

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

<u>Alodinia</u>	Dolor causado por un estímulo que generalmente no produce dolor (por ej. un toque suave).
<u>Dolor central</u>	Dolor que es consecuencia de una lesión o disfunción del sistema nervioso central (por ej. dolor después de un derrame cerebral).
<u>Disestesia</u>	Sensación anormal que incluye adormecimiento doloroso, sensación de quemazón, hormigueo y alodinia.
<u>Dolor neuropático</u>	Dolor iniciado o causado por una lesión primaria de disfunción del sistema nervioso.
<u>Nociceptores</u>	Neuronas activadas por estímulos nocivos (también llamadas neuronas primarias aferentes).
<u>Nocicepción</u>	El proceso de activación de las neuronas primarias aferentes por un estímulo nocivo.
<u>Estímulo nocivo</u>	Estímulo que está dañando o daña potencialmente y que evoca la activación de los nociceptores (por ej. pinchazo, calor extremo).
<u>Dolor</u>	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)
<u>Parestesia</u>	Adormecimiento doloroso anormal que incluye pinchazos, hormigueo y aumento de la sensibilidad.
<u>Paroxístico</u>	Comienzo repentino de la escalada o recurrencia del dolor.
<u>Dependencia física</u>	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).
<u>Dependencia psicológica (adicción)</u>	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).
<u>Radiculopatía</u>	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	<u>Comprimidos de liberación inmediata</u> Sulfato de morfina de liberación inmediata – 15, 30 mg <u>Comprimidos de liberación prolongada</u> 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 <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 <u>Supositorios</u> Sulfato de morfina rectal (RMS, por sus siglas en inglés)- 5, 10, 20, 30 mg	10 mg	30 mg
Hidromorfona	<u>Comprimidos</u> Dilaudid – 2, 4, 8 mg <u>Presentación líquida</u> Dilaudid – 5mg/5ml Dilaudid HP – 1, 2, 10 mg/ml <u>Supositorios</u> Dilaudid – 3 mg	1,5 mg	7.5 mg
Oxicodona	<u>Comprimidos de liberación inmediata</u> 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 <u>Comprimidos de liberación prolongada</u> Oxicontina – 10, 20, 40, 80 mg <u>Presentación líquida</u> Roxicodona – 1mg/ml, 20 mg/ml OxyFAST – 20mg/ml	----	20-30 mg
Fentanilo Transdérmico	<u>Parches para la piel</u> 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	<u>Tabletas orales</u> 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.		

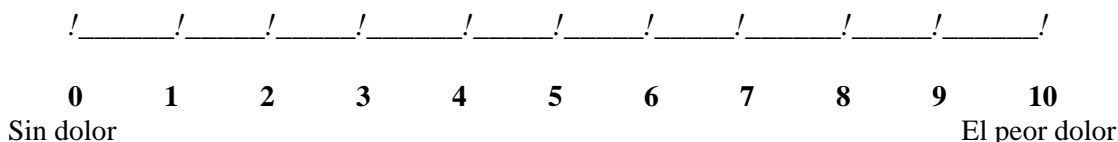
FUENTES DEL DOLOR

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 innervación 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.
EFEECTO 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



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

Una adaptación de:

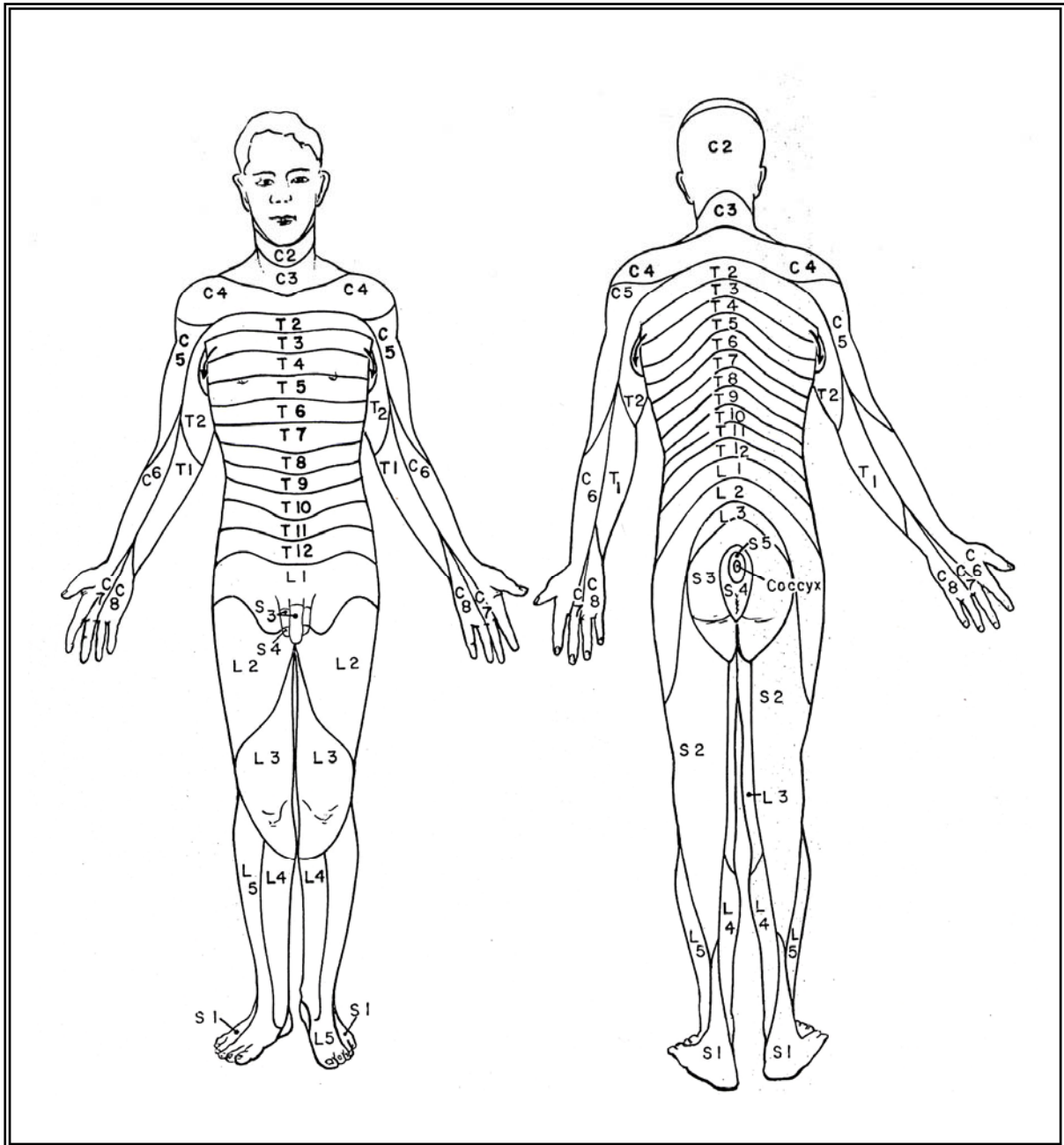
World Health Organization. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva, Switzerland:

Autor. Reimpreso con autorización.

Módulo 2

Ilustración 3: Cuadro de dermatomas

Distribución cutánea de los nervios raquídeos (dermatomas)

