

Manejo del DOLOR En El Paciente con un Diagnóstico de Cáncer

Enfermería Oncológica: **20 años** de Trayectoria Promoviendo **CONOCIMIENTO**
a través de la

EDUCACIÓN, PREVENCIÓN, INVESTIGACIÓN y SERVICIO.

AEOHPRI

Adalberto Torres-Hernández
“Cáncer Somos Todos”

“El **Dolor** es como el **Amor**
El que lo Reconoce
Lo **Valoriza**”

Introducción

El dolor no tratado es la clave determinante del deterioro de la calidad de vida. Disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado del ánimo, la motivación, las interacciones con familiares y amigos lo que puede conllevar a la pérdida de la autoestima y autocontrol.

En un meta-análisis se reveló que el dolor se notificó en el **59%** de los pacientes sometidos a tratamiento oncológico. Un **64%** de los pacientes con **enfermedad avanzada** manifestó dolor y los pacientes **después de tratamiento curativo** en un **33%**. Además, se reportó que este es uno de los síntomas que más temen los pacientes (van den Beuken-van

Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al.. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437–1449)

- En agosto de 1999 la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JACHO, Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica) incluyó por fin en sus estándares el control del dolor
- Aliviar el dolor es un derecho del ser humano y una obligación ética de los profesionales sanitarios. El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos hace énfasis en el derecho a un nivel adecuado de salud y bienestar, llevando implícito el derecho al adecuado tratamiento del dolor.
-
- El 11 de octubre de 2004 se reunieron en Ginebra (Suiza), la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés), la Federación Europea del Dolor (EFIC, también en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como coesponsor y establecieron la fecha 17 de octubre como el **Día Mundial contra el Dolor**.

DEFINICIÓN

- ***La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor***

- Define dolor como "**una experiencia sensitiva y emocional desagradable**, asociada a una lesión tisular **real o potencial**".

- **La percepción del dolor** consta de un **sistema neuronal sensitivo** (nocioceptores) y unas **vías nerviosas aferentes** que *responden a estímulos nociceptivos tisulares*;

- **Nociocepción** puede estar influida por otros factores (p.ej. psicológicos). Refiere que:

- Al momento del **diagnóstico** de una neoplasia: El **30-50%** de los pacientes presentan dolor.

- En las fases avanzadas de la enfermedad puede llegar al **70-90%**.

- En los pacientes con **Cáncer Avanzado**, el **70% de los dolores** tienen su origen en la *progresión de la propia neoplasia*.

- **30% restante** se relaciona con los *tratamientos y patologías asociadas*.

En la mayoría de las ocasiones el dolor oncológico es crónico. Para una correcta valoración del dolor es conveniente conocer varias cuestiones como: su variación temporal (agudo, crónico), patogenia, intensidad.... El dolor oncológico sigue unas normas de tratamiento especificadas según las pautas recomendadas por la O.M.S. y la NCCN.

“El control adecuado del dolor está asociado a la satisfacción del paciente con relación a la atención médica”

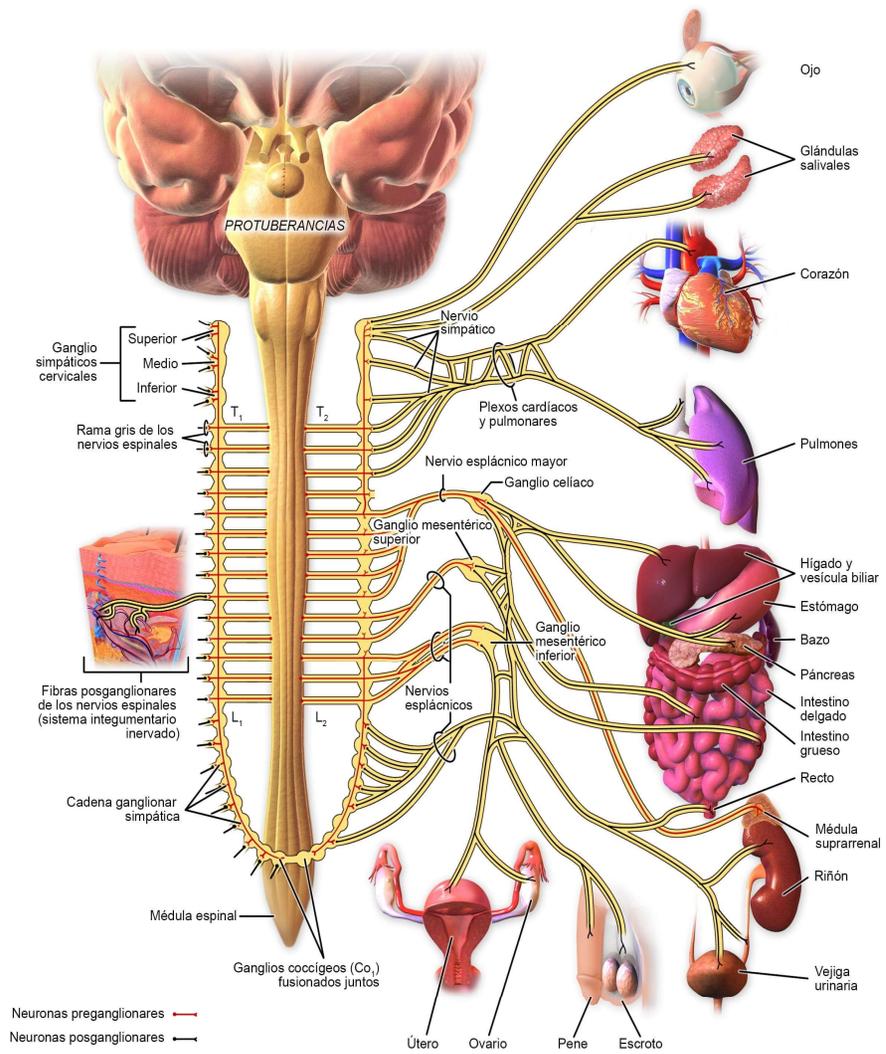
Una **Anamnesis** pobre o inadecuada en el historial clínico del paciente o que se indague poco sobre la existencia y características del dolor, junto al frecuente olvido o desconocimiento de la fisiopatología que lo produce, son las causas más comunes en el infratratamiento (***subvaloración***) del **Dolor**

La percepción del dolor es dependiente de la interacción entre los impulsos nociceptivos en las vías ascendentes y la modulación en las vías inhibitorias descendentes.

