



Tratamiento del Dolor en Cuidados Paliativos

Magdalena Cegarra Beltrí. Médico ESAD área VI



Definición

- Experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esa lesión.
- Siempre es un fenómeno subjetivo; el paciente es quien mejor puede informar de su dolor.
- La verbalización del dolor se aprende. Depende del medio en que crece el sujeto.

En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 20-50% de los pacientes presentan dolor, en las fases avanzadas de la enfermedad su prevalencia puede llegar al 70-80%.



“La piel humana separa el mundo en dos espacios.

El lado del color y el lado del dolor” Paúl Valery



Factores que influyen en el umbral del dolor

LO AUMENTAN

- Alivio de los síntomas
- Mejoría del sueño
- Descanso
- Simpatía
- Acompañamiento
- Distracción
- Aumento del humor
- Reducción de la ansiedad
- Analgésicos, ansiolíticos
- Antidepresivos.

LO DISMINUYEN

- Insomnio
- Cansancio
- Ansiedad
- Enfado
- Depresión
- Abandono social
- Introversión
- Aburrimiento
- Malestar
- Tristeza



Disminuyen el dolor

Distracción



Sueño



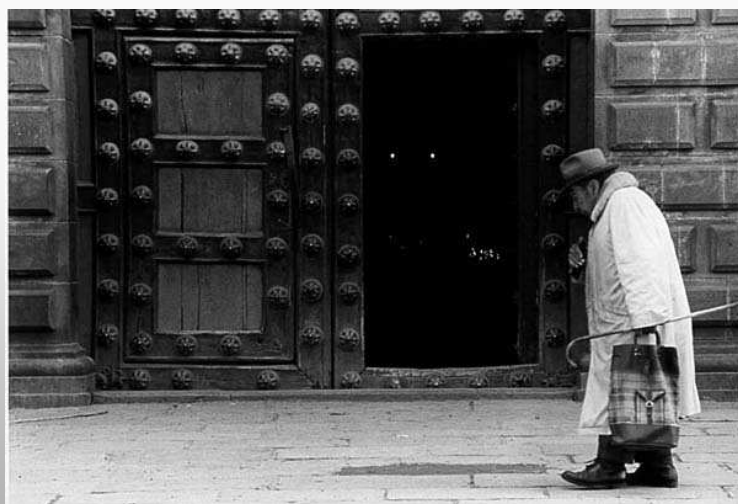


Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Aumentan el dolor

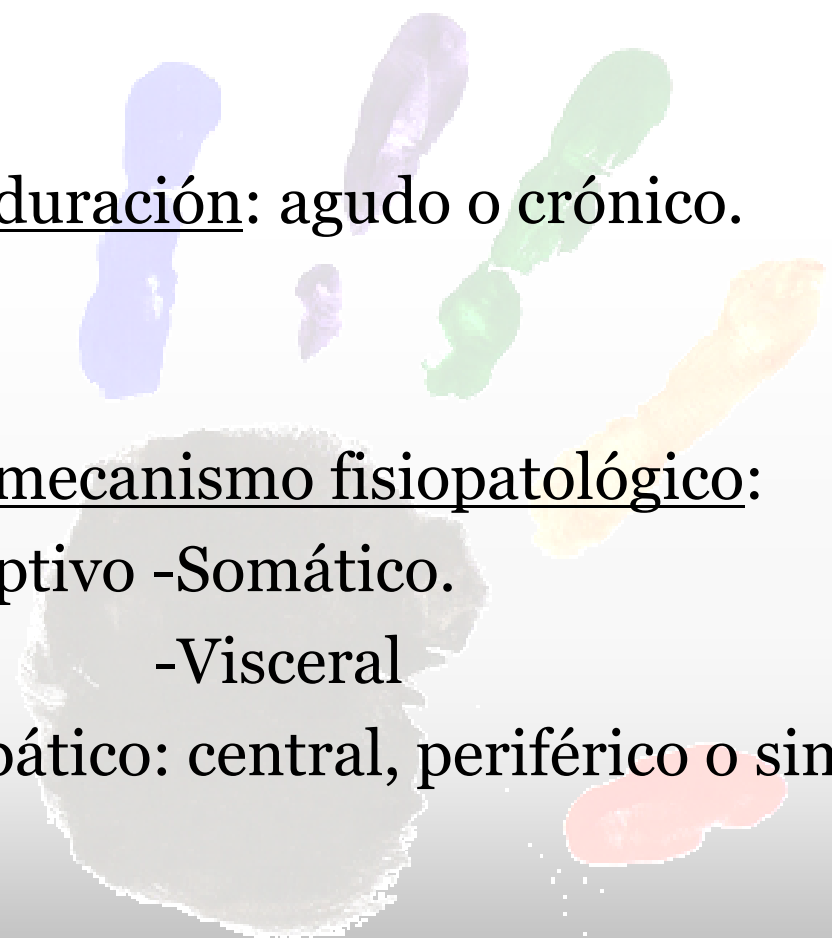
cansancio abandono social soledad





Clasificación del dolor

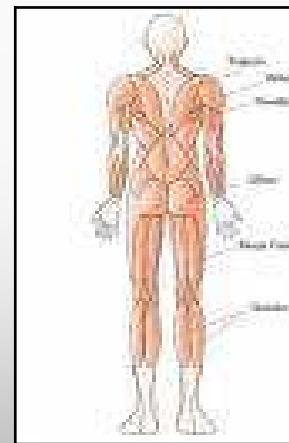
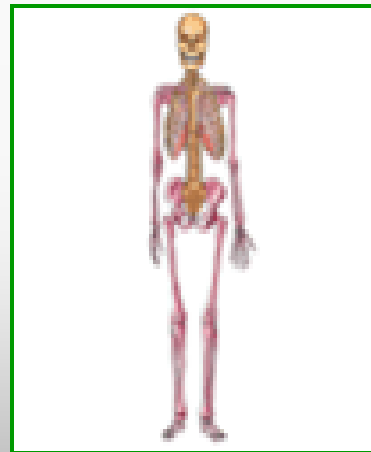


- 
- Por su duración: agudo o crónico.
 - Por su mecanismo fisiopatológico:
 - Nociceptivo -Somático.
 - Visceral
 - Neuropático: central, periférico o simpático.



Somático

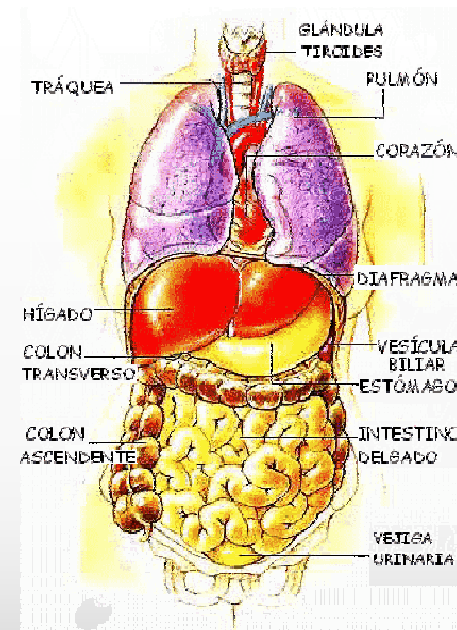
- Proviene de estímulos nociceptivos de estructuras somáticas: piel, hueso, articulaciones, músculo y partes blandas. Se describe como un dolor bien localizado, pulsátil, punzante o como roer.





Visceral

- Proviene de los órganos inervados por el simpático, ya sean vísceras u órganos, incluye sus mucosas, serosas, músculos lisos y vasos. El dolor de los órganos es típicamente **profundo, sordo, difuso, como una presión o tracción**. La afectación de las vísceras puede añadir el componente de dolor cólico típico.





