin fármacos, averigüe si fueron exitosos y cuáles fueron los problemas, si los hubo.
 - Pregunte si el paciente cree que los intentos personales de utilizar terapias sin fármacos han sido agotadas y que ahora son más apropiadas las terapias más convencionales para el dolor.
 - Averigüe si el paciente está usando métodos sin fármacos para evitar el uso de analgésicos. Si los analgésicos son apropiados, hable sobre las inquietudes del paciente.
3. Pregunte al paciente qué cosas, además de los medicamentos para el dolor, le ayudan muchas veces para aliviar el dolor.
 - Intente identificar los tratamientos sin fármacos que sean similares al estilo del paciente para enfrentar las cosas.
 - Algunos pacientes simplemente desean más información sobre el dolor o su manejo mientras que otros desean distraer su atención del dolor.
 - Muchos pacientes usan naturalmente la distracción para enfrentar el dolor. Puede ser útil brindarles a estos pacientes algunos vídeos o música.
4. Evalúe el nivel de fatiga del paciente, el estado cognitivo y la capacidad de concentrarse y seguir las instrucciones.
 - El funcionamiento óptimo en estas áreas es conveniente para aprender y para usar una técnica como la visualización con relajación pero no es necesaria si se usa una compresa fría.
 - Algunos pacientes apenas tienen tiempo suficiente para realizar las actividades requeridas de la vida diaria. Si se agrega una técnica de relajación prolongada, simplemente se aumenta el estrés y se disminuye la sensación de control del paciente.
5. Pregunte a la familia/amigos si desean estar involucrados en los tratamientos para el dolor sin fármacos.
 - En la atención en el hogar es posible que el cuidador primario ya y esté sobrecargado y no tenga tiempo o energía para ayudar al paciente con una técnica como los masajes.
 - Es posible que los familiares/amigos puedan realizar una técnica como los masajes, que les permitirá tocar al paciente y “hacer algo”. Sin embargo, no todos los pacientes o miembros de la familia se sienten cómodos con las técnicas que involucran el toque.
6. Brinde al paciente y su familia los materiales de apoyo adecuados.
 - Cuando sea posible, es conveniente proporcionar instrucciones estrictas o grabadas en audio, aún para las técnicas más simples.
 - Verifique si el equipo apropiado está disponible. Sino estuviera, ¿puede el paciente, comprárselo? Si no pudiera, identifique los materiales no farmacológicos o terapias de menor costo.

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 404). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 11: Información para el paciente: Uso del frío

El frío puede aliviar los siguientes tipos de dolor y muchas veces funciona mejor que el calor:

- Dolores musculares o espasmos, por ejemplo dolor del cuello o de cintura.
- Dolor en las articulaciones.
- Dolor de cabeza.
- Incisiones quirúrgicas.
- Comezón.

Precauciones:

- No aplique frío en aquellas zonas con circulación deficiente o en las que la piel está siendo tratada con radioterapia.
- No use frío si el dolor aumenta.
- Debe ser fresco, no frío. Mantenga la sensación del frío en un nivel cómodo fresco.
- Cubra la compresa fría con una toalla.
- Recuerde que la humedad aumenta la intensidad del frío.
- Quite la compresa fría si la piel se adormece.
- No congele la piel.

El equipo de frío puede ser cualquiera de los siguientes artículos:

- Bolsa de hielo
- Compresa de gel
- Hielo y agua en una bolsa de plástico

- Una bolsa de arvejas o granos de maíz congelados (golpeé la bolsa contra la encimera para romper los vegetales congelados para que se amolden a la piel).
- Una compresa blanda que se hace congelando un recipiente con cierre hermético (por ej. una bolsa de plástico), con 1/3 de alcohol y 2/3 de agua.
- Toalla empapada en agua y hielo granizado y luego retorcida.
- Compresa fría flexible hecha con un paño o toalla doblada en la forma deseada y que se coloca dentro de una bolsa de plástico sellada y luego en el congelador.

Aplicación del frío:

- Cubra la compresa de hielo con una funda de almohada o una o más toallas.
- Manténgala a una intensidad frío que sea cómoda.
- Colóquela en la zona con dolor de 10 a 20 minutos. Puede usar el frío todo el tiempo que a usted le resulte cómodo y que no le irrite la piel.
- Si usted no puede alcanzar la zona que le duele, coloque la compresa fría en cualquiera o en todos los sitios siguientes:
 - El lado opuesto del cuerpo correspondiente al dolor (por ej. la pierna izquierda si le duele la pierna derecha).
 - Por encima del dolor (por ej. la parte superior del brazo si le duele la parte inferior).
 - Debajo del dolor (por ej. la parte inferior del brazo si le duele la parte superior).

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 410). Mosby, Inc. [Ver el texto para las referencias].

Módulo 2

Ilustración 12: Información para el paciente: Uso del calor

El calor puede aliviar los siguientes tipos de dolor:

- Dolores musculares o espasmos, por ejemplo dolor del cuello o de cintura.
- Dolor en las articulaciones.
- Comezón.
- Dolor rectal.

Precauciones:

- No use calor si el dolor aumenta.
- Tiene que ser tibio, no caliente. Mantenga la sensación del calor en un nivel tibio que sea cómodo.
- Cubra la fuente de calor con una toalla.
- Es importante recordar que la humedad aumenta la intensidad del calor.
- No use el calor sobre aquellos lugares de la piel en los que se hayan aplicado ungüentos de mentol o sustancias aceitosas.
- No lo aplique en aquellas zonas que están sangrando o si tiene una herida reciente.

El equipo del calor puede ser cualquiera de los siguientes artículos:

- Bolsa de agua caliente.
- Almohadilla eléctrica de calor.
- Compresas húmedas calientes (por ej. toalla).

