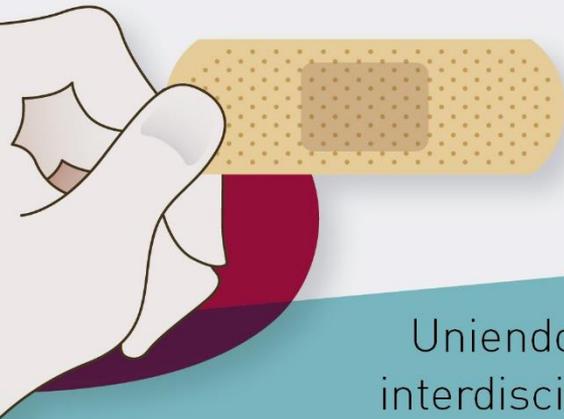


Principios generales del manejo analgésico

VI Congreso
Nacional y
Internacional
de Atención al
Paciente con Heridas

Juan David Osorio G.
Médico y Cirujano CES
Especialista en Cuidados al Final de la
Vida USB



Uniendo esfuerzos: El trabajo
interdisciplinario, clave del éxito.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Enfermería

Apoya:



Fundación
Universidad
de Antioquia

- **LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012**

- Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales

- Artículo 5o. Datos sensibles

- Artículo 6o. Tratamiento de datos sensibles.

- Artículo 9o. Autorización del titular.

- Artículo 18. Deberes de los encargados del tratamiento

- Decreto 1377 de 2013, por el cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de 2012

- **LEY NÚMERO 23 DE 1982**

- Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de los derechos de autor



*El dolor propio siempre es insufrible
y el ajeno siempre exagerado*

DOLOR

La International Association for the Study of Pain (IASP) definió formalmente el dolor como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial o que se describe como ocasionada por esa lesión.

El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; el paciente es el que mejor puede informar de su dolor.



La verbalización del dolor se aprende. La expresión frente a una experiencia desagradable (dolor) esta modulada por el aprendizaje en el medio en el que crece el sujeto.



En la experiencia dolorosa no siempre es posible determinar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.



Dimensiones de la experiencia dolorosa

•D. Fisiológica	localización inicio duración...	•D. Cognitiva	significado automagen afrontamiento...
•D. Sensorial	intensidad calidad patrón...	•D. Comportamental	comunicación actividad física dormir...
•D. Afectiva	estado de ánimo ansiedad depresión...	•D. Socio-cultural	responsabilidad actitudes creencias...

Clasificación del dolor

Por su duración

- Agudo • Crónico

Por su mecanismo fisiopatológico

- Nociceptivo: - Somático - Visceral
- Neuropático: - Central - Periférico - Simpático

Por su curso

- Continuo o basal. Persistente
- Irruptivo. - Incidental - Espontáneo

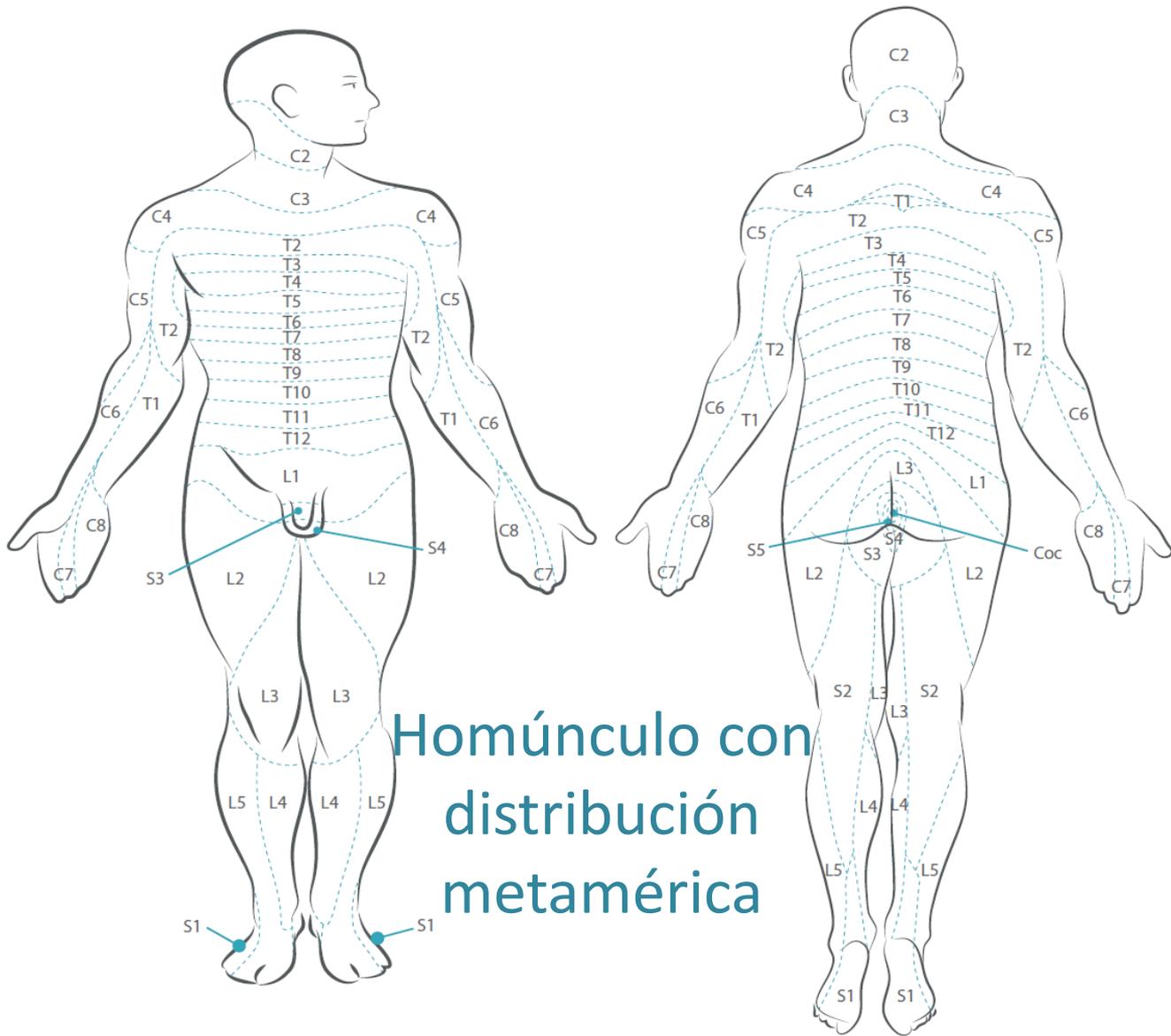
Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele

- Muchas veces no tenemos la consideración suficiente ante las quejas de los enfermos.