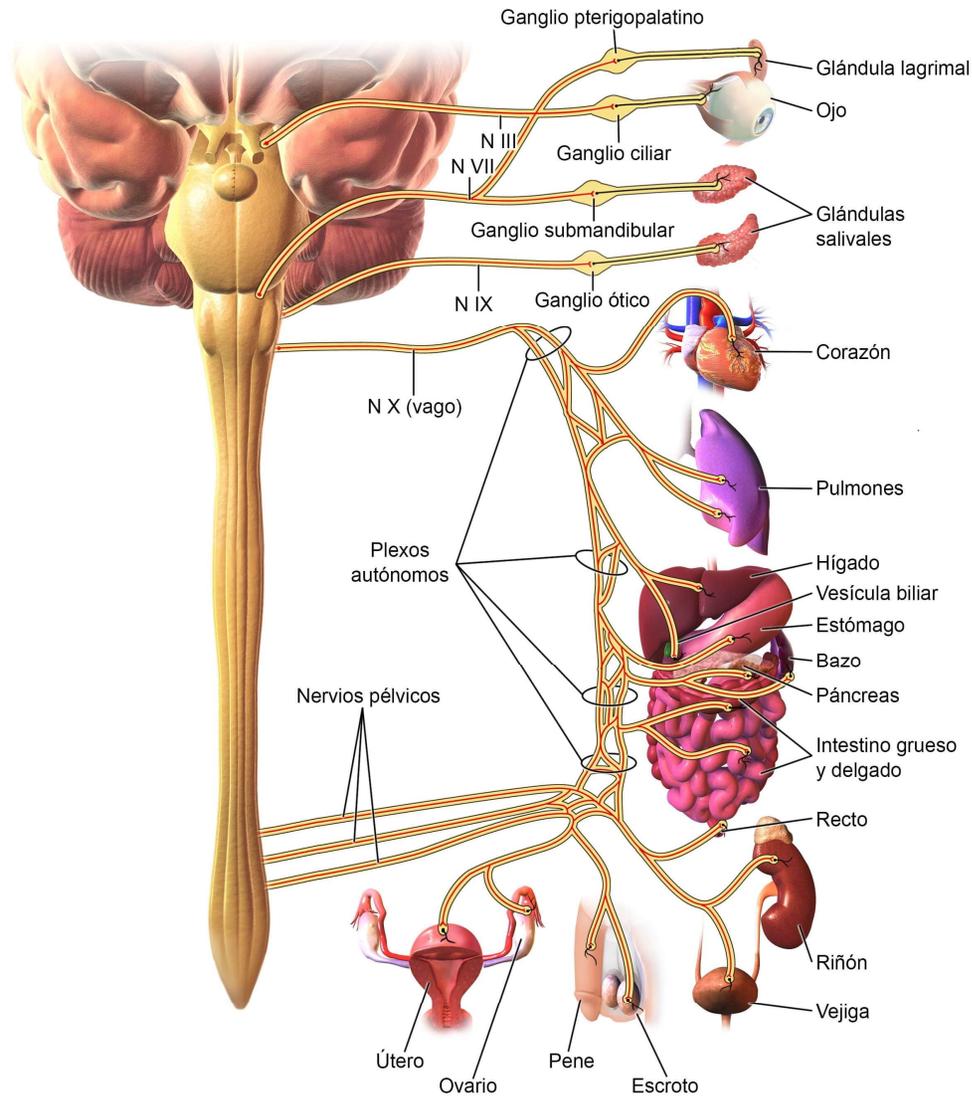
La ***neurofisiología del dolor oncológico*** es compleja, incluye mecanismos múltiples y en diferentes localizaciones de tipo ***inflamatorio, neuropático, isquémico*** y de ***compresión***.

El conocimiento y la habilidad para reconocer estos mecanismos (*somáticos, viscerales o neuropáticos*) subyacentes o la combinación de los mismos,

MEJORA y OPTIMIZA
EL TRATAMIENTO ADECUADO DEL DOLOR.



Inervación simpática



Inervación parasimpática

Objetivos del Tratamiento del Dolor

(Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology)

- Los objetivos del tratamiento del dolor son **optimizar los resultados** del tratamiento del dolor en 5 dimensiones, frecuentemente denominadas «5 As». «4 As» originalmente propuestas por Passik y Weinreb fueron posteriormente modificadas para incluir «afecto»):
- **Analgesia:** optimizar la analgesia (alivio del dolor)
- **Actividades:** optimizar las actividades de la vida diaria (funcionamiento psicosocial)
- **Efectos adversos:** minimizar los eventos adversos
- **Consumo de drogas aberrantes:** evite la toma de drogas aberrantes (resultados relacionados con la adicción)
- **Afecto:** relación entre dolor y estado de ánimo

El dolor presente en los pacientes oncológicos se puede clasificar como:

Según su etiología, el dolor presente en los pacientes oncológicos se puede clasificar como:

Derivado de la enfermedad. Es el más frecuente (40- 80%). Está causado directamente por la enfermedad, por ejemplo, el causado por infiltración tumoral de órganos y estructuras nerviosas.

Asociado a la enfermedad. Aparece en el 10-25% de los pacientes. Está asociado indirectamente a la enfermedad. Dentro de este tipo se englobarían, por ejemplo, los dolores musculoesqueléticos (lumbalgias) por encamamientos prolongados.

Independiente del cáncer.
prevalencia de (3-10%)

Asociado a la enfermedad
10-25% de los pacientes.

Asociado al tratamiento oncológico.
prevalencia del 15-20%

Dolor Oncológico

Derivado de la enfermedad.
más frecuente (40- 80%)

Asociado al tratamiento oncológico. Tiene una prevalencia del 15-20% e incluye el dolor agudo postoperatorio, las secuelas quirúrgicas (cicatrices dolorosas), la enfermedad injerto contra huésped así como el dolor asociado a quimioterápicos, terapias hormonales, o al tratamiento radioterápico.