- Inmersión en agua (por ej. tina, lavabo, tina de hidromasaje).
- Retención del calor del cuerpo con una envoltura plástica (por ej. Saran Wrap, bolsa de aspiradora pegada con cinta adhesiva). Tome la precaución de lavar y secar bien la piel al menos una vez al día si usted está usando este método.

Aplicación del calor:

- Cubra la fuente de calor con una funda de almohada o una o más toallas.
- Manténgala a una intensidad calor que sea cómoda.
- No se quede dormido encima de una almohadilla eléctrica de calor.
- Coloque la fuente de calor en la zona con dolor de 10 a 20 minutos. Puede usar el calor todo el tiempo que a usted le resulte cómodo y que no le irrite la piel.
- Si usted no puede alcanzar la zona que le duele, coloque la compresa de calor en cualquiera de los sitios siguientes:
 - El lado opuesto del cuerpo correspondiente al dolor (por ej. la pierna izquierda si le duele la pierna derecha).
 - Por encima del dolor (por ej. la parte superior del brazo si le duele la parte inferior).
 - Debajo del dolor (por ej. la parte inferior del brazo si le duele la parte superior).

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 410). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 13: Información para el paciente: Cantar y seguir con los dedos el ritmo con el fin de distracción

1. Mantenga los **ojos abiertos y mire** fijamente algún punto u objeto inmóvil. Si usted desea cerrar los ojos, imagine algo relacionado con la canción que cantará.
 2. **Elija una canción** de la que usted conozca la letra (al menos cuatro o cinco líneas) como por ejemplo un himno, una canción de cuna, una canción popular o un aviso comercial.
 3. **Cante la canción.** La mayoría de los adultos eligen cantar en silencio para evitar molestar a los demás o tener conciencia de sí mismos. Puede mover los labios con énfasis en silencio o susurrar las palabras.
 4. **Marque el ritmo de la canción** (por ejemplo, siga el ritmo con un dedo o con la cabeza). Esto le ayudará a concentrarse en la canción en vez de en la molestia.
 5. Comience a cantar lentamente. **Cante más rápidamente si el dolor aumenta** y más lentamente cuando el dolor disminuye.
 6. Si **no le resulta lo suficientemente efectivo, pruebe agregar o cambiar** alguna de estas cosas: Hágase masajes en el cuerpo al ritmo de la canción, cante otra canción, pídale a otra persona que cante con usted, o marque con más de una manera el ritmo de la canción (por ejemplo moviendo la cabeza al mismo tiempo que sigue el ritmo con el dedo).
- Puntos adicionales:** Esta técnica es fácil de aprender, pero si usted ya está cansado, puede resultarle físicamente agotadora si la realiza durante más de algunos minutos. Además, es posible que usted se sienta consciente de sí mismo cuando lo haga por primera vez, pero es posible que no le moleste siempre y cuando la técnica le ayude a superar la molestia.

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 415). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 14: Información para el paciente: Escucha activa de música grabada con el fin de distracción

Uso:

- Las sugerencias siguientes pueden ayudarle durante un tiempo breve de dolor, es decir para un dolor que puede durar algunos minutos y extenderse hasta una hora.
- Utilice estas sugerencias y tome sus medicamentos para el dolor.

Instrucciones:

1. Reúna los siguientes materiales:
 - Un reproductor de audio. (Los pequeños que funcionan con baterías son más convenientes).
 - Audífonos o auriculares. (Es un estímulo más exigente que un parlante ubicado a algunos metros de distancia y se evita molestar a los demás).
 - Grabaciones de la música que a usted le guste. (La mayoría de las personas prefieren una música rápida y alegre pero otras eligen música relajante. Otras opciones son las series de comedias, los eventos deportivos, los programas de radio viejos o los cuentos).
2. **Escuché la música** a un volumen agradable. **Si la molestia aumenta, suba el volumen y bájelo** cuando la molestia disminuya.
3. **Marque el ritmo de la música** (por ej. siga el ritmo con el dedo o con la cabeza). Esto le ayudará a concentrarse en la música y no en la molestia.
4. Mantenga los **ojos abiertos y mire** fijamente algún punto u objeto inmóvil. Si desea cerrar los ojos, imagine algo relacionado con la música.
5. **Si no le resulta lo suficientemente efectivo, pruebe agregar o cambiar** alguna de estas cosas: hágase masajes en el cuerpo al ritmo de la música, pruebe escuchar otra música, marque de más de una manera el ritmo de la canción (por ejemplo, moviendo la cabeza al mismo tiempo que sigue el ritmo con el dedo).

Puntos adicionales: Esta técnica ha resultado útil a muchos pacientes. Suele ser muy aceptada por los pacientes, probablemente porque los equipos ya se encuentran disponibles y son parte de la vida diaria; es muy común ver a las personas haciendo ejercicio y escuchando una grabación con un auricular. Otra ventaja es que es fácil de aprender y no es física o mentalmente exigente. Por estas razones, puede usarse por un lapso de hasta una hora. Si usted está muy cansado, puede escuchar la música y no marcar el ritmo o concentrarse en un punto fijo.

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 415). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 15: Información para el paciente: Describir imágenes con el fin de distracción

Uso:

- El uso de imágenes puede ayudarle durante un período breve de dolor, es decir, para un dolor que puede durar algunos minutos y extenderse hasta una hora.
- Realice esta actividad y además tome sus medicamentos para el dolor.

Instrucciones:

1. **Busque imágenes** que le interesen.