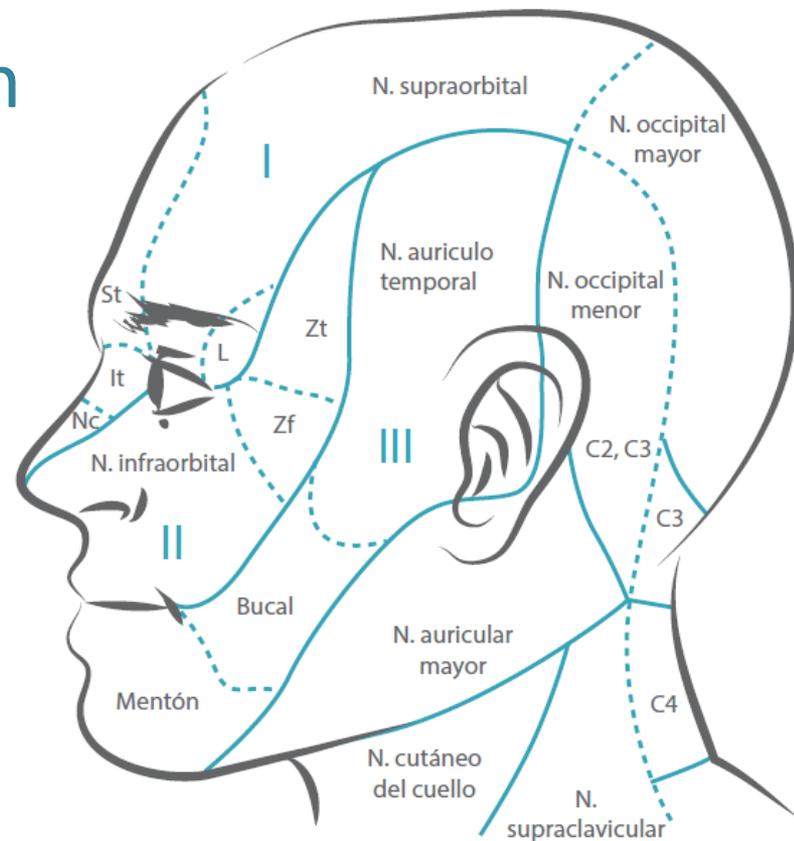
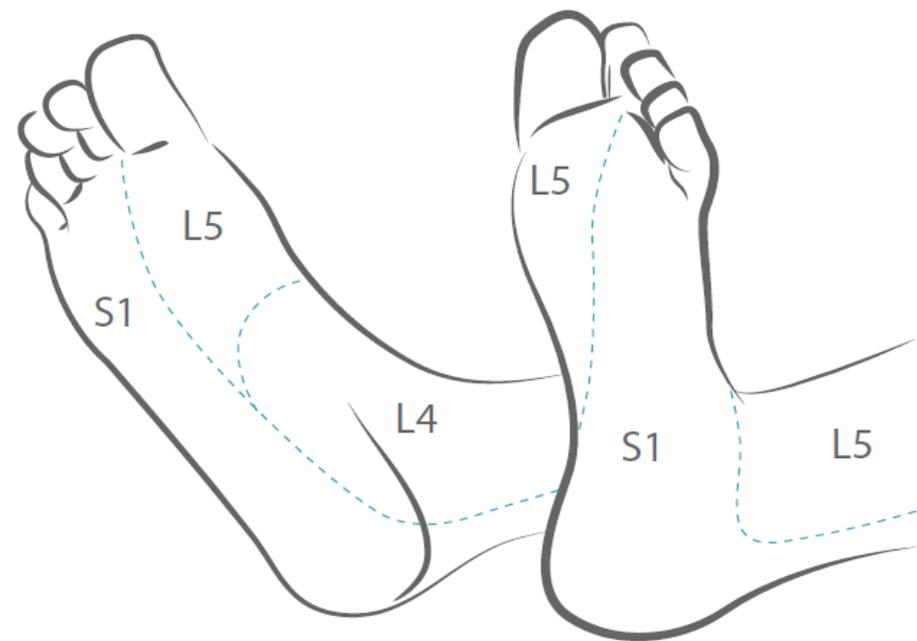


La evaluación completa del dolor en el paciente debe responder las siguientes cuestiones:

- Inicio “cuando”
- Localización “donde”
- Que lo mejora o lo empeora? “que o con que”
- Curso en el tiempo (irruptivo/constante)
- Calidad (pinchazo, pulsátil, urente, descarga eléctrica, etc.) “como”
- Irradiación
- Intensidad basal
- Intensidad en las crisis
- Respuesta a los tratamientos previos



Homúnculo con distribución metamérica



Abordaje terapéutico - *medidas no farmacológicas*

- Radioterapia externa/radioisotopos
- Cirugía ortopédica en las fracturas óseas o su prevención.
- Técnicas analgésicas intervencionistas: -
- Vertebroplastia/cifoplastia.
- Medidas físicas: termoterapia (frio o calor), masaje, uso de ortesis.
- Cambio del estilo de vida/adaptación.

Abordaje terapéutico - *medidas farmacológicas*

La potencia del analgésico la
determinará la intensidad del
dolor y nunca la supervivencia
prevista

*“¿Cómo le vamos a empezar a
dar morfina si todavía le queda un
año de vida?”*



Ley estatutaria 1581/2012, Art 5,6,9,18

Consideraciones generales

- Identificar la causa del dolor
- Analgesia regular y ajustar individualmente la dosis
- Los co-analgésicos son más la norma que la excepción
- Prevención de los efectos secundarios de los analgésicos
- Tener en cuenta los aspectos psico-sociales

Consideraciones generales

Objetivos realistas

Para evitar frustraciones, tanto para el paciente como en el terapeuta, es adecuado alcanzar de forma escalonada tres niveles de respuesta a la analgesia:

- El primer nivel consiste en obtener una buena analgesia en reposo en la cama y un buen descanso nocturno.
- El segundo nivel debe alcanzar además una buena analgesia en sedestación.
- El tercer nivel añade un buen control en la bipedestación y deambulación.