Independiente del cáncer. Tiene una baja prevalencia (3-10%) y está relacionado con las comorbilidades presentes en el paciente oncológico, como por ejemplo, osteoartrosis y polineuropatía diabética

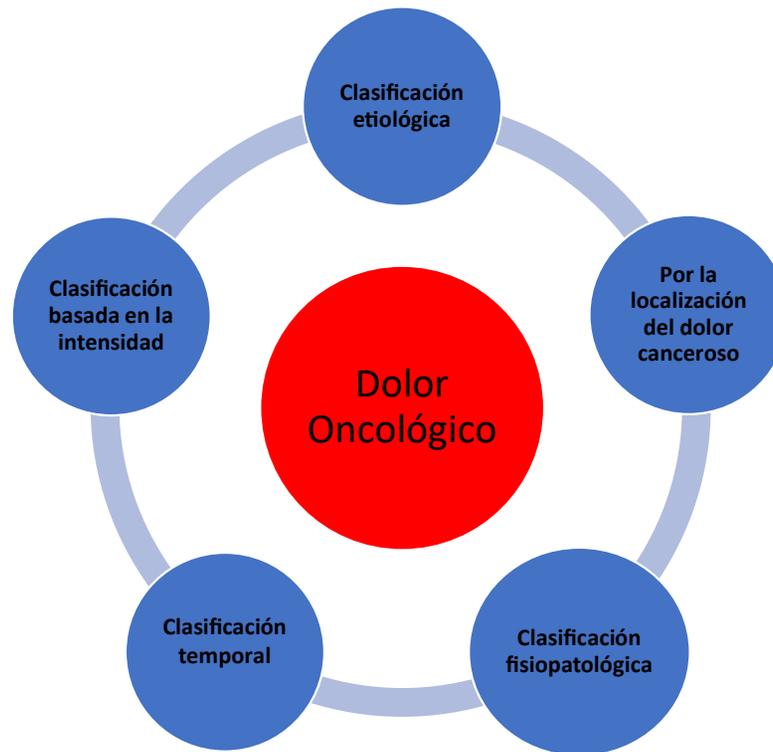
Clasificación del dolor oncológico

Clasificación etiológica

- Causada principalmente por cáncer.
- Por tratamiento de cáncer.
- Por debilidad.
- Por patología actual.

Por la localización del dolor canceroso

- Cabeza y cuello.
- Torácico.
- Vertebral.
- Abdominal o pélvico.
- Extremidades (p.ej., plexopatía braquial u ósea).



Clasificación fisiopatológica

- Nociceptivo (somático, visceral).
- Neuropático.
- Mixto.
- Psicogénico.

Clasificación temporal

- Intermitente.
- Constante

Clasificación basada en la intensidad

- Leve.
- Moderado.
- Intenso.

Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology

Adult Cancer Pain

PAIN INTENSITY
See Pain Intensity Rating (PAIN-A*)

MANAGEMENT OF PAIN IN OPIOID-NAÏVE PATIENTS^d

General Principles

- Select the most appropriate medication based on the pain diagnosis (See PAIN-D), comorbid conditions, and potential drug interactions
- Analgesic regimen may include an opioid (See PAIN-E), acetaminophen, nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (See PAIN-K*), and/or adjuvant analgesics (See PAIN-G)
- Anticipate and treat analgesic adverse effects, including opioid-induced constipation (See PAIN-F*)
- Provide psychosocial support (See PAIN-H*)
- Provide patient and family/caregiver education (See PAIN-I*)
- Optimize integrative interventions (See PAIN-J)

Reevaluate pain at each contact and as needed to meet patient-specific goals for comfort, function and safety

See Ongoing Care (PAIN-6*)

Mild Pain 1–3

- See General Principles above AND
- First consider non-opioids and adjuvant therapies, unless these are contraindicated due to adverse effects or potential drug interactions (See PAIN-E)

Moderate Pain 4–7

- See General Principles above AND
- Non-opioids and adjuvant therapies as appropriate with short-acting opioids as needed (See PAIN-E)
- Start and titrate short-acting opioid, as needed^e
 - Oxycodone IR 5 mg with or without acetaminophen 325 mg
 - Hydrocodone 5 mg with acetaminophen 325 mg
 - Hydromorphone 2 mg PO
 - Morphine IR 5–7.5 mg
- If 3–4 doses needed per day consistently, consider addition of long-acting opioid
- For persistent pain, initiate regular schedule of opioid with rescue dose as needed

- Titrate further as needed. If stable, reassess efficacy and adverse effects within 1–4 weeks
- If pain is inadequately controlled, reevaluate working diagnosis with a comprehensive pain assessment (See PAIN-C*)
- Consider pain specialty and/or palliative care consultation (See PAIN-L*)
- Consider opioid rotation if dose-limiting adverse effects are noted

Severe Pain ≥8

- For acute, severe pain or pain crisis, consider hospital or inpatient hospice admission to achieve patient-specific goals for comfort and function (see PAIN-5*)

^dPatients are those not chronically receiving opioid analgesic on a daily basis and therefore have not developed significant tolerance. Opioid tolerant includes patients who are chronically receiving opioid analgesic on a daily basis. The FDA identifies tolerance as receiving at least 25 mcg/h fentanyl patch, at least 60 mg of morphine daily, at least 30 mg of oral oxycodone daily, at least 8 mg of oral hydromorphone daily, or an equianalgesic dose of another opioid for a week or longer.

^eSelect, extended-release opioids may also be indicated for opioid-naïve patients in rare circumstances.

*Available online, in these guidelines, at NCCN.org.

Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology

Adult Cancer Pain

PAIN INTENSITY
See Pain Intensity Rating (PAIN-A*)

MANAGEMENT OF PAIN IN OPIOID-TOLERANT PATIENTS^d

General Principles

- Select the most appropriate medication based on the pain diagnosis (See PAIN-D), comorbid conditions, and potential drug interactions
- Analgesic regimen may include an opioid (See PAIN-E), acetaminophen, NSAIDs (See PAIN-K*), and/or adjuvant analgesics (See PAIN-G)
- Anticipate and treat analgesic adverse effects, including opioid-induced constipation (See PAIN-F*)
- Provide psychosocial support (See PAIN-H*)
- Provide patient and family/caregiver education (See PAIN-I*)
- Optimize integrative interventions (See PAIN-J)

Reevaluate pain at each contact and as needed to meet patient-specific goals for comfort, function and safety

See Ongoing Care (PAIN-6*)