- Las imágenes pueden ser fotos de revistas, de amigos, la familia o las vacaciones; catálogos de mercadería o libros con fotos de algún tema específico como los aviones o la guerra civil. Puede usar imágenes sobre el mismo tema o con motivos diferentes. Evite aquellas imágenes que sean perturbadoras o que le recuerden su molestia.
- Cantidad de imágenes. La cantidad de imágenes que usted necesite dependerá de distintos factores, por ejemplo la duración de la molestia, con cuánto detalle las describirá y la velocidad con la que usted habla.

2. Es posible que usted necesite **ayuda**. Si usted no tiene mucho tiempo o energía, puede pedirle a un amigo que busque las imágenes por usted (por ej. que recorte fotos de revistas). También puede pedirle a alguien que sostenga las fotos para que usted pueda verlas mientras las describe y esta persona puede ayudarle con las descripciones y hacerle preguntas sobre los detalles que figuran a continuación.

3. **Mire las imágenes y descríbalas** de un modo que sea interesante para usted. En general, es mejor seguir mirando las imágenes mientras las describe (en vez de mirar la imagen brevemente, esconderla y luego tratar de recordar los detalles). Aquí presentamos algunos modos de escribir o hablar sobre las imágenes para ayudarle a mantener la atención concentrada en ellas, es conveniente que un amigo tenga esta lista

y le haga las siguientes preguntas:

- Imagine que usted está en la imagen. ¿Qué haría?
- Cuente la cantidad de cosas que ve en la imagen.
- Diga cómo se llama cada cosa de la imagen.
- Diga los colores.
- ¿Qué está sucediendo en la imagen? Invente una historia con respecto a la imagen.

4. Si esto **no es totalmente efectivo, intente agregar o cambiar** alguna de las siguientes opciones: intente cambiar de imágenes o de preguntas; invierta el procedimiento y haga preguntas sobre la persona que le está ayudando; incluya a algunas imágenes sorprendidas al azar que podrían ser difíciles de describir pero que sean novedosas (por ej. chistes simples o figuras con poca ropa); y si la molestia aumenta, intente cambiar las imágenes más rápidamente; si se siente consciente de sí mismo al hablar en voz alta, puede describir las imágenes para sí mismo en silencio.

Esta técnica puede ser un método ideal para aquellas personas que tengan un poco de tiempo libre y deseen ayudarle a usted con el dolor. Un amigo o profesional de la salud puede recolectar imágenes en su tiempo libre y dárselas a usted antes de un evento doloroso o la persona podría estar allí para mostrarle a usted las imágenes y hacerle preguntas.

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 417). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 16: Información para el paciente: Respiración profunda para relajación con la opción de visualización de paz

1. Inspire profunda y lentamente.
2. A medida que exhala, sienta cómo comienza a relajarse; sienta cómo la tensión abandona su cuerpo.
3. Ahora inspire y exhale lenta y regularmente, con el ritmo que sea más cómodo para usted.
4. Para poder concentrarse mejor en su respiración, inhale y exhale lenta y rítmicamente:
Inhale mientras dice lentamente para sí mismo “adentro, dos, tres.”
Exhale mientras dice lentamente para sí mismo “afuera, dos, tres.”
o
Cada vez que exhale, dígame a sí mismo silenciosamente una palabra como paz o tranquilo.
5. Puede imaginar que está haciendo esto en un lugar que sea muy relajante y tranquilo para usted, como si estuviera recostado en una playa soleada.
6. Siga los pasos 1 al 4 solamente una vez o repita los pasos 3 y 4 por hasta 20 minutos.
7. Finalice con una respiración lenta y profunda. A medida que exhala, puede decirse a sí mismo “Me siento alerta y relajado”.

Puntos adicionales:

- Esta técnica de relajación tiene la ventaja de ser muy adaptable. Puede utilizarla durante unos segundos solamente o por hasta 20 minutos. Por ejemplo, puede hacerlo regularmente durante 10 minutos dos veces al día. También puede usarla para hacer una o dos respiraciones completas en cualquier momento que lo necesite durante el día o cuando se despierta en medio de la noche.
- Si usted intenta usar esta técnica por más de unos segundos, busque una posición cómoda en un lugar tranquilo.
- Un modo muy efectivo de relajarse es agregar imágenes de paz una vez que usted haya realizado los pasos 1 a 4 descritos anteriormente. A continuación se detallan algunas ideas sobre cómo encontrar sus propios recuerdos de paz. Algo que le haya sucedido a usted hace un tiempo que pueda ser útil en este momento. Algo que le haya traído una alegría o paz profundas. Puede dibujar la experiencia pasada para que le dé paz o consuelo en este momento.

Piense en estas preguntas. ¿Puede recordar alguna situación, incluso las de la infancia, cuando usted se sintió en calma, con paz, seguro, con esperanzas o cómodo?

¿Tiene usted un sentimiento de cómo si estaría soñando cuando escucha música?

¿Tiene alguna música favorita?

¿Tiene alguna poesía favorita que le levante el ánimo o le dé seguridad?

¿Tiene alguna actividad religiosa o la ha tenido alguna vez? ¿Tiene alguna lectura, himno o plegaria favorita?

Las experiencias religiosas de la infancia, aunque no haya pensado en ellas por muchos años, pueden ser muy reconfortantes. Es muy posible que algunas de las cosas en las que usted piense como respuestas a estas preguntas puedan ser grabadas para usted, como por ejemplo su música favorita o una plegaria leída por su clérigo. Luego usted puede escuchar la grabación cuando lo desee. O si tiene buena memoria, simplemente puede cerrar los ojos y recordar los hechos o las palabras.