Medidas farmacológicas

- **Analgésicos:** fármacos que disminuyen la percepción del dolor, sin alterar la conducción nerviosa ni producir la pérdida de la conciencia.
- **Co-analgésicos:** fármacos no analgésicos que cuando se asocian a ellos, en situaciones específicas, mejoran la respuesta terapéutica de los analgésicos

Escala analgésica de la O.M.S.

Escalón I

Analgésicos no opioides

±

co-analgésicos

paracetamol

AINEs

metamizol

Escalón II

Opioides débiles

±

co-analgésicos

Codeína

Dihidrocodeína

Tramadol

Escalón III

Opioides potentes

±

co-analgésicos

Morfina

Fentanilo

Metadona

Oxicodona

Buprenorfina

Hidromorfina

Tapentadol

Escalón IV

Procedimiento	Indicaciones	Fármacos/ Técnica física
Espinal intradural	Dolor en las articulaciones en múltiples ubicaciones	Morfina, ziconotide, anestésico local, clonidina, baclofen
Espinal epidural	Dolor en las articulaciones que se limita a pocas metámeras	Anestésico local con morfina
Neurolisis espinal (Silla montar)	Dolor mixto metamérico que no incluya a las raíces motoras de las extremidades inferiores	Alcohol/fenol
Bloqueos neurolíticos de ganglios simpáticos	Dolor visceral	Alcohol/fenol
Bloqueos neurolíticos nervios espláncnicos	Dolor visceral	Lesión por radiofrecuencia

Escalón IV

Bloqueo neurolítico de nervios periféricos	Dolor con distribución nervioso sin repercusión motora. Nervio intercostal, supraescapular cutáneo, femoral lateral	Fenol-alcohol (Diagnóstico previo bloqueo con anestésico local)
Bloqueos torácicos Bloqueo paravertebral Bloqueo interpleural	Dolor multifactorial en hemitórax	Punción única o perfusión de anestésicos locales
Bloqueos de plexo nervioso periférico	Dolor en las articulaciones en la distribución del plexo braquial y lumbar	Punción única o perfusión de anestésicos locales
Infiltración epidural en la raíz del nervio	Alivio temporal del dolor por la afectación de la raíz nerviosa o del nervio raquídeo	Corticoides depot* ± radiofrecuencia
Infiltración muscular interfascial	Espasticidad y dolor miofascial post-radioterapia	Anestésico local en concentración baja, toxina botulínica **
Neuromodulación	Dolor neuropático	Estimulación de cordones posteriores y de nervio periférico
Cementoplastia percutánea	Metástasis óseas líticas	Cemento acrílico. Polimetacrilato de metilo

Co- analgésicos (grupos farmacológicos)

Antidepresivos

Anticonvulsivantes

Anestésicos locales

Agonistas GABA

Corticoides

Antagonistas NMDA

Bifosfonatos

Psicoestimulantes

Benzodiacepinas

Factores que modifican la percepción del dolor

Disminuyen el umbral

malestar
insomnio
fatiga
ansiedad
miedo
enfado
tristeza
depresión
aburrimiento
introversión
aislamiento mental

Aumentan el umbral

control de otros síntomas
sueño
reposo
simpatía
comprensión
solidaridad
distracción
reducción de la ansiedad
mejora del estado de ánimo
analgésicos
ansiolíticos
antidepresivos

Equianalgesia según vía de administración

vo : sc/IM ---- 1 : 1/2

vo : ev ---- 1 : 1/3

vo : Rectal ---- 1 : 1

ICSC : ICEV ---- 1 : 1 *

*Cuando estén en *steady state*, aproximadamente tras 12 horas de haber iniciado su administración (Nelson, 1997)

Incrementar el mismo opioide hasta fallo; definido por la aparición de “*criterios de fallo*”

- Somnolencia y/o enlentecimiento psicomotor sin fallo cognitivo.
- Neurotoxicidad opioide (delirium, mioclonias, hiperalgesia).
- Toxicidad digestiva (nauseas, vómitos, ilio paralítico).
- Toxicidad dermatológica: diaforesis, prurito.
- Insuficiencia respiratoria/edema pulmonar.
- Fallo primario cuando no hay mejoría (reducción del 50% o más en la EVA.) de la intensidad del dolor, sin aparición de toxicidad atribuible al opioide, tras un incremento del 100% de la dosis (3 incrementos de dosis del 33%), en un tiempo no superior a los 5 días

Rotación de opioide (rop)

Tabla rotación de opioides para principiantes** ***			
Conversión a morfina oral *	ratio	Conversión de morfina a metadona oral	ratio
Oxicodona VO en mg	$\times 2 = \text{mg}$	Morfina 30-90 mg/día	$\div 4 = \text{mg}$
Fentanilo IV en ug/d	$\div 10 = \text{mg/d}$	Morfina 90-300 mg/día	$\div 8 = \text{mg}$
Fentanilo TTS ug/d	$\times 24 \div 10 = \text{mg/d}$	Morfina > 300 mg/día	$\div 12 = \text{mg}$
Buprenorfina TTS ug/d	$\times 24 \times 75 \div 1000 = \text{mg/d}$		
Hidromorfona VO en mg	$\times 5 = \text{mg}$	Parenteral IV - SC - IM	Oral
Tapentadol VO en mg	$\div 2,5 = \text{mg}$	Hidromorfona	$\times 2$
Morfina VO en mg	$\times 1 = \text{mg}$	Oxicodona	$\times 2$
Tramadol VO en mg	$\div 10 = \text{mg}$	Morfina	$\times 2$
Metadona VO en mg	$\times 5 = \text{mg}$	Tramadol	$\times 1$

*Se recomienda sumar las dosis total día del opioide antes de hacer la convesion y el producto se \div por las dosis horario del medicamento a convertir