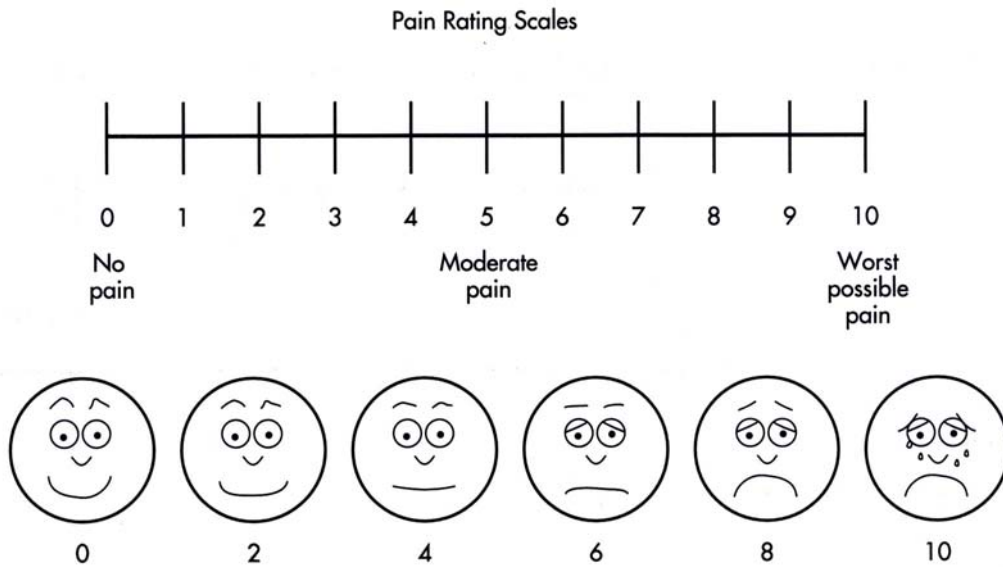


Fuente:

Barr, M. L., Kiernan, J. A. (1988). *The human nervous system: An anatomical viewpoint* (5th ed., p. 102). Philadelphia, PA: Lippincott Company. Reimpreso con autorización.

Módulo 2

Ilustración 4: Escalas de intensidad del dolor



May be duplicated for use in clinical practice. As appears in McCaffery M, Pasero C: *Pain: Clinical manual*, p. 67, 1999, Mosby, Inc.

● ● ● ● ●

FIGURE 3.4 Example of how some clinical settings combine the horizontal numerical rating scale (NRS) with word anchors and the Wong-Baker faces scale. These are placed on one card or piece of paper so that the patient has a choice of pain rating scales. If the numerical scale with word descriptors is not easily understood, the faces scale is likely to be. The numbers beneath the faces have been changed from 0 to 5 to a 0 to 10 scale so that the recording of pain intensity is consistently on a 0 to 10 scale.

Faces pain rating scale modified from Wong DL: *Whaley & Wong's essentials of pediatric nursing*, ed 5, pp. 1215-1216, St. Louis, 1997, Mosby.

Fuente:

Wong D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Sinkelstein, M. L., & Schwartz, P. (2001). *Wong's essentials of pediatric nursing* (6th ed., p. 1301). St. Louis, MO: Mosby, Inc. Reimpreso con autorización.