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 420). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 17: Masajes para relajación

Los masajes son un método antiguo para ayudar a que una persona se relaje. Por ejemplo:

1. Toque o masaje breve (por ej. sostener la mano o hacer un toque o frotar el hombro de una persona). Estos masajes son tan comunes y se hacen tan rápidamente que a veces olvidamos de que son métodos para ayudar a una persona a relajarse.
2. Sumergir los pies en una palangana con agua tibia o envolverlos en una toalla húmeda y tibia.
3. Los masajes (3 a 10 minutos) pueden abarcar todo el cuerpo o limitarse a la espalda, los pies o las manos. Si el paciente es recatado o no puede moverse o girar con facilidad en la cama, pueden realizarse masajes en las manos o los pies.

Use un lubricante tibio (por ejemplo, puede entibiar un pequeño tazón con loción para manos en el microondas o puede entibiar una botella de loción en el fregadero sumergiéndola en agua caliente durante 10 minutos aproximadamente).

Los masajes para relajación generalmente se realizan con caricias suaves, largas y lentas. (Las caricias rápidas, los movimientos circulares y apretar los tejidos tienden a estimular la circulación y a aumentar el grado de alerta). Sin embargo es conveniente intentar distintos grados de presión combinados con distintos tipos de masajes (por ej. amasar, caricias y hacer círculos). Determine cuál es el preferido.

Especialmente en las personas mayores, frotar la espalda produce una relajación efectiva, y este masaje consta de no más de 3 minutos de una caricia lenta y rítmica (aproximadamente 60 caricias por minuto) en ambos lados de la columna vertebral, desde la coronilla hasta la cintura. El contacto continuo de las manos se mantiene al comenzar a deslizar una mano por la espalda cuando la otra llega a la cintura y se levanta.

Establezca un horario regular para los masajes. De este modo, el paciente tendrá algo que esperar y de qué depender.

Puede copiarse para ser utilizado en la práctica clínica. Reproducido con el permiso de Elsevier: McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed., p. 421). Mosby, Inc.

Módulo 2

Ilustración 18: Noticias breves – EPERC (sitio Web: http://www.eperc.mcw.edu/ff_index.htm)

Las Noticias breves están revisadas por expertos y constan de una página de información fundamental sobre temas importantes del final de la vida para los educadores y clínicos vinculados con este tema.

Noticias breves—Dolor

1. Noticias breves y Concepto N° 002: Cómo convertir al fentanilo transdérmico o delfentanilo transdérmico
2. Noticias breves y Concepto N° 008: La morfina y la muerte acelerada
3. Noticias breves y Concepto N° 018: Los intervalos para las dosis de los opioides orales
4. Noticias breves y Concepto N° 020: La escalada de dosis de los opioides
5. Noticias breves y Concepto N° 025: Los opioides y las náuseas
6. Noticias breves y Concepto N° 028: Las infusiones subcutáneas
7. Noticias breves y Concepto N° 036: Cálculo de las conversiones de las dosis de los opioides
8. Noticias breves y Concepto N° 039: Uso de la naxolona
9. Noticias breves y Concepto N° 044: Cómo cambiar la situación actual
10. Noticias breves y Concepto N° 049: La gabapetina para el dolor neuropático
11. Noticias breves y Concepto N° 051: Cómo elegir un producto para combinar con los opioides
12. Noticias breves y Concepto N° 053: La morfina sublingual
13. Noticias breves y Concepto N° 054: Las infusiones de opioides
14. Noticias breves y Concepto N° 057: Los efectos de neuroexcitación de los opioides:
Evaluación del paciente
15. Noticias breves y Concepto N° 058: Los efectos de neuroexcitación de los opioides: Tratamiento
16. Noticias breves y Concepto N° 063: La responsabilidad legal del tratamiento insuficiente del dolor.
17. Noticias breves y Concepto N° 068: ¿Es dolor o adicción?
18. Noticias breves y Concepto N° 069: Pseudoadicción
19. Noticias breves y Concepto N° 070: Variación de las recetas de analgésicos según la necesidad
20. Noticias breves y Concepto N° 070: La meperidina para el dolor: ¿Cuál es el problema?
21. Noticias breves y Concepto N° 072: Las recetas para el ajuste de las infusiones de opioides
22. Noticias breves y Concepto N° 074: Recetas para los opioides orales: ejemplos buenos y malos
23. Noticias breves y Concepto N° 075: La metadona para el dolor
24. Noticias breves y Concepto N° 078: Aspectos culturales del manejo del dolor
25. Noticias breves y Concepto N° 080: Oxicontina
26. Noticias breves y Concepto N° 083: Por qué los pacientes no toman los opioides.
27. Noticias breves y Concepto N° 085: La analgesia epidural
28. Noticias breves y Concepto N° 086: La metadona: Información sobre la dosis inicial
29. Noticias breves y Concepto N° 089: El manejo del dolor en los asilos: Consejos para las recetas de los analgésicos
30. Noticias breves y Concepto N° 092: La analgesia controlada por el paciente en la atención paliativa
31. Noticias breves y Concepto N° 094: Cómo escribir recetas de opioides para el alta médica
/pacientes ambulatorios
32. Noticias breves y Concepto N° 095: La abstinencia de los opioides
33. Noticias breves y Concepto N° 097: El bloqueo del eje simpático para el dolor visceral
34. Noticias breves y Concepto N° 098: La terapia intratecal de fármacos para el dolor
35. Noticias breves y Concepto N° 110: Los exámenes de detección de fármacos en la orina
36. Noticias breves y Concepto N° 116: Radiofármacos para las metástasis óseas dolorosas.
37. Noticias breves y Concepto N° 117: Las escalas pediátricas de evaluación del dolor
38. Noticias breves y Concepto N° 126: La evaluación del dolor en las personas con dificultades cognitivas
39. Noticias breves y Concepto N° 127: Los trastornos en el uso de sustancias en el paciente de atención paliativa