**Rescates equivalen al 10% de la dosis total día del opioide (VO cada 30-45 minutos, Via parenteral cada 10-15 minutos)

***Si 3 rescates continuos y persiste el sintoma, aumentar dosis total día del opioie en un 50% con rescates del 10%

**No todos los dolores son
aliviados por los analgésicos**



JAMÁS USAR UN PLACEBO

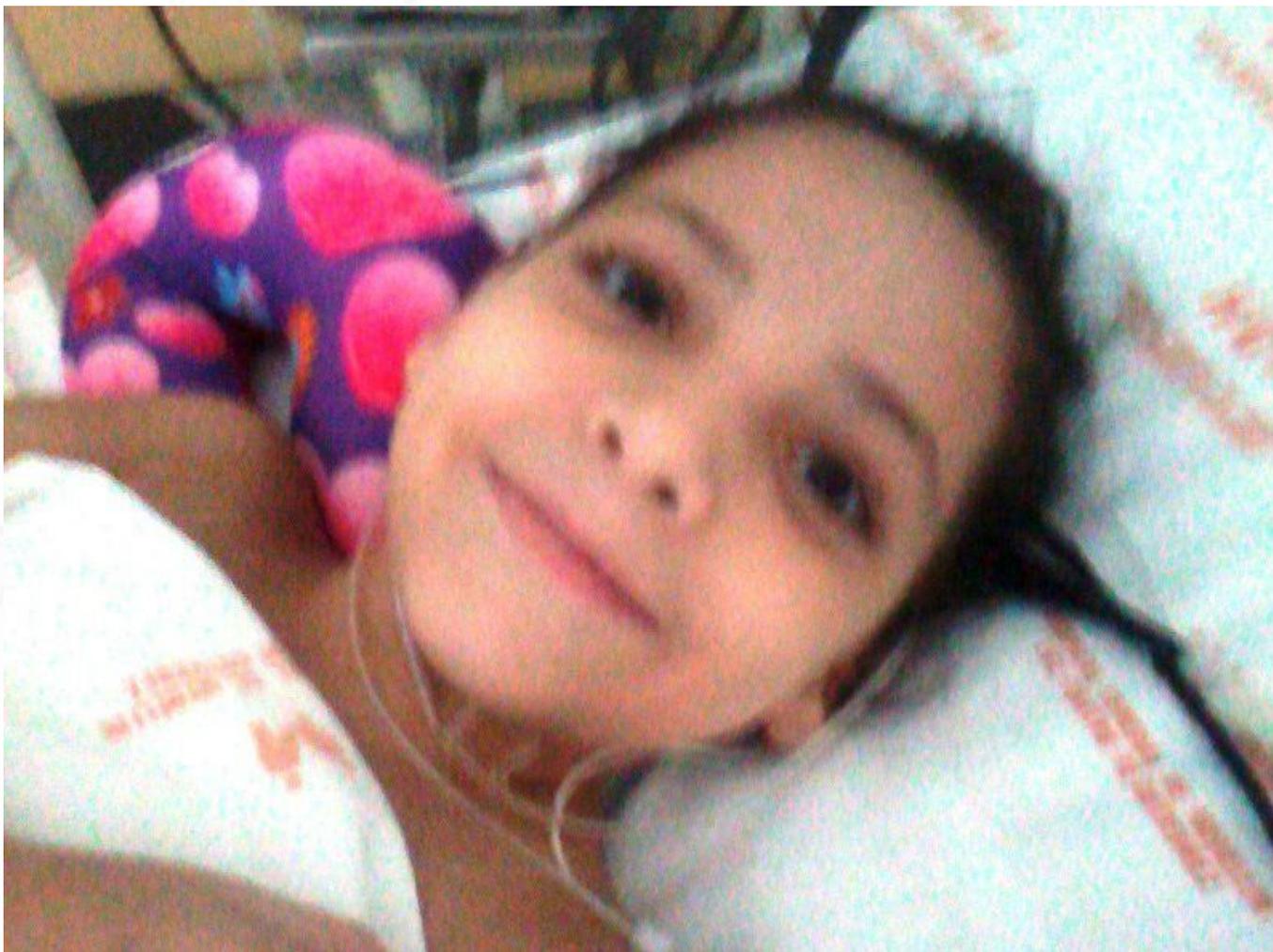


Foto proporcionada por la madre de la paciente para uso exclusivamente académico



Foto proporcionada por la madre de la paciente para uso exclusivamente académico



Foto proporcionada por la madre de la paciente para uso exclusivamente académico

**El insomnio debe tratarse
de forma energética**

