

Módulo 2: Manejo del dolor

Casos de estudio

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 infección 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.