40. Noticias breves y Concepto N° 129: Los esteroides para el tratamiento del dolor de hueso
41. Noticias breves y Concepto N° 132: El uso de la cetamina en la atención paliativa
42. Noticias breves y Concepto N° 142: Las hiperalgesia inducida por los opioides

Fuente:

End-of-Life/Palliative Education Resource Center (EPERC). Tomado el 14 de septiembre de 2007 de http://www.eperc.mcw.edu/ff_index.htm

Módulo 2

Ilustración 19: Consejos de enseñanza

Guía/consejos para la enseñanza Módulo 2 – Dolor

Si usted es un educador de una escuela:

- Use casos en las clases para destacar los puntos clave.
- Pida a los estudiantes que compartan sus experiencias relacionadas con el dolor.
 - Si todavía no se encuentran en la rotaciones clínicas, hable sobre el dolor que se muestra en los medios de comunicación, por ejemplo, sobre las imágenes de personas con dolor y también del uso de los opioides y la adicción.
 - Para aquellos alumnos que hayan tenido algunas experiencias clínicas, procese el modo en el que ellos han visto cómo se evalúan y tratan los pacientes, hable sobre las tendencias que puedan haber observado en el personal o los pacientes.
- El contenido sobre el dolor puede ser presentado en diversos cursos (por ej. cursos de patofisiología [alteraciones en el sistema nervioso], en cursos de farmacología [opioides, no opioides]. Si no hay una sola clase sobre el dolor que reúna todos estos componentes dispersos, las clases clínicas deberían dedicarse al dolor durante una serie de rotaciones.
- Utilice materiales suplementarios como el cuadro de dermatoma y úselos en las distintas actividades (evaluación física en un paciente con herpes zoster).
- Pida a los estudiantes que hagan un juego de rol de educación del paciente/familia con respecto al uso apropiado de un régimen analgésico.
- Use ejemplos de casos durante la clase para destacar los puntos clave, enfatizar las perspectivas clínicas, de investigación y manejo según sea apropiado para la audiencia de estudiantes y el curso.
- En las clases de evaluación física, incorpore las técnicas utilizadas para identificar los cambios neurológicos asociados con los síndromes de dolor (por ej. cambios sensoriales, reflejos alterados) y si fuera posible, recluir a otros estudiantes o personal con dolor crónico para que actúen de modelo. Puede pedirles a los colegas de la clínica del dolor si alguno de sus pacientes desean colaborar como voluntarios para ser modelos.
- Pida a los estudiantes que representen una situación de comunicación con los médicos y otros miembros del equipo para promover el control efectivo del dolor (por ej. justificar el uso de una dosis elevada de opioide o buscar el aumento de la dosis, defender a un paciente con dolor en un caso en el que se planteó una cuestión de enfermedad adictiva).

Si usted es un educador de oncología:

- El contenido sobre el dolor puede brindarse como un curso de capacitación interna (con un formato de clases más tradicional o una presentación basada en la atención con pacientes atendidos por algunos de miembros del personal del curso) o como carteles intermitentes colocados en lugares visibles para el personal (sala de conferencias, baños).
- Las Noticias breves pueden ser un método creativo para educar cuando sea difícil reunir al personal para los cursos de capacitación interna. Puede encontrar muchas Noticias breves relacionadas con el dolor en http://www.eperc.mcw.edu/ff_index.htm.
- Para el personal de oncología con más experiencia, organice un panel con un enfoque similar a “Pregunte a los expertos”. Pueden realizar preguntas relacionadas con la evaluación de los pacientes con discapacidades cognitivas, el uso de agentes específicos para el dolor o sobre

cómo hacer la conversión a infusiones subcutáneas continuas cuando los pacientes no pueden tragar.

Si usted es un educador (en un ámbito hospitalario):

- Use ejemplos de casos en las clases para destacar los puntos clave.
- Pida al personal que comparta sus experiencias relacionadas con el dolor.
 - Hable sobre el dolor en los medios de comunicación, por ejemplo, utilice imágenes de personas con dolor y hable sobre también del uso de los opioides y la adicción.
 - Pida al personal que analice cómo ha visto que se evalúa y trata a los pacientes, hable sobre las tendencias que puedan haber observado en otros miembros del personal y/o pacientes.
- Las clases clínicas deberían estar dedicadas al dolor durante varias rotaciones.
- Utilice materiales suplementarios como el cuadro de dermatoma y úselo en las distintas actividades (evaluación física en un paciente con herpes zoster).
- Pida al personal que haga un juego de rol de educación del paciente/familia con respecto al uso apropiado de un régimen analgésico.

Si usted es un educador de un hospicio/atención paliativa:

- Pídale al personal que identifique los obstáculos que deben enfrentar para manejar el dolor, y los puntos positivos que ellos (o sus colegas) aportan al ámbito clínico. Planifique los materiales educativos/de capacitación interna de acuerdo con estas áreas de necesidad. Haga una lista de todos los puntos positivos en un cartel para dar ánimo “¡Nuestros puntos positivos en el manejo del dolor!”
- Divida el módulo en partes diferenciadas (por ej. evaluación del dolor, tratamiento farmacológico [no opioides, opioides, adyuvantes] y no farmacológico) y provea cursos breves de capacitación interna.
- Las Noticias breves pueden ser un método creativo para brindar educación cuando es difícil reunir a los miembros del personal para los cursos de capacitación interna. Puede encontrar muchas Noticias breves relacionadas con el dolor en http://www.eperc.mcw.edu/ff_index.htm. O puede usar las diapositivas del ELNEC para armar una Noticia breve para exhibirla en un lugar bien visible y puede expandir la diapositiva de acuerdo con las necesidades individuales de su equipo.
- Utilice sesiones clínicas que traten temas del dolor para destacar el contenido del Módulo 2.
- Durante un mes, dedique algunos minutos (3-5) al equipo de salud para presentar alguna información nueva con respecto al dolor, incluso puede hacerlo como un concurso “¿Cuál es el pico del efecto de la morfina oral? ¿Cómo se calcula la dosis apropiada para el dolor repentino para un opioide oral?”.