**No se deben mezclar nunca
dos analgésicos opioides**

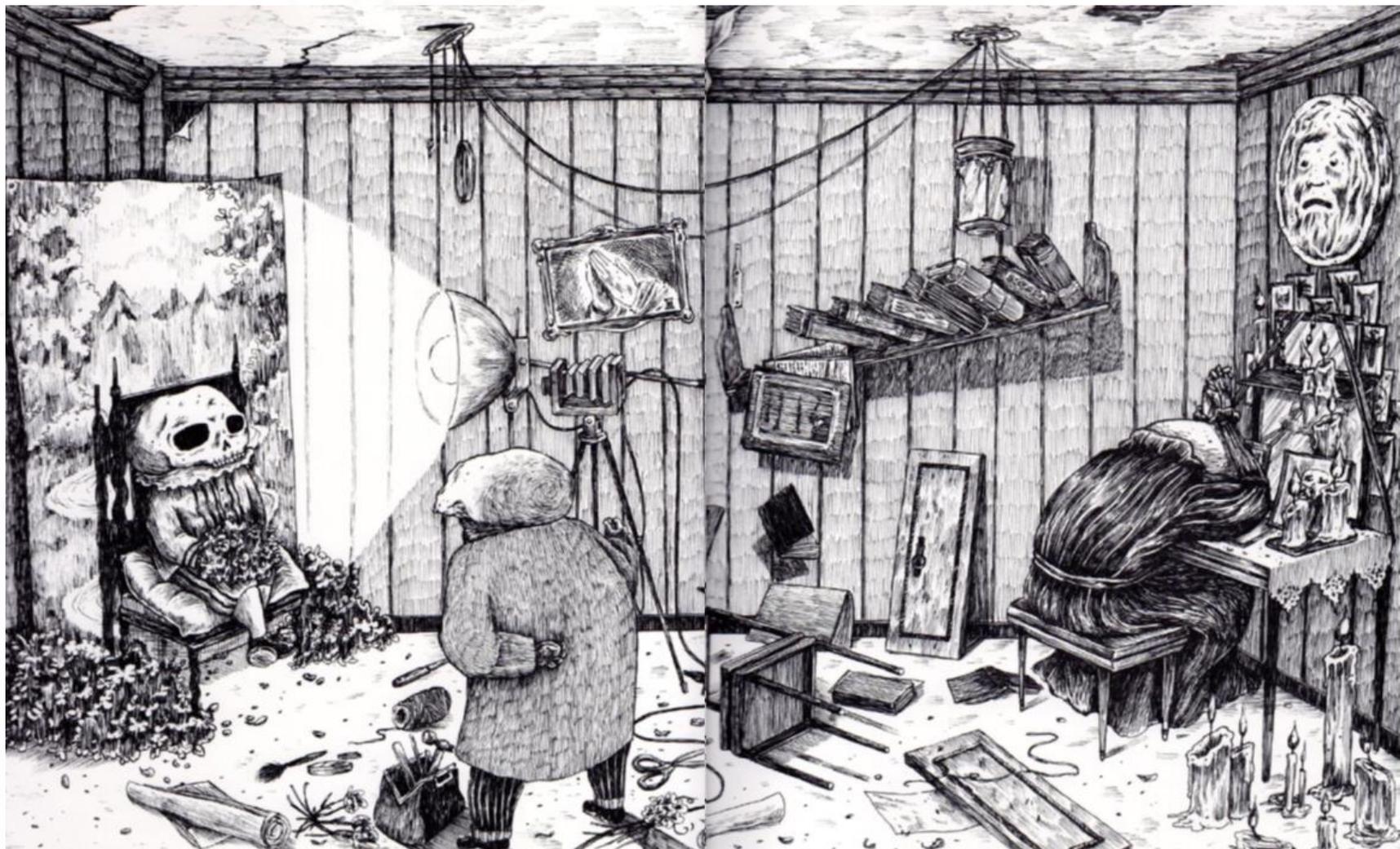
**A veces es necesario
ingresar al enfermo para
controlar su dolor**



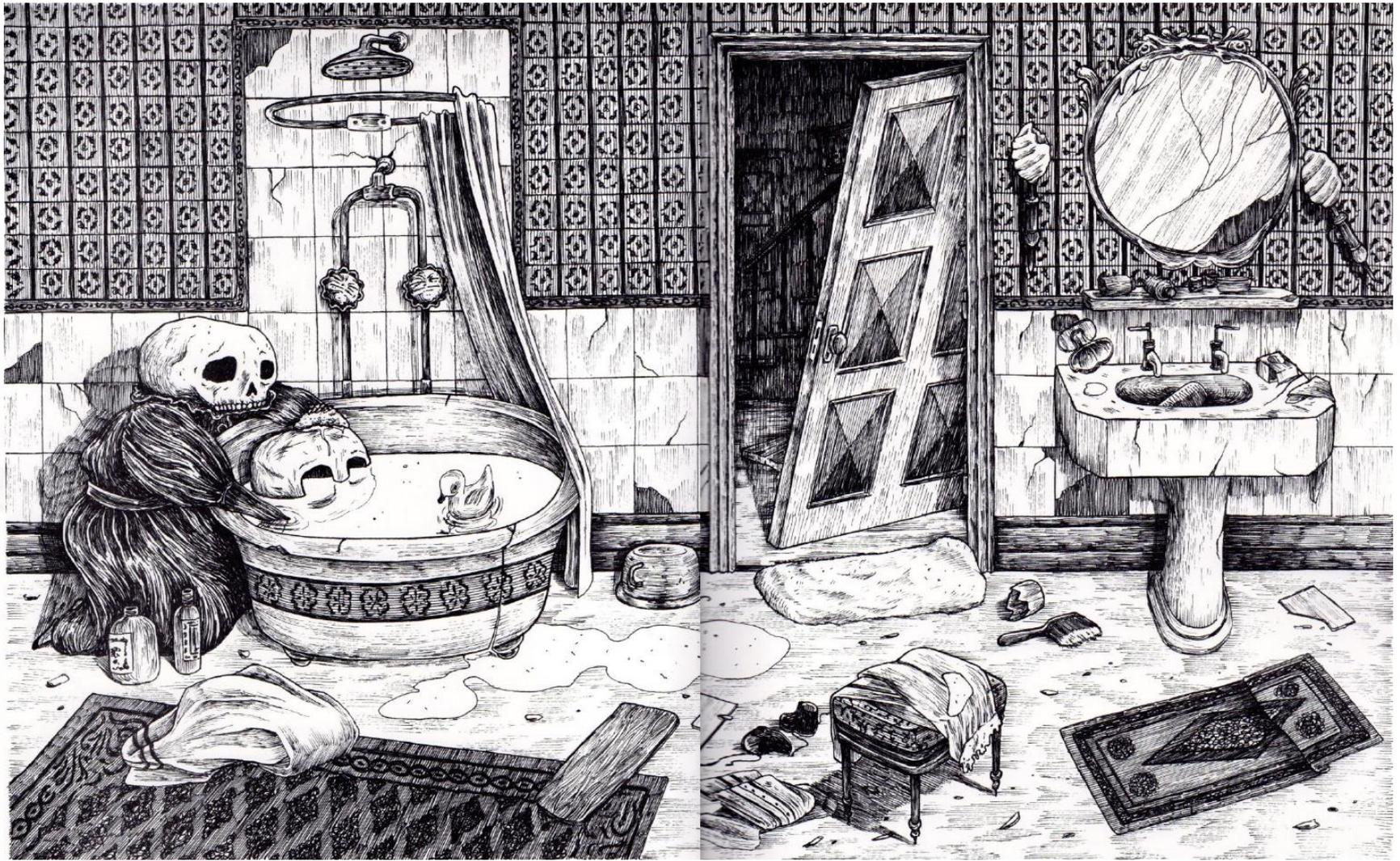
Los mitos de la morfina

- Se hará un drogadicto
- La morfina por vía oral, es inefectiva
- El paciente usará la morfina para suicidarse
- Si tiene la morfina en casa, se la robarán
- Si a un paciente de cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose
- La morfina provoca euforia
- La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final ya no será efectiva
- La morfina provoca depresión respiratoria