Neuropático

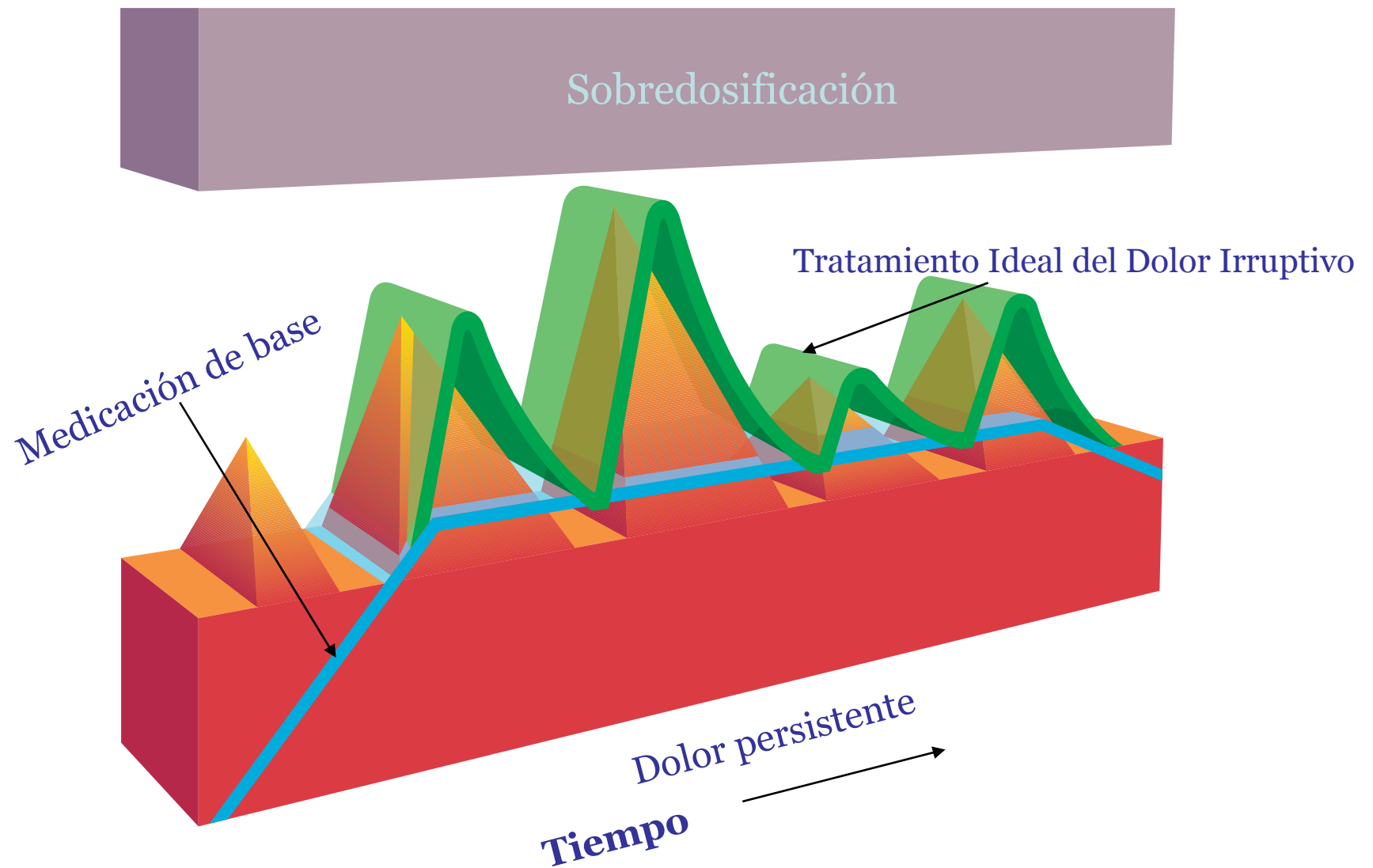


- Proviene de la afectación de las estructuras nerviosas.
- El paciente refiere un dolor extraño, evocado o espontáneo, como descargas, corriente, quemazón, acorchamiento, presión



Clasificación por su curso

- **1.-Continuo:** Presente a lo largo del día, puede tener ascensos o descensos de su intensidad, pero no desaparecer.
- **2.-Episódico:**
 - Intermitente: Aparece al realizar alguna actividad: levantarse, toser, defecar, miccionar ...
 - Incidental: Aparece de forma espontánea sin que se pueda identificar un factor desencadenante.
 - Fallo de final de dosis: Aparece en el tiempo que precede a la toma del analgésico pautado y que controla bien el dolor.



- **Tratamiento Ideal de los dos Componentes del Dolor del Cancer**



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Evaluación del dolor

Evaluación del dolor

Inicio

Localización

¿Qué lo mejora?

¿Qué lo empeora?

Curso en el tiempo (episódico/constante)

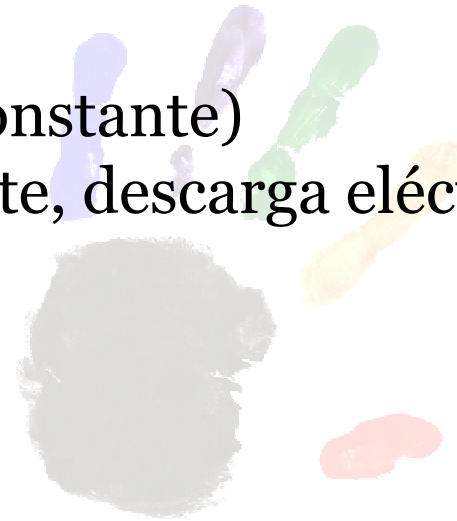
Calidad (pinchazo, pulsátil, urente, descarga eléctrica...)