Módulo 2

Ilustración 5A: Herramienta para la evaluación inicial del dolor

FORM 3.1 Initial Pain Assessment Tool

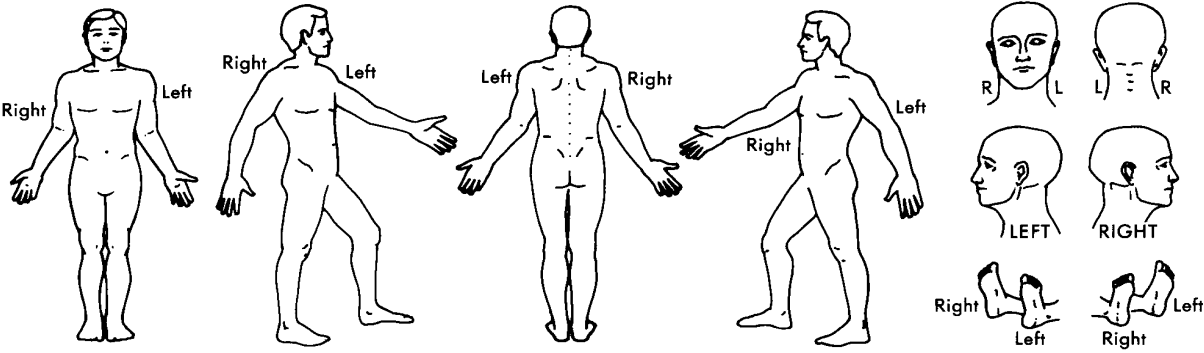
Date _____

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: _____

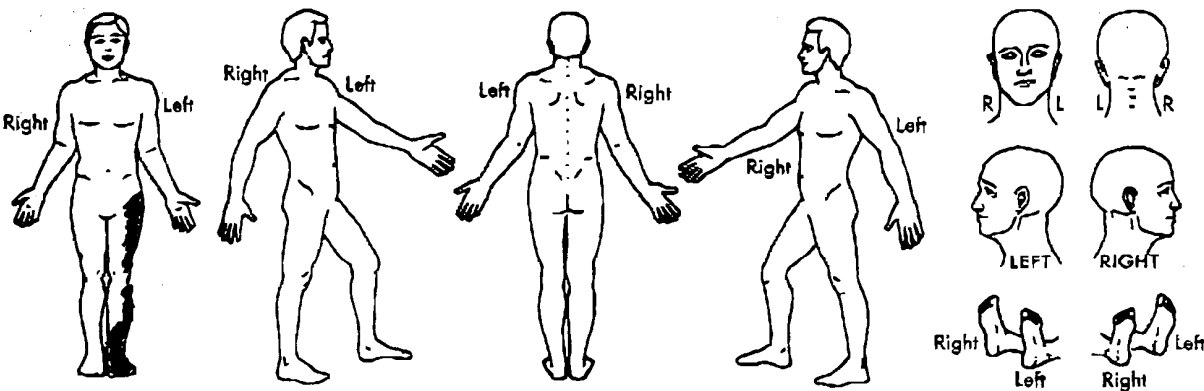
May be duplicated for use in clinical practice. From McCaffery M, Pasero C: *Pain: Clinical manual*, p. 60. Copyright © 1999, Mosby, Inc.

Módulo 2

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

Patient's Name Mary Smith Date 11-20-00
 Age 34 Room 1136
 Diagnosis Cervical Cancer 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, cane
 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 w/ neurosurgeon, continued support pt + 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)

Inventario breve del dolor

Fecha: ____/____/____

Hora: _____

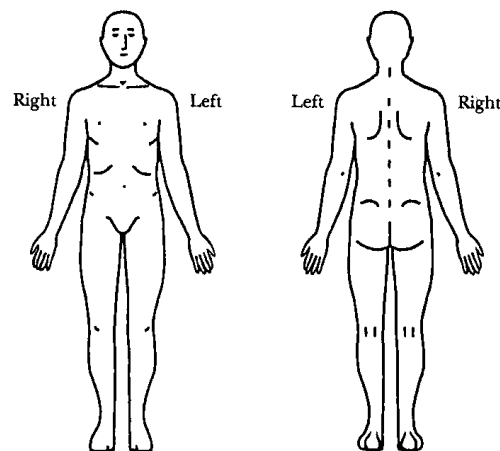
Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial del 2º nombre

- 1) La mayoría de nosotros ha tenido dolor alguna vez en la vida (por ejemplo, dolores de cabeza leves, esguinces y dolor de muelas). ¿Ha tenido algún dolor en el día de hoy que no sean estos dolores habituales?

☐ Sí

☐ No

- 2) Sombree en el diagrama las zonas en donde siente dolor. Marque con una X la zona que le duele más.



- 3) Por favor, califique su dolor marcando con un círculo el número que mejor describa su dolor más fuerte en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor Dolor tan terrible como pueda imaginar.

- 4) Por favor, califique su dolor marcando con un círculo el número que mejor describa su dolor más leve en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor. Dolor tan terrible como pueda imaginar.

- 5) Por favor, califique su dolor marcando con un círculo el número que describe su dolor en promedio.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor. Dolor tan terrible como pueda imaginar.

- 6) Por favor, califique su dolor marcando con un círculo el número que indica cuánto dolor tiene usted en este momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin dolor. Dolor tan terrible como pueda imaginar.

- 7) ¿Qué tratamientos o medicamentos está recibiendo usted para el dolor?

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)

NOPAIN

(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	<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	<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	<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	<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				

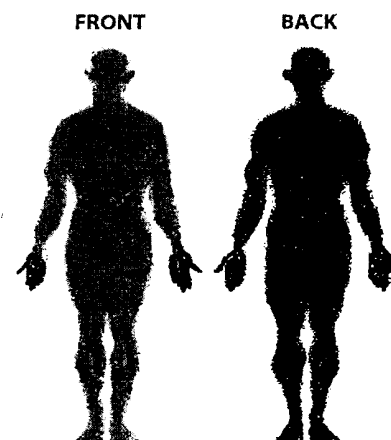
ASK THE PATIENT: Are you in pain? ☐ yes ☐ no
ASK THE PATIENT: Do you hurt? ☐ yes ☐ no

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 • winces • furrowed brow <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 • groans • grunts • cries • gasps • 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 (golpee 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 un 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 sorpresivas 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: Oxiconina
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 plantee 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?”.