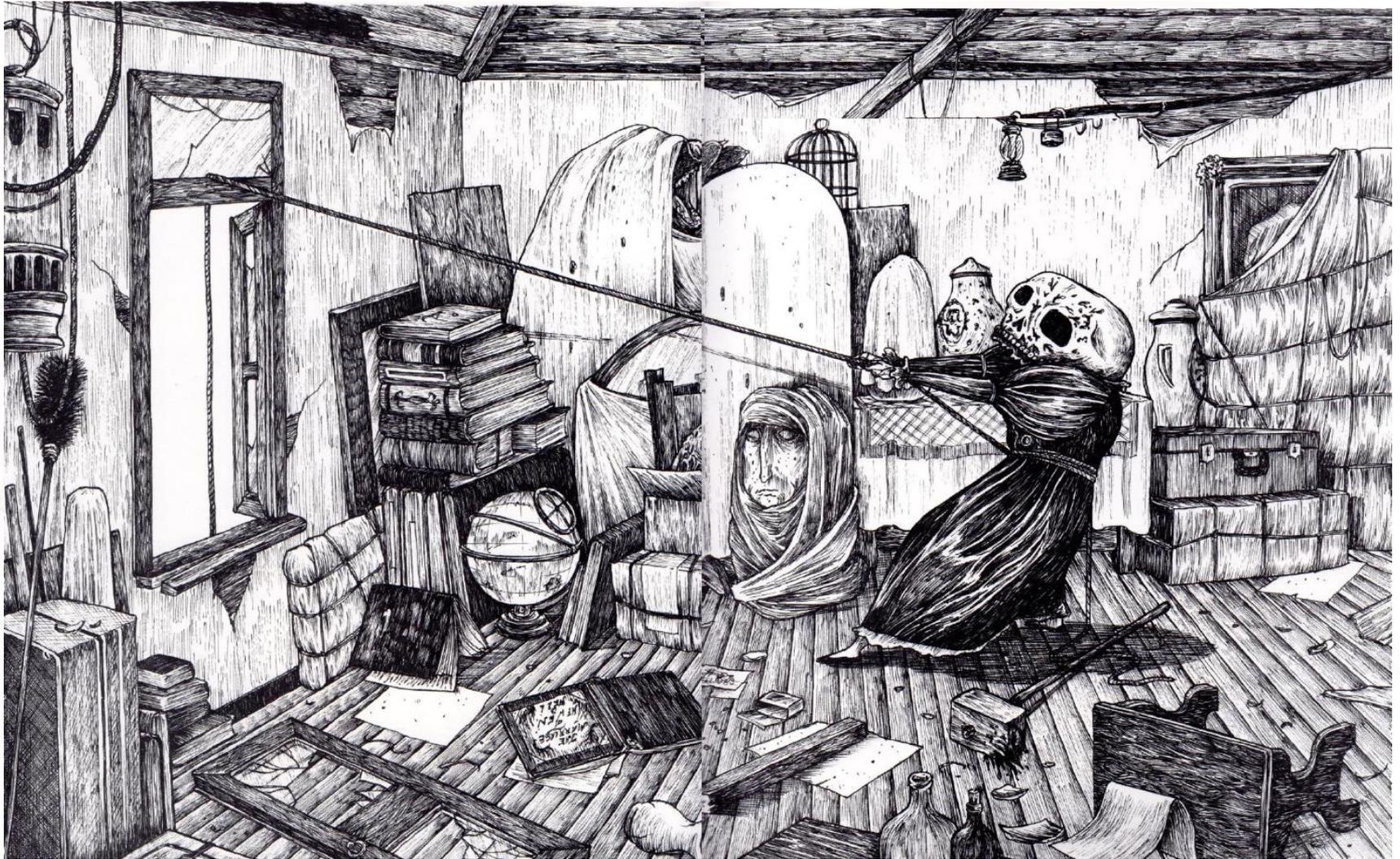


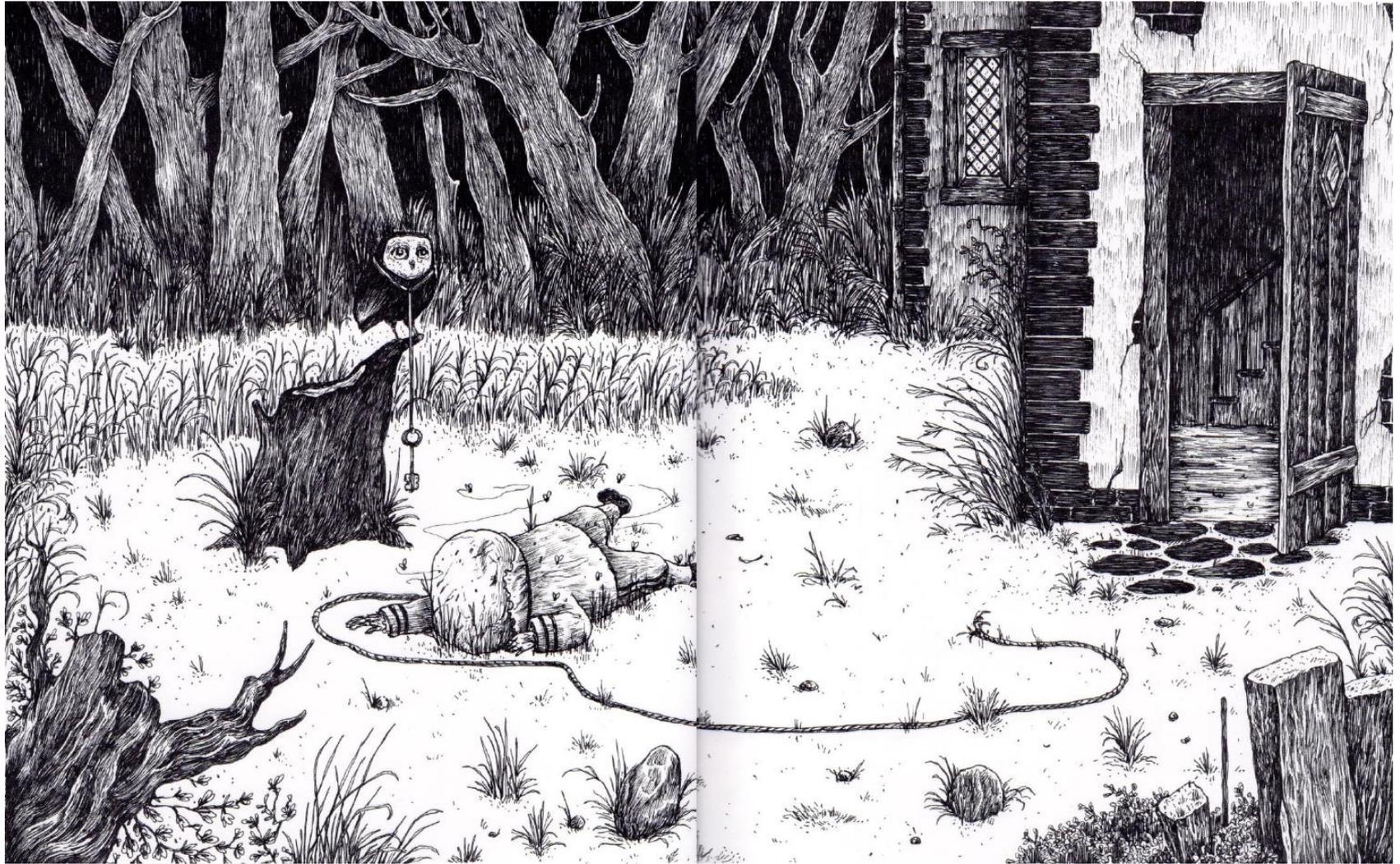


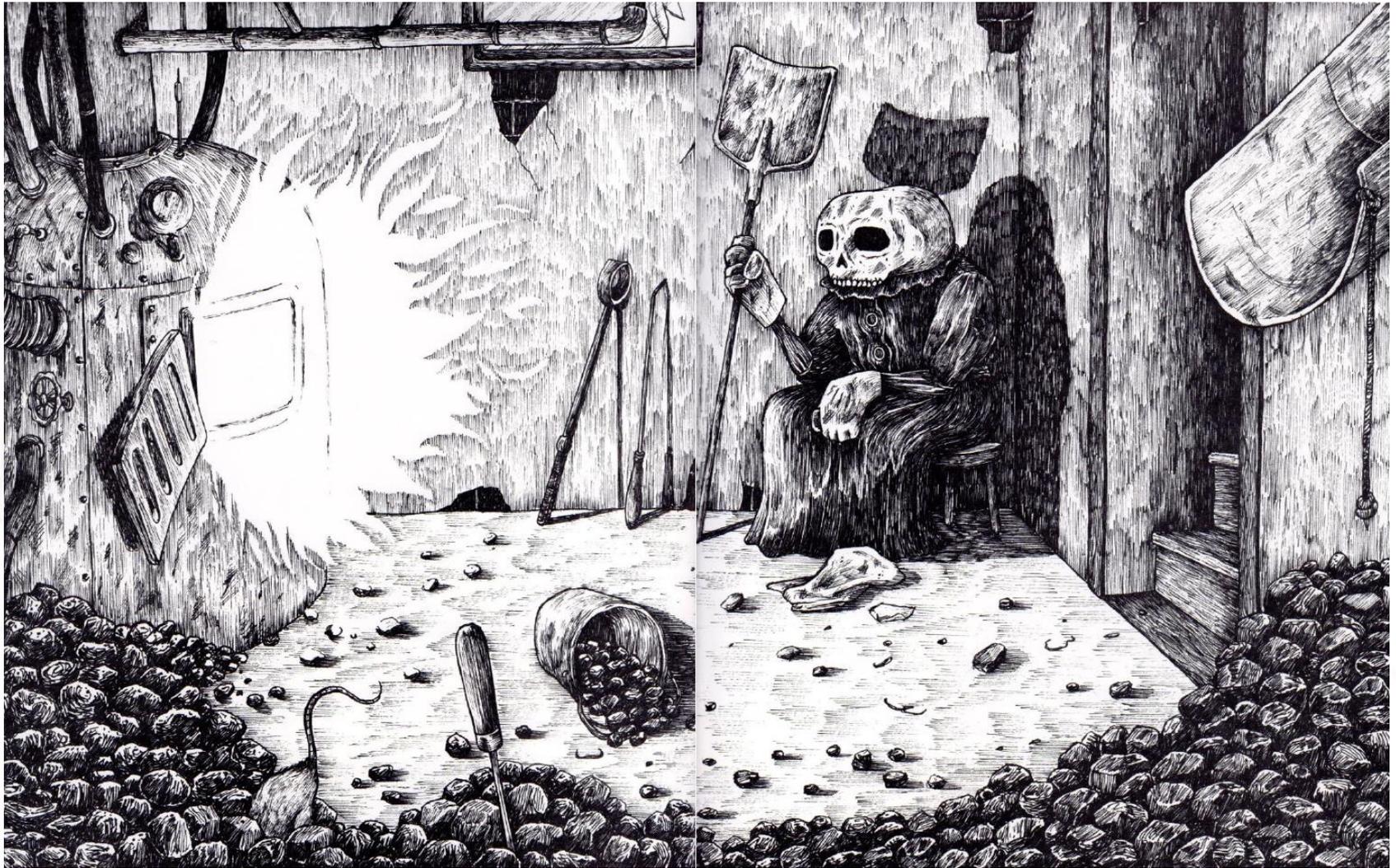