Módulo 2: Manejo del dolor Referencias Principales

American Academy of Pain Medicine (AAPM). (2001). *The use of opioids for the treatment of chronic pain* (Joint consensus statement from the American Academy of Pain Medicine, American Pain Society & American Association of Addiction Medicine). Retrieved February 19, 2007 from:
<http://www.painmed.org/productpub/statements/pdfs/opioids.pdf>

American Geriatrics Society (AGS) Panel on Persistent Pain in Older Persons. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6 Suppl.), S205-224.

American Pain Society (APS). (2003). *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain* (5th ed.). Glenview, IL: Author.

American Society for Pain Management Nursing (ASPMN). (2004). *Position statement: Use of placebos in pain management*. Lenexa, KS: Author. Retrieved November 14, 2007 from
http://www.aspmn.org/Organization/position_papers.htm.

Benedetti, C., Brock, C., Cleeland, C., Coyle, N., Dube, J.E., Ferrell, B.R., et al. (2000).

NCCN practice guidelines for cancer pain. *Oncology (Huntington)*, 14(11A), 135-150.

Berger, A., Portenoy, R.K., & Weissman, D.E. (2002). *Principles and practice of palliative care supportive oncology* (2nd ed.). New York, NY: Lippincott, Williams and Wilkin.

Billhult, A., & Dahlberg, K. (2001). A meaningful relief from suffering. *Cancer Nursing*, 24(3), 180-184.

Blair, S.L., Chu, D.Z.J., & Schwarz, R.E. (2001). Outcomes of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis from nongynecological cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 8(8), 632-637.

Brattberg, G., Parker, M.G., & Thorslund, M. (1997). A longitudinal study of pain reported from middle age to old age. *Clinical Journal of Pain*, 13(2), 144-149.

Bruera, E., Palmer, J.L., Bosnjak, S., Rico, M. A., Moyano, J., Sweeney, C., et al. (2004). Methadone versus morphine as a first-line strong opioid for cancer pain: A randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(1), 185-192.

Bruera, E., & Sweeney, C. (2002). Methadone use in cancer patients with pain: A review. *Journal of Palliative Medicine*, 5(1), 127-138.

- Chevlan, E.M. (2007). Palliative chemotherapy. In A.M. Berger, J.L. Shuster, & J.H. Von Roen [Eds], *Principles and practices of supportive oncology, 3rd edition*, pp.549-560, Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Couzin, J. (2004). Drug safety. Withdrawal of Vioxx casts a shadow over COX-2 inhibitors. *Science*, 306(5695), 384-385.
- Coyle, N., Adelhardt, J., Foley, K., & Portenoy, R. (1990). Character of terminal illness in the advanced cancer patient: Pain and other symptoms during the last four weeks of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(2), 83-93.
- Davidhizar, R., & Giger, J.N. (2002). "Culture matters for the patient in pain." *Journal of Practicing Nursing*, 52(2), 18-20.
- Davis, G.C., Hiemenz, M.L., & White, T.L. (2002). Barriers to managing chronic pain of older adults with arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(1), 121-126.
- Derby, S. & O'Mahony, s. (2006). Elderly patients. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 635-659). New York, NY: Oxford University Press.
- Doyle, C., Crump, M., Pintilie, M., & Oza, A.M. (2001). Does palliative chemotherapy palliate? Evaluation of expectations, outcomes, and costs in women receiving chemotherapy for advanced ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19(5), 1266-1274.
- Dunn, G.P., Milch, R. A., Mosenthal, A.C., Lee, K.F., Easson, A.M., & Huffman, J L. (2002). Palliative care by the surgeon: How to do it. *Journal of the American College of Surgeons*, 194(4), 509-537.
- Ernst, E. (2004). Manual therapies for pain control: Chiropractic and massage. *Clinical Journal of Pain*, 20(1), 8-12.
- Ferrell, B.R., & Coyle, N. (2008). *The nature of suffering and the goals of nursing*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ferrini, R., & Paice, J. A. (2004). Infusional lidocaine for severe and/or neuropathic pain. *Journal of Clinical Oncology*, 2(1), 90-94.