Irradiación.

Intensidad basal.

Intensidad de las crisis.

Tratamientos previos.



Identificar la causa del dolor

- Es esencial identificar la causa o causas implicadas en la aparición del dolor, debe tenerse en cuenta:
 - El 80 % de los pacientes tienen más de una localización dolorosa.
 - El dolor o dolores pueden deberse a diferentes causas y pueden precisar tratamientos distintos. P. ej. Dolor abdominal por metástasis hepáticas y estreñimiento.
- Aproximadamente, el 33% de los dolores no están relacionados con la progresión del cáncer, ni con su tratamiento. P. ej. Artritis, dolor miofacial..
- Simultáneamente al dolor crónico del cáncer, los pacientes pueden experimentar dolor agudo relacionado con el cáncer (P. ej. Fractura patológica) o con otra patología (cólico nefrítico)

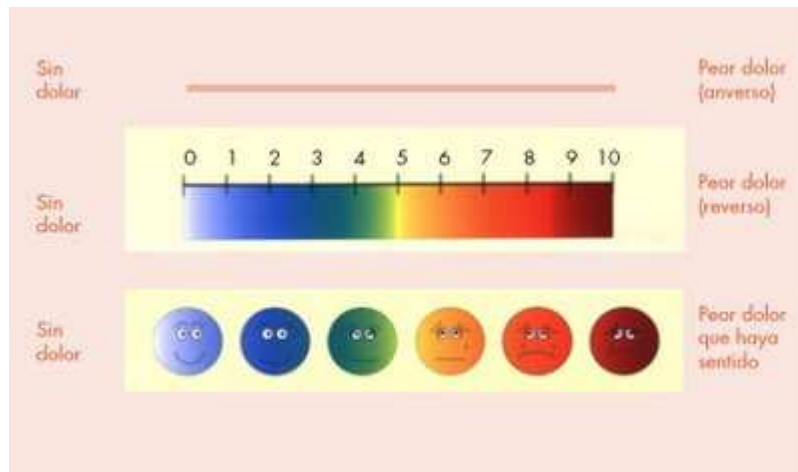
La **medición del dolor** es complicada, sin embargo, es muy importante poder evaluarlo para determinar como se están haciendo las cosas, en el sentido de ayudarnos en una mayor comunicación en la práctica clínica, así como en una documentación más segura a la hora de la investigación, y poder reproducir las experiencias del dolor.



Evaluación del dolor

- Escala visual analógica.(EVA)
- Escala de consenso o escala de descripción del dolor establecida por el equipo.
- Diarios de dolor.
- Escalas de comportamiento. Se valoran las expresiones faciales de malestar así como otros datos como agitación, la agresividad, los gritos, los trastornos del ritmo sueño/vigilia y las actividades propositivas (movimientos repetitivos sin finalidad).

Escala visual analógica.(EVA)



Las causas del dolor y los factores que influyen varían con el tiempo, por lo que es imprescindible revisarlo periódicamente.





Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo



Principios generales para el uso de analgésicos

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



- *“El dolor propio siempre es insufrible y el ajeno siempre exagerado”*
- Muchas veces no tenemos la consideración suficiente ante las quejas de los enfermos(“no es para tanto”, “lo que pasa es que está usted nervioso”).
- Es importante recordar que nosotros no estamos ahí para juzgar al enfermo sino para suprimirle o aliviarle el dolor.

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?”
- Es arriesgado establecer pronósticos de supervivencia.
- Estos planteamientos son debidos a la falsa creencia de que a la larga estos analgésicos no serán efectivos



¿PORQUÉ?

El dolor recuerda la enfermedad.

Se precisan dosis mayores.

Pérdida de confianza en el equipo.

Se le evita al paciente el tener que pedirlo.

Hay pacientes con miedo a la dependencia.

Enfermeras y médicos con miedo a los opioides.

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.
- En el segundo nivel debe alcanzarse además una buena analgesia en sedestación.
- El tercer nivel añade un buen control en la bipedestación y deambulación.

Los analgésicos hay que suministrarlos a horas fijas



- Una regla de oro en el control de síntomas en pacientes con cáncer es que
“a síntomas constantes, tratamiento preventivo”

Hay que dar los analgésicos igual que la insulina a los diabéticos, para evitar que surja una hiperglucemia o coma diabético.