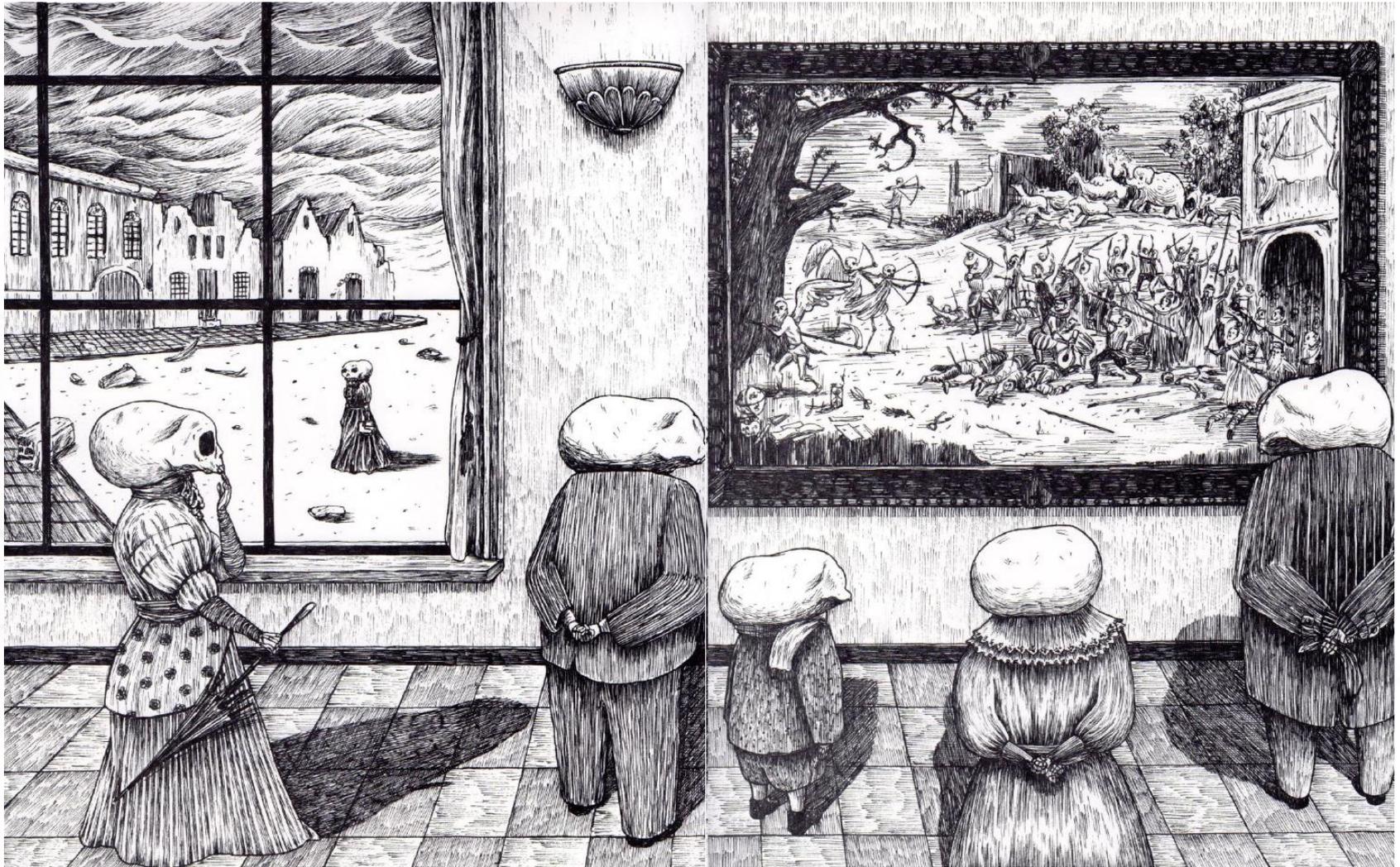


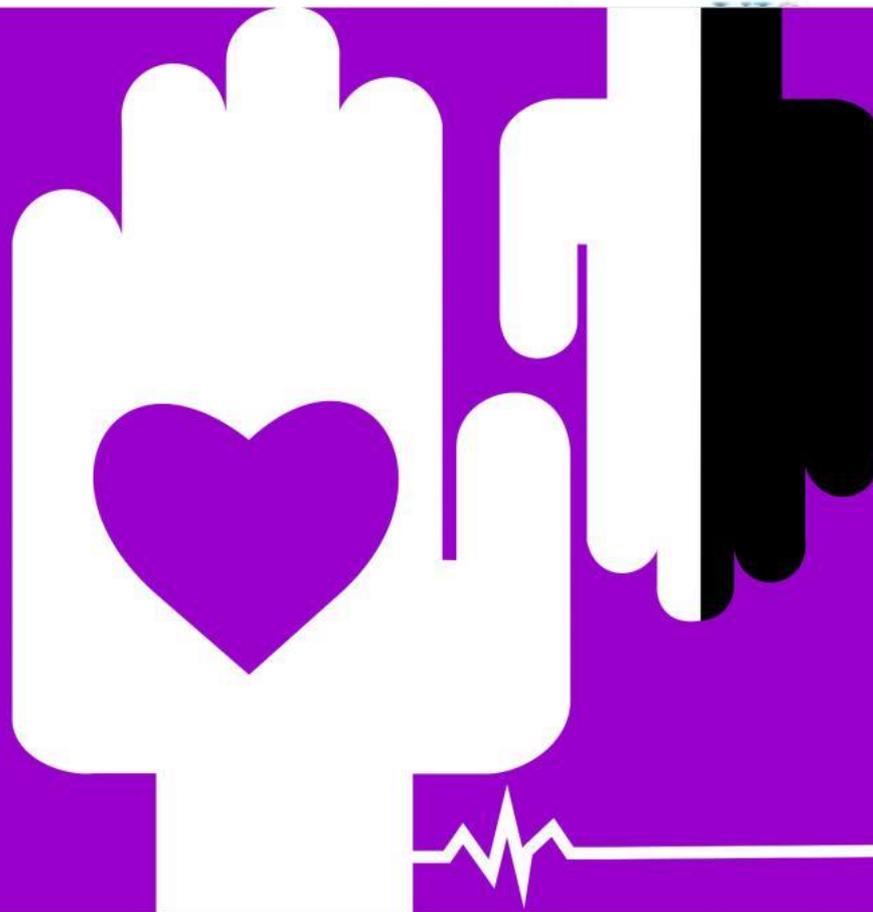












Cuidados al final de la vida.

Calidad de vida para el paciente y su familia

Gracias

#CuidadosAlFinalDeLaVida