Mild Pain 1–3

- See General Principles above AND
- Non-opioids and adjuvant therapies, unless these are contraindicated due to adverse effects or potential drug interactions (See PAIN-E)
- Re-evaluate need for opioids and reduce if appropriate (See PAIN-E 5 of 13)

Moderate Pain 4–7

- See General Principles above AND
- Non-opioids and adjuvant therapies as appropriate with short-acting opioids as needed (See PAIN-E)
- Titrate short-acting opioid, with the goal of increasing daily dose by 30%–50%[→]
- If 3–4 doses needed per day consistently, consider addition of long-acting opioid
- For persistent pain, initiate regular schedule of opioid with rescue dose as needed

- Titrate further as needed. If stable, reassess efficacy and adverse effects within 1–4 weeks
- If pain is inadequately controlled, reevaluate working diagnosis with a comprehensive pain assessment (See PAIN-C*)
- Consider pain specialty and/or palliative care consultation (See PAIN-L*)
- Consider opioid rotation if dose-limiting adverse effects are noted

Severe Pain ≥8

For acute, severe pain or pain crisis, consider hospital or inpatient hospice admission to achieve patient-specific goals for comfort and function (see PAIN-5*)

^dOpioid-naïve patients are those not chronically receiving opioid analgesic on a daily basis and therefore have not developed significant tolerance. Opioid tolerant includes patients who are chronically receiving opioid analgesic on a daily basis. The FDA identifies tolerance as receiving at least 25 mcg/h fentanyl patch, at least 60 mg of morphine daily, at least 30 mg of oral oxycodone daily, at least 8 mg of oral hydromorphone daily, or an equianalgesic dose of another opioid for a week or longer.

*Available online, in these guidelines, at NCCN.org.

Pacientes tolerantes a opioides

Son aquellos que toman opioides crónicamente para el dolor, definidos por la FDA estadounidense como "pacientes que están tomando al menos:

- 60 mg de morfina oral al día,
- 25 mcg de fentanilo transdérmico por hora,
- 30 mg de oxicodona oral por día,
- 8 mg de hidromorfona oral al día,
- 25 mg de oximorfona oral al día, o
- una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más

Pacientes que no toman opioides de forma crónica (opioides ingenuos), (opioid naïve)

Los pacientes que no cumplen estos criterios de tolerancia a los opioides, basados en no haber tenido exposición a dosis de opioides al menos tanto como los enumerados durante una semana o más, se consideran ingenuos con opioides.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER

- La respuesta al dolor es expresada generalmente de forma verbal
- Los procedimientos para evaluarlo se clasifican en tres grupos:
 - Métodos verbales
 - Evaluaciones conductuales
 - Medidas fisiológicas

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER

- **Métodos verbales**
Pueden ser de tres tipos: historia clínica, los autoinformes, y los autorregistros.
- **La historia clínica**
Deben ser evaluados los siguientes factores: patocronia, etiología y patogenia, localización e intensidad de los dolores, factores acompañantes, impacto del dolor en la vida personal, terapia analgésica recibida y técnicas no farmacológicas. Hay que completarla con otros procedimientos de evaluación.
- **Los autoinformes**
Son técnicas que evalúan las **impresiones subjetivas** de los individuos y constituyen el grupo de mayor objetividad en la cuantificación de la intensidad del dolor. De los distintos tipos que existen las más importantes son las **escalas cuantitativas**. En ellas el paciente hace una valoración global de su dolor. Son de fácil aplicación y tienen niveles de fiabilidad aceptables. Incluye las **escalas verbales, las numéricas y las analógico-visuales**.
- **Verbales categóricas**
El sujeto escoge el adjetivo o adverbio que más se ajusta a las características de su dolor: **ligero, intenso e insoportable**.
- **Escalas numéricas**
Las personas escogen un número del uno al diez. Cero es la ausencia de dolor y diez es el máximo dolor soportable.
- **Escalas visuales analógicas (EVA)**
El enfermo marca un punto que corresponde a la intensidad del dolor en un segmento de 10 cm cuyos extremos están clasificados como mínima y máxima intensidad del dolor respectivamente. **Una variante es la escala para niños de Wong-Baquer**

Escalas para la evaluación del dolor

Escalas unidimensionales

Cuantifican el dolor, miden su intensidad. Son fáciles de aplicar y su fiabilidad es aceptable pero no contemplan la naturaleza multidisciplinaria del dolor

Escalas que valoran la intensidad del dolor

Escala Verbal Simple (EVS)

Escala Numérica (EN)

Escala Visual Analógica (EVA)

Escala de Expresión Facial (EEF)

Escala de grises de Luesher

Escala luminosa analógica (Nayman)

Termómetro del dolor de Iowa (IPT)

- Escalas de duración

Escala categórica

Escalas multidimensionales

Estas escalas incluyen términos psicométricos; están desarrolladas para evaluar distintos componentes del dolor. Son especialmente útiles en el caso de pacientes con dolor crónico

- Escalas de cualidades:

- McGill Pain Questionnaire.

- Escalas de interferencias

- BPI-IS

Escalas para la evaluación del dolor

Escalas de pronóstico del control del dolor Determinan el grado de dificultad del control del dolor	- Escala NIPAC
Otras escalas	- Escalas de patrón temporal Evaluación del dolor irruptivo. Escala ABPAT - Escala de evaluación del dolor del Memorial - Escalas de creencias Significado del dolor para el paciente
Escalas diagnósticas de dolor neuropático Las escalas de dolor neuropático son de <i>screening</i> de fisiopatología, buscan discernir si es probable que la fisiopatología del dolor tenga un componente neuropático	- Escalas que valoran el dolor neuropático DN4 LANSS ID-PAIN NPQ PainDETECT

Escalas para la evaluación del dolor

Figura 5. Escala de grises de Luesher.

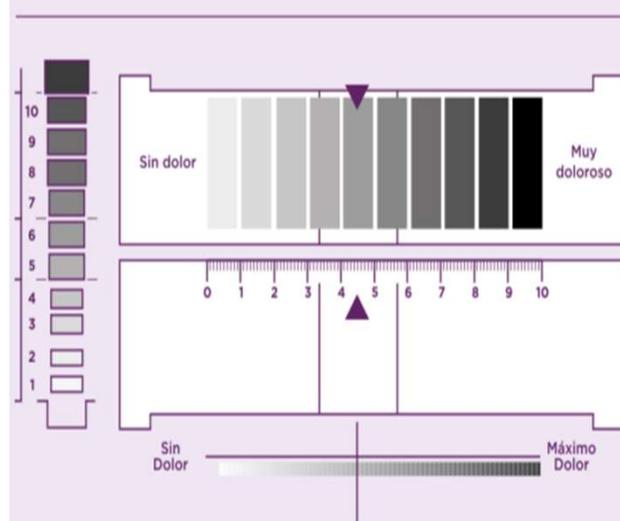


Figura 3. Escala Visual Analógica.