- Fink, R. & Gates, R. (2006). Pain assessment. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 97-125). New York, NY: Oxford University Press.
- Fisch, M.J. (2003). Palliative systemic anti-neoplastic therapy. In E.D. Bruera and R.K. Portenoy (Eds.), *Cancer pain: Assessment and management* (pp. 311-327). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Furlan, A.D., Lui, P., & Mailis, A. (2001). Chemical sympathectomy for neuropathic pain: Does it work? [Case report & Literature review]. *Clinical Journal of Pain*, 17(4), 327-336.
- Gibson, S.J., & Weiner, D.K. (Eds.). (2005). *Pain in older persons*. Seattle, WA: IASP Press.
- Gillis, T.A. (2003). Rehabilitation medicine interventions. In E.D. Bruera and R.K. Portenoy (Eds.), *Cancer pain: Assessment and management* (pp. 238-326). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Goetz, M. P., Callstrom, M. R., Charboneau, J. W., Farrell, M. A., Maus, T. P., Welch, T. J., et al. (2004). Percutaneous image-guided radiofrequency ablation of painful metastases involving bone: A multi-center study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(2), 300-306.
- Goldstein, D. J., Lu, Y., Detke, M. J., Hudson, J., Iyengar, S., & Demitrack, M. A. (2004). Effects of duloxetine on painful physical symptoms associated with depression. *Psychosomatics*, 45(1), 17-28.
- Gordon, D.B., Dahl, J.L., Miaskowki, C., McCarberg, B., Todd, k.B., Paice, J.A., et al. (2005). American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. American Pain Society Quality of Care Task Force. *Archives of Internal Medicine*, 165(14); 1574-1580.
- Gordon, D.B., & Weissman, D.E. (2005). Sublingual morphine #53. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), 868-869.
- Grealish, L., Lomasney, A., & Whiteman, B. (2000). Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nursing*, 23(3), 237-243.
- Gunnarsdottir, S., Donovan, H. S., Serlin, R. C., Voge, C., & Ward, S. (2002). Patient-related barriers to pain management: The Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain*, 99(3), 385-396.**
- Indelicato, R.A., & Portenoy, R.K. (2003). Opioid rotation in the management of refractory cancer pain. *Journal of Clinical Oncology*, 21(9 Suppl), 87s-91s.
- Janjan, N.A., Delclos, M., Carne, C., Ballo, M., & Cleeland, C. (2003). Palliative radiotherapy. In E.D. Bruera and R.K. Portenoy (Eds.), *Cancer pain: Assessment and management* (pp. 279-310). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Jeremic, B. (2001). Single fraction external beam radiation therapy in the treatment of localized metastatic bone pain: A review. *Journal of Pain & Symptom Management* 22(6), 1048-1058.
- Krantz, M.J., Lewkowicz, L., Hays, H., Woodruffe, M.A., Robertson, A.D., & Mehler, P.S. (2002). Torsade de pointes associated with very high-dose methadone. *Annals of Internal Medicine*, 137(6), 501-504.
- Krouse, R.S., Nelson, R.A., Ferrell, B.R., Grube, B., Juarez, G., Wagman, L.D., & Chu, D.Z.J. (2001). Surgical palliation at a cancer center. *Archives of Surgery*, 136(7), 773-778.
- Kwekkeboom, K.L. (2001). Pain management strategies used by patients with breast and gynecologic cancer with postoperative pain. *Cancer Nursing*, 24(5), 378-386.
- Lasch, K.E. (2000). Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 1(3Suppl 1), 16-22.
- Layman-Goldstein, M., Byrnes-Casey, M. & Collins, J.J. (2006). Pediatric pain: Knowing the child before you. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 991-1008). New York, NY: Oxford University Press.
- Letizia, M., Shenk, J., & Jones, T.D. (2000). Intermittent subcutaneous injections for symptom control in hospice care: A retrospective investigation. *Hospice Journal*, 15(2), 1-11.
- Levy, M.H., & Samuel, T.A. (2005). Management of cancer pain. *Seminars in Oncology*, 32(2), 179-193.
- Lussier, D., & Portenoy, R.K. (2004). Adjuvant analgesics in pain management. In D. Doyle, G.. Hanks, Cherney, N.I., & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative care* (3rd ed., pp. 349-378). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Mathis, J.M., Barr, J.D., & Belkoff, S.M. (2001). Percutaneous vertebroplasty: A developing standard of care for vertebral compression fractures. *American Journal of Neuroradiology*, 22(2), 373-381.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- McCahill, L.E., & Ferrell, B. (2002). Palliative surgery for cancer pain. *Western Journal of Medicine*, 176(2), 107-110.
- Miaskowski, C., Cleary, J., Burney, R., Coyne, P., Finley, R., Foster, R., et al. (2005). *American Pain Society Clinical Practice Guideline Series, No. 3: Guide for the management of cancer pain in adults and children*. Glenview, IL: American Pain Society.

- Miaskowski, C., Dodd, M.J., West, C., Paul, S.M., Tripathy, D. Koo, P., et al. (2001). Lack of adherence with the analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology*, 19(23), 4275-4279.
- Miller, C.C., Nelson, C.C., & Mezey, M. (2000). Comfort and pain relief in dementia: Awakening a new beneficence. *Journal of Gerontological Nursing*, 26(9), 32-40.
- Mitty, E.L. (2001). Ethnicity and end of life decision-making. *Reflections on Nursing Leadership*, 27(1), 28-31, 46.
- Miyoshi, H.R. (2001). Systemic nonopioid analgesics. In D. Loeser, S.H. Butler, R. Chapman, & D.C. Turk (Eds.). *Bonica's management of pain* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morrison, R.S., Wallenstein, S., Natale, D.K., Senzel, R.S., & Huang, L.L. (2000). "We don't carry that" - Failure of pharmacies in predominantly nonwhite neighborhoods to stock opioid analgesics. *New England Journal of Medicine*, 342(14), 1023-1026.
- Mystakidou, K., Katsouda, E., Parpa, E., Vlahos, L., & Tsiatas. (2006). Oral transmucosal fentanyl citrate: Overview of pharmacological and clinical characteristics. *Drug Delivery*, 13(4), 269-276.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Practice Guidelines. (2007). Oncology – Adult Cancer pain: Version 1. 2007. Retrieved August 28, 2007 from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf.
- Paice, J. (2003). Mechanisms and management of neuropathic pain in cancer. *Journal of Supportive Oncology*, 1(2), 107-120.
- Paice, J.A. & Fine, P.G. (2006). Pain at the end of life. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 131-153). New York, NY: Oxford University Press.
- Portenoy, R.K., Taylor, D., Messina, J., & Tremmel, L. (2006). A randomized, placebo-controlled study of fentanyl buccal tablet for breakthrough pain in opioid-treated patients with cancer. *Clinical Journal of Pain*, 22(9), 805-811.
- Potter, J., & Higginson, I. J. (2004). Pain experienced by lung cancer patients: A review of prevalence, causes and pathophysiology. *Lung Cancer*, 43(3), 247-257.
- Redinbaugh, E., Baum, A., DeMoss, C., Fello, M., & Arnold, R. (2002). Factors associated with the accuracy of family caregiver estimates of patient pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 23(1), 31-32.
- Ripamonti, C., & Bianchi, M. (2002). The use of methadone for cancer pain. *Hematology-Oncology Clinics of North America*, (16)3, 543-555.