De la misma forma daremos de forma regular los analgésicos para **evitar que aparezca** el dolor.

Siempre que sea posible, usar la vía oral

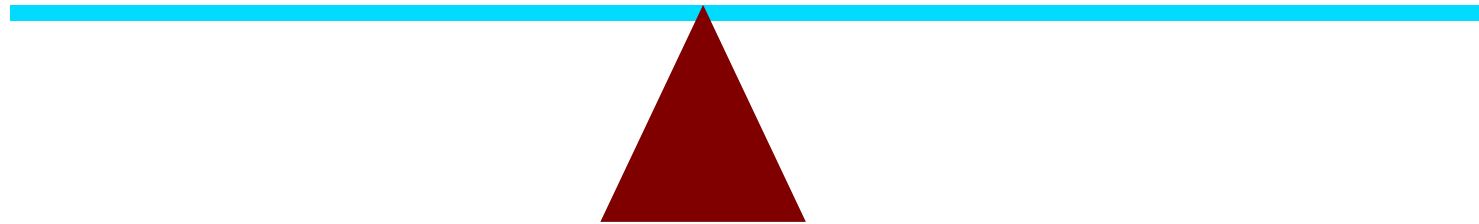
- La vía oral ha demostrado que es eficaz y tiene muchas ventajas.
- Cuando la vía oral no es practicable, lo que suele suceder en las últimas horas o días de vida, disponemos de vías alternativas, sobre todo la vía subcutánea.



A veces es preciso valorar el alivio obtenido y los efectos colaterales

Analgesia

Efectos Adversos



- Podemos tener un enfermo con el dolor controlado en reposo, pero no al moverse.

Al aumentar la dosis pueden aparecer efectos secundarios inaceptables como náuseas o somnolencia .

Deben tratarse de forma profiláctica.

Generalmente son necesarios fármacos coadyuvantes



Es muy frecuente tener que añadir a los analgésicos otros medicamentos, como los ansiolíticos, algunos antidepresivos, inductores del sueño etc...

Otros consejos sobre los analgésicos:

- Su uso debe ser simple.
- Las dosis se regularán individualmente. Pautar el Intervalo de dosis apropiado.
- Buscar la vía de administración adecuada.
- Se puede, y con frecuencia se debe, mezclar analgésicos periféricos (por ejemplo aspirina) con analgésicos centrales (opioides). No se deben, sin embargo, mezclar nunca dos opioides
- Prevenir el dolor Persistente y el alivio del dolor Irruptivo.
- Anticiparse, prevenir, y tratar los Efectos Secundarios.
- Usar fármacos Adyuvantes adecuados cuando estén indicados.
- Establecer la respuesta al tratamiento a intervalos regulares
- El insomnio debe tratarse de forma enérgica.
- A veces es necesario ingresar al enfermo para paliar su dolor.

Tener en cuenta los factores psicosociales

- La percepción del dolor se ve alterada por la presencia de otros síntomas (Vómitos, insomnio...), factores emocionales (ansiedad, desánimo...) y factores sociales (dificultades económicas, burocracia asistencial..).
- La ignorancia de estos factores dificulta seriamente un buen control del dolor.



Dolor Total



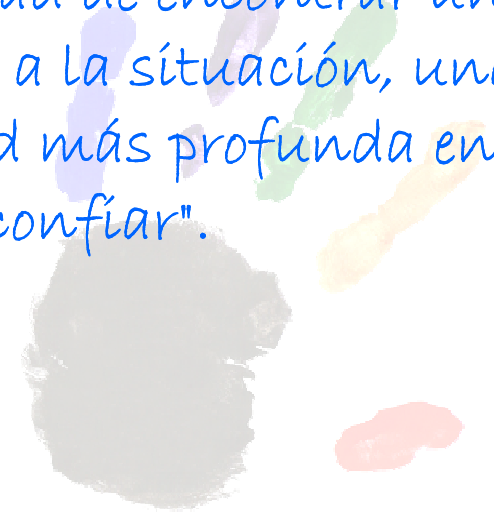
- Cecily Saunders (1918-2005), sabía que cuando el dolor no es aliviado, es capaz de convertirse en centro de la vida de un ser humano.

Por eso desarrolló la teoría del "**dolor total**", que incluye elementos físicos, sociales, emocionales y espirituales.