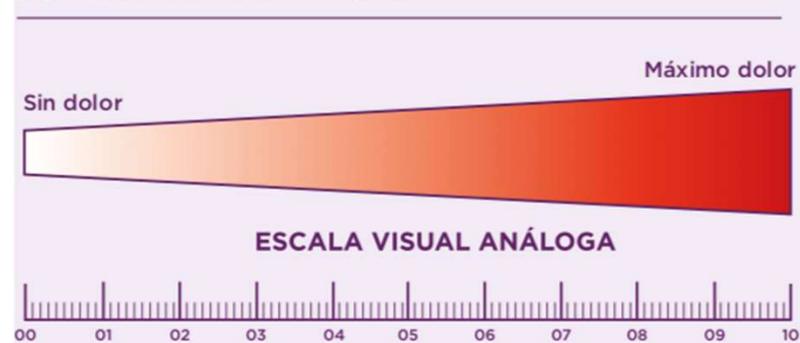


Figura 2. Escala Numérica.

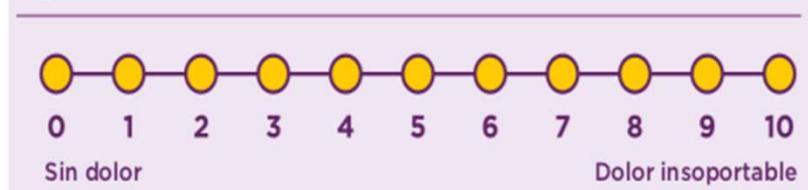


Figura 4. Escala de Expresión Facial.



Escalas para la evaluación del dolor

Figura 9. Diseño de una escala descriptiva simple de dolor (A) y de una escala de alivio de dolor (B)⁷⁷.



Figura 6. Escala Luminosa Analógica (Nayman).

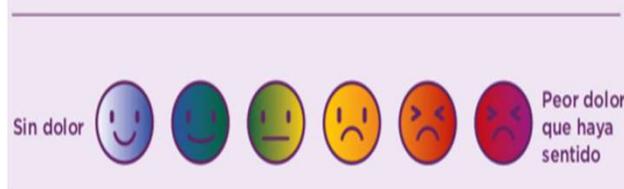
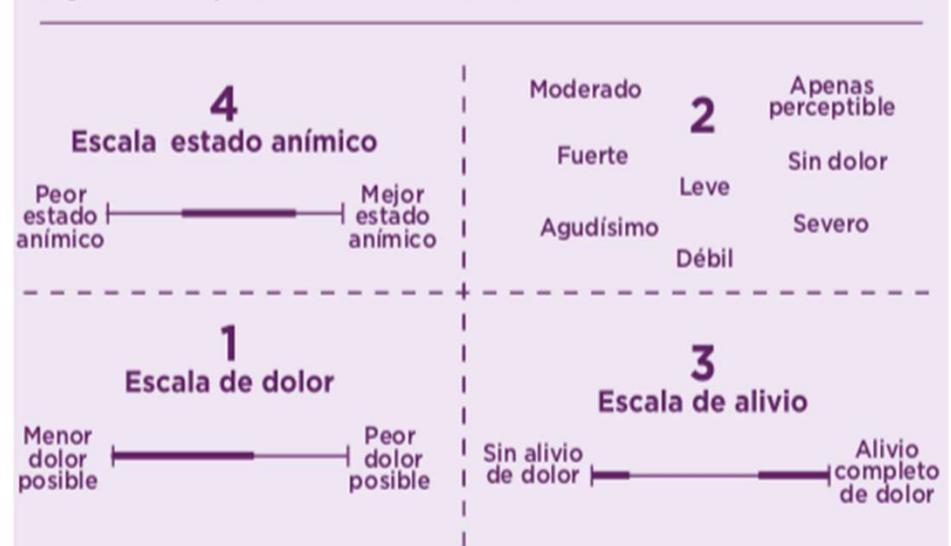


Figura 10. Tarjeta de evaluación del dolor del Memorial.



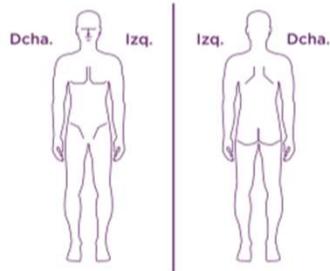
Escalas para la evaluación del dolor

BREVE INVENTARIO DE DOLOR (FORMA ABREVIADA)

1. A lo largo de nuestras vidas, la mayoría de nosotros hemos tenido dolor de vez en cuando (como dolores de cabeza, esguinces y dolores de muelas menores). ¿Ha tenido o tiene un dolor diferente de estos tipos a diario?

Sí No

2. En los diagramas, sombree las áreas donde usted siente dolor. Ponga una X en el área que más le duele.



3. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describe su dolor en su peor momento en las últimas 24 horas.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

4. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describe su dolor al menos en las últimas 24 horas.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

5. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describa su dolor en el promedio.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

6. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que le indica cuánto dolor tiene ahora.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

Tabla 3. Escala NIPAC para la clasificación del pronóstico del control del dolor.

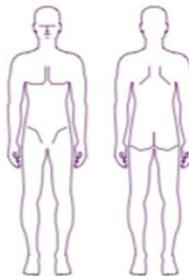
Mecanismo del dolor		Conducta adictiva	
N0	Sin dolor	A0	Sin conducta adictiva
N1	Visceral o somático	A1	Conducta adictiva presente
N2	Neuropático	Ax	Sin información suficiente
Nx	Sin información suficiente	Deterioro cognitivo	
Dolor irruptivo		C0	Sin deterioro cognitivo
I0	Sin dolor irruptivo	C1	Deterioro parcial
I1	Dolor irruptivo presente	C2	Deterioro completo
I2	Sin información suficiente	Cx	Sin información suficiente
Distrés psicológico			
P0	Sin distrés psicológico		
P1	Distrés psicológico presente		
P2	Sin información suficiente		

Escalas para la evaluación del dolor

Figura 7. McGill Pain Questionnaire.

Nombre paciente _____ Fecha _____ Hora _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI (T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1 Espasmódico	11 Cansado Exasustivo	Breve Momentáneo Transitorio	Rítmico Periódico Intermitente	Continuo Estable Constante
2 Temblor	12 Nauseabundo Sofocante			
3 Palpitante Latente Golpeteo	13 Temeroso Espantoso Terrorífico	 <p>E = Externo I = Interno</p>		
4 Creciente Repentino Provocado	14 Agotador Debilitador Cruel Perverso Mortal			
5 Punzante Taladrante Perforante Puñalada Lancinante	15 Desdichado Cegador			
6 Agudo Cortante Lacerado	16 Incómodo Perturbador Abatido Intenso Inaguantable			
7 Pellizcante Prensante Picante Calambres Aplastante	17 Difuso Irradiante Penetrante Que traspasa			
8 Tirante Tracción Desgarrador	18 Apretado Entumecido Estirante Abrumador Desgarrador			
9 Caliente Quemazón Escaldado Quemadura	19 Fresco Frio Helado			
10 Punción Pícazón Escozor Picadura	20 Persistente Nauseabundo Agonizante Horroso Torturante			
11 Insensibilidad Sensibilidad Hiriente Dolorido Fuerte	PPI			
12 Blando Tenso Áspero Terrible	0 Sin Dolor 1 Suave 2 Incómodo 3 Angustioso 4 Horrible 5 Agudísimo			

Comentarios:

Figura 11. Cuestionario de Evaluación de Síntomas (ESAS)²².

Nada de dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que se pueda imaginar

Nada agotado (cansado, débil) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo más agotado que se pueda imaginar

Sin náuseas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Las peores náuseas que se pueda imaginar

Nada desanimado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo más desanimado que se pueda imaginar

Nada nervioso (intranquilo, ansioso) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo más nervioso que se pueda imaginar

Nada somnoliento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Lo más somnoliento que se pueda imaginar

Ninguna dificultad para respirar 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar

El mejor apetito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada de apetito

Duermo perfectamente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar

Sentirse perfectamente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sentirse lo peor que se pueda imaginar

Otro problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Especificar otro problema _____

Adaptado de Carvajal Valcárcel A et al. 2013.

Paciente anciano con deterioro cognitivo: Expresiones de dolor

Expresiones faciales

- Ceño fruncido; triste, cara asustada
- Ceja fruncida y arrugada
- Ojos cerrados o apretados
- Cualquier expresión distorsionada
- Parpadeo rápido

Verbalizaciones, vocalizaciones

- Suspirar, gemir
- Gruñir, cantar, gritar
- Respiración ruidosa
- Pidiendo ayuda
- Abusivo verbalmente

Movimientos corporales

- Postura corporal rígida y tensa, guardia
- Inquietud
- Aumento de la estimulación, balanceo
- Movimiento restringido
- Cambios de marcha o movilidad

Cambios en las interacciones interpersonales

- Tratamiento agresivo, combativo, resistente
- Disminución de las interacciones sociales
- Socialmente inapropiado, disruptivo
- Ausente
- Cambios de marcha o movilidad

Cambios en los patrones de actividad o rutinas

- Rechazo de alimentos, cambio de apetito
- Aumento de los períodos de descanso
- Sueño, cambios de patrón de descanso
- Cese repentino de las rutinas
- Aumento de la dejadez
- Cambios de marcha o movilidad

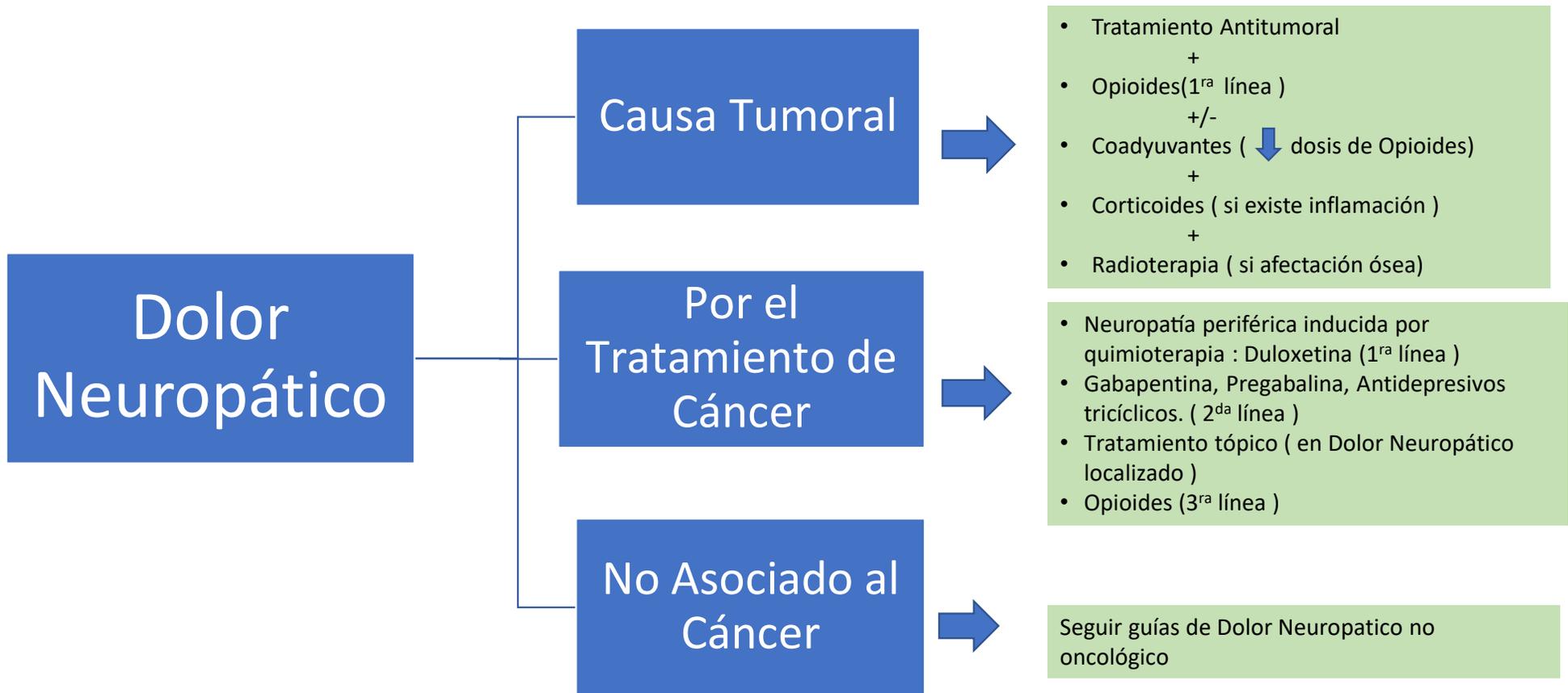
Cambios en el estatus mental

- Llanto o lágrimas
- Aumento de la confusión
- Irritabilidad o angustia

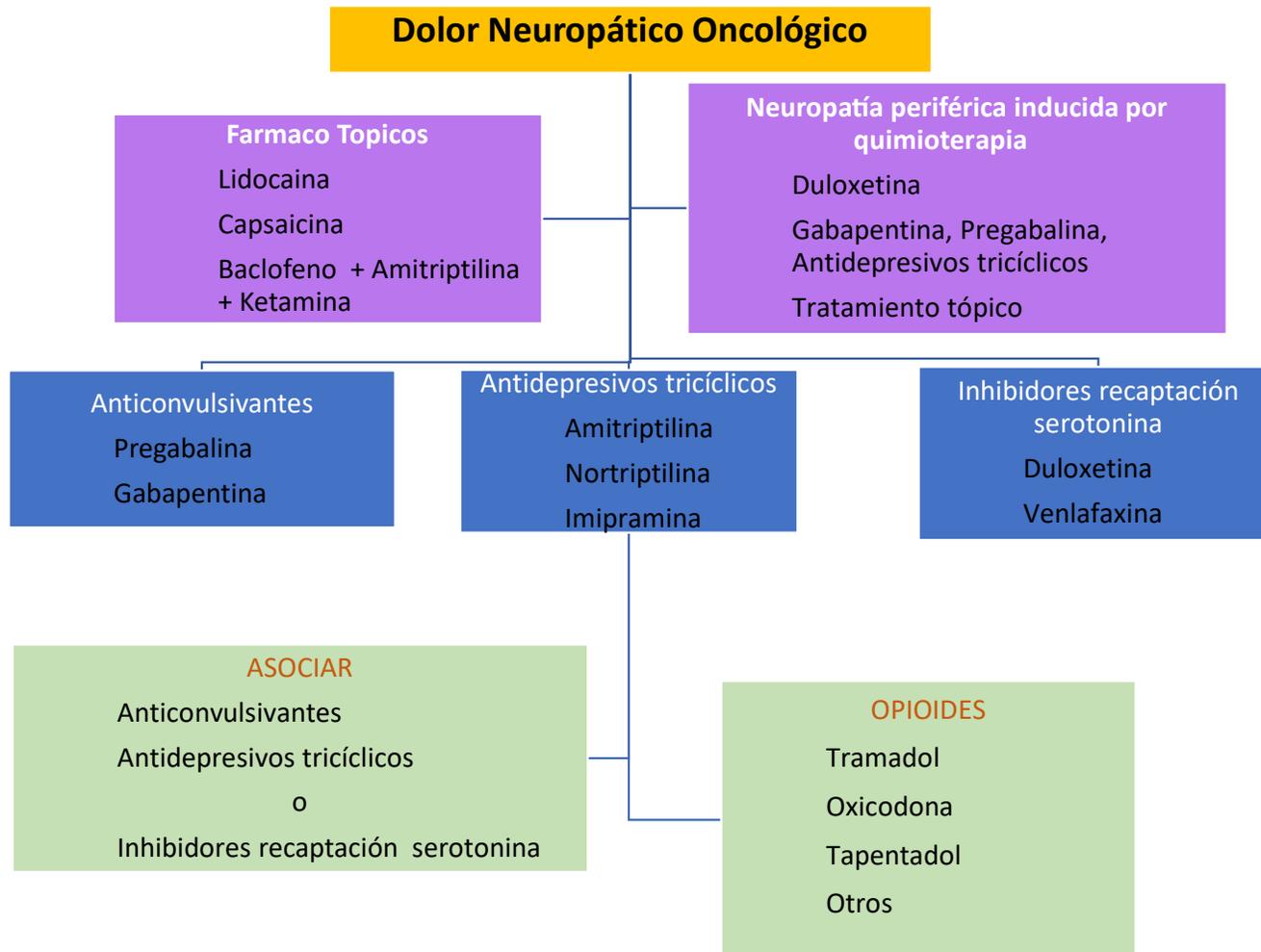
Barreras al adecuado tratamiento del dolor oncológico

Factores dependientes del paciente	Factores dependientes del prescriptor
<ul style="list-style-type: none">• Se resiste a informar sobre su dolor• Escaso cumplimiento terapéutico• Alteraciones cognitivas y estrés afectivo que limitan la información• Temor a la adicción o desarrollo de tolerancia• Temor a los efectos secundarios• Esfuerzos por ser un “buen paciente” tolerando el dolor• Creencia de que el doctor debe centrarse en el tratamiento del cáncer en lugar de aliviar su dolor• Preocupación sobre la impresión negativa de la familia, amigos, si el paciente utiliza medicación para el dolor• Estoicismo o fatalismo sobre la enfermedad• Creencia de que el dolor no puede ser mejor tratado• Problemas para financiar el tratamiento analgésico	<ul style="list-style-type: none">• Escasa comunicación acerca del dolor que sufre el paciente• Preferencia de uso de analgésicos no potentes• Fallo en la evaluación del dolor o en el uso rutinario de herramientas que miden el dolor• Conocimiento no adecuado sobre el manejo del dolor• Falta de tiempo en la evaluación del paciente• Excesiva preocupación sobre los efectos secundarios de los opioides, depresión respiratoria y adicción.• Falta de multidisciplinaridad <p data-bbox="1033 1055 1923 1136">Factores dependientes del sistema</p> <ul style="list-style-type: none">• Falta de especialistas en dolor

Dolor neuropático: Algoritmo de tratamiento según la causa



Algoritmo de tratamiento dolor neuropático producido por el tratamiento o asociado al mismo



Principales medicamentos usados en el manejo del dolor oncológico

<i>Analgésicos no opioides</i>	<i>Paracetamol</i> <i>Ibuprofeno</i> <i>Naproxeno</i> <i>Diclofenaco</i> <i>Metamizol</i> <i>Inhibidores de la COX-2</i>
<i>Analgésicos opioides débiles</i>	<i>Tramadol</i> <i>Codeína</i>
<i>Analgésicos opioides potentes</i>	<i>Morfina oral</i> <i>Morfina subcutánea</i> <i>Fentanilo TTS (Durogesic®)</i> <i>Citrato de Fentanilo oral transmucosa (Actiq®)</i> <i>Buprenorfina transdérmica</i> <i>Oxicodona (Oxycontin®)</i>
<i>Coadyuvantes analgésicos</i>	<i>Corticoides sistémicos</i> <i>Antidepresivos</i> Amitriptilina <i>Anticonvulsivantes</i> Gabapentina, Clonazepan, Ácido valproico <i>Bisfosfonatos</i>

Principales medicamentos usados en el manejo del dolor oncológico

TÉCNICAS DE NEUROMODULACIÓN, EL CUARTO ESCALÓN ANALGÉSICO

debe ser llevada a cabo por un especialista en el tratamiento del dolor crónico

Infusión espinal de opiodes

Produce una analgesia segmentaria predecible y segura, que afecta a metámeras medulares progresivamente por la difusión rostral de opiodes, sin pérdida de la sensibilidad epicrítica ni disminución de la potencia muscular

Estimulación medular de cordones posteriores

Sus principales indicaciones son el tratamiento del dolor isquémico y del dolor neuropático

SEDACIÓN PALIATIVA

fármacos específicamente sedantes para reducir un sufrimiento intolerable, derivado de síntomas refractarios, mediante la disminución del nivel de consciencia del paciente

Síndromes de dolor crónico asociados a las terapias contra el cáncer.

Síndromes de dolor relacionados con quimioterapia	<ul style="list-style-type: none">• Complicaciones óseas por el uso de corticoesteroides• Necrosis avascular• Fracturas osteoporóticas• Síndrome de tunel del carpo• Neuropatía inducida por quimioterapia• Síndrome de Raynaud
Enfermedad injerto contra huésped	<ul style="list-style-type: none">• Artralgias/mialgias• Dispareunia y dolor vaginal• Disuria• Dolor ocular• Dolor oral y mandibular• Parestesias• Cambios cutáneos por esclerodermia
Síndromes de dolor relacionados con radioterapia	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de pared torácica• Cistitis• Enteritis y proctitis• Fístulas• Linfedema• Mielopatía• Osteoporosis• Osteonecrosis y fracturas• Plexopatía braquial y sacra• Mononeuropatías periféricas

Síndromes de dolor crónico asociados a las terapias contra el cáncer.

Síndromes de dolor post cirugía

- Linfedema
- Miembro fantasma
- Síndrome postmastectomía
- Dolor postdisección radical de cuello
- Síndrome de suelo pélvico
- Dolor postoracotomía/hombro congelado
- Dolor en extremidades postquirúrgico

Síndromes de dolor por terapia hormonal

- Artralgias
- Dispareunia
- Ginecomastia
- Mialgias
- Fracturas osteoporóticas

Intervenciones No Farmacológicas para el Manejo del Dolor Oncológico

Intervenciones integradoras

Intervenciones físicas

Intervenciones cognitivo-conductuales

Intervenciones psicosociales

Intervenciones espirituales

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CONTROL DEL DOLOR

Son recomendables, principalmente, en pacientes que presenten dolor leve o moderado

Técnicas de relajación y meditación

Buscan un estado de serenidad, de asentar la mente, con el fin de reducir el estrés emocional o ansiedad asociado al dolor.

Distracción

Aficiones o hobbies (arte, música, lectura u otras aficiones), puede ayudar a focalizar la atención fuera del dolor, ayudando a tolerarlo.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CONTROL DEL DOLOR

Hipnosis

Se logra un estado alterado de conciencia, ya que focalizamos la atención del paciente fuera de la sensación de dolor

Se utilizan diversos tipos de técnicas hipnóticas, como son:

Ilusión de anestesia

Sustitución sensorial

Desplazamiento del dolor

Disociación

Terapia cognitiva

Conjunto de técnicas dirigidas a afrontar o manejar los pensamientos y emociones asociados al dolor

Se emplea la técnica denominada “reestructuración cognitiva”, con la cual se intenta que el paciente cambie los pensamientos y emociones que anticipan o aumentan la sensación de dolor.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CONTROL DEL DOLOR

Psicoterapia

Abordaje cognitivo-conductual

Va dirigido al manejo o control de la ansiedad y la sintomatología depresiva asociada al dolor.

Terapia de soporte

De corta duración, dirigidas a la clarificación, validación y resolución de los problemas del paciente relacionados con su enfermedad, a los objetivos y expectativas de los tratamientos y los miedos acerca del morir o del sufrimiento y la muerte.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL CONTROL DEL DOLOR

Psicoterapias centradas en el sentido

Promueven o mantienen conceptos terapéuticos como sentido, compasión o dignidad, que disminuyen el sufrimiento emocional o lo que “clínica del desespero” que de manera directa o indirecta, ayudan a mejorar el control del dolor.

CUIDADOS GENERALES Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Terapia Recreativa

Musico Terapia

Aromaterapia

Hidroterapia

Estimulación Sensorial

Medidas ambientales

Medidas físicas

Higiene

Movilización

Cuidados de la piel

Cuidados de la boca

Alimentación e hidratación

Algunos pacientes experimentan un tratamiento del dolor inadecuado a pesar de la terapia farmacológica **o pueden no tolerar un programa de valoración** de opioides debido a efectos secundarios. *“El Panel de Pautas para el Dolor del Cáncer en Adultos de NCCN aconseja que el dolor del cáncer puede ser bien manejado en la gran mayoría de los pacientes si los algoritmos presentados son aplicados sistemáticamente, monitoreados cuidadosamente y adaptados a las necesidades del paciente individual”*.

“El **Dolor** es como el **Amor**

El que lo Reconoce

Lo **Valoriza**”

y

Lo Respeta