- Ross, J.R., Goller, K., Hardy, J., Riley, J., Broadley, K., Ahern, R., & Williams, J. (2005). Gabapentin is effective in the treatment of cancer-related neuropathic pain: A prospective, open-label study. *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 1118-1126.
- Rozans, M., Dreisbach, A., Lertora, J.J.L., & Kahn, M.J. (2002). Palliative uses of methylphenidate in patients with cancer: A review. *Journal of Clinical Oncology*, 20(1), 335-339.
- Saad, F., Gleason, D. M., Murray, R., Tchekmedyian, S., Venner, P., Lacombe, L., et al. (2002). A randomized, placebo-controlled trial of zoledronic acid in patients with hormone-refractory metastatic prostate carcinoma. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(19), 1458-1468.
- Sandoval, J.A., Furlan, A.D., & Mailis-Gagnon, A. (2005). Oral methadone for chronic cancer pain: A systematic literature review of reasons for administration, prescription patterns, effectiveness, and side effects. *Clinical Journal of Pain*, 21(6), 503-512.
- Schiodt, F.V., Rochling, F.A., Casey, D.L., & Lee, W.M. (1997). Acetaminophen toxicity in an urban county hospital. *New England Journal of Medicine*, 337(16), 1112-1117.
- Schumacher, K.L., West, C., Dodd, M., Paul, S.M., Tripathy, D., Koo, P., & Miaskowski, C.A. (2002). Pain management autobiographies and reluctance to use opioids for cancer pain management. *Cancer Nursing*, 25(2), 125-133.
- Sindrup, S. H., Bach, F. W., Madsen, C., Gram, L. F., & Jensen, T. S. (2003). Venlafaxine versus imipramine in painful polyneuropathy: A randomized, controlled trial. *Neurology*, 60(8), 1284-1289.
- Small, E. J., Smith, M. R., Seaman, J. J., Petrone, S., & Kowalski, M. O. (2003). Combined analysis of two multicenter, randomized, placebo-controlled studies of pamidronate disodium for the palliation of bone pain in men with metastatic prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(33), 4277-4284.
- Smith, M.C., Kemp, J., Hamphill, L., & Vojir, C.P. (2002). Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarships*, 34(3), 257-262.
- Smith, T.J., Staats, P.S., Deer, T., Stearns, L.J., Rauck, R.L., Boortz-Mrx, R.L., et al. (2002). Randomized clinical trial of an implantable drug delivery system compared with comprehensive medical management for refractory cancer pain: Impact on pain, drug-related toxicity, and survival. *Journal of Clinical Oncology*. 20(19), 4040-4049.
- Stephenson, N.L., Weinrich, S.P., & Tavakoli, A.S. (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(1), 67-72.

- Sutton, L.M., Porter, L.S., & Keefe, F.J. (2002). Cancer pain at the end of life: A biopsychosocial perspective. *Pain*, 99(1-2), 5-10.
- Tatrow, K., & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Vanhems, P., Dassa, C., Lambert, J., Cooper, D.A., Perrin, L., Vizzard, J., et al. (1999). Comprehensive classification of symptoms and signs reported among 218 patients with acute HIV-1 infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 21(2), 99-106.
- Ward, S., Hughes, S., Donovan, H., & Serlin, R. C. (2001). Patient education in pain control. *Supportive Care in Cancer*, 9(3), 148-155.
- Whitcomb, L.A., Kirsh, K.L., & Passik, S.D. (2002). Substance abuse issues in cancer pain. *Cancer Pain and Headache Reports*, 6(3), 183-190.
- Wilkie, D.J., Kampell, J., Cutshall, S., Halabisky, H., Harmon, H., Johnson, L.P., et al. (2000). Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: A pilot study of a randomized clinical trial conducted within hospice care and deliver. *The Hospice Journal*, 15(3), 31-53.
- Wolfe, J., Grier, H.E., Klar, N., Levin, S.B., Ellenbogen, J.M., Salem-Schatz, S., et al. (2000). Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *New England Journal of Medicine*, 342(26), 326-333.
- Wolfe, M.M., Lichtenstein, D.R., & Singh, G. (1999). Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *New England Journal of Medicine*, 340(24), 1888-1899.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L. & Schwartz, P. (2001). Wong's essentials of pediatric nursing (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby, Inc.
- World Health Organization. (1996). *Cancer pain relief: With a guide to opioid availability* (2nd edition). Geneva, Switzerland: Author.
- Zareba, G. (2005). Pregabalin: A new agent for the treatment of neuropathic pain. *Drugs of Today*, 41(8), 509-516.

Cross Reference with ELNEC Course Texts for Module 2:

Ferrell, B. R., & Coyle, N. (Eds.). (2006). *Textbook of palliative nursing* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

<u>Chapter</u>	<u>Author</u>	<u>Title</u>
5	Fink & Gates	Pain Assessment
6	Paice & Fine	Pain at the End of Life
24	Knight, Bruera & Espinosa	Sedation for Intractable
Symptoms of		and Terminal Weaning at End Life
38	Kirsh, Compton & Passik	Caring for the Drug Addicted at the End of Life
55	Layman-Goldstein, Byrnes-Casey & Collins	Pain in Pediatrics: Knowing the Child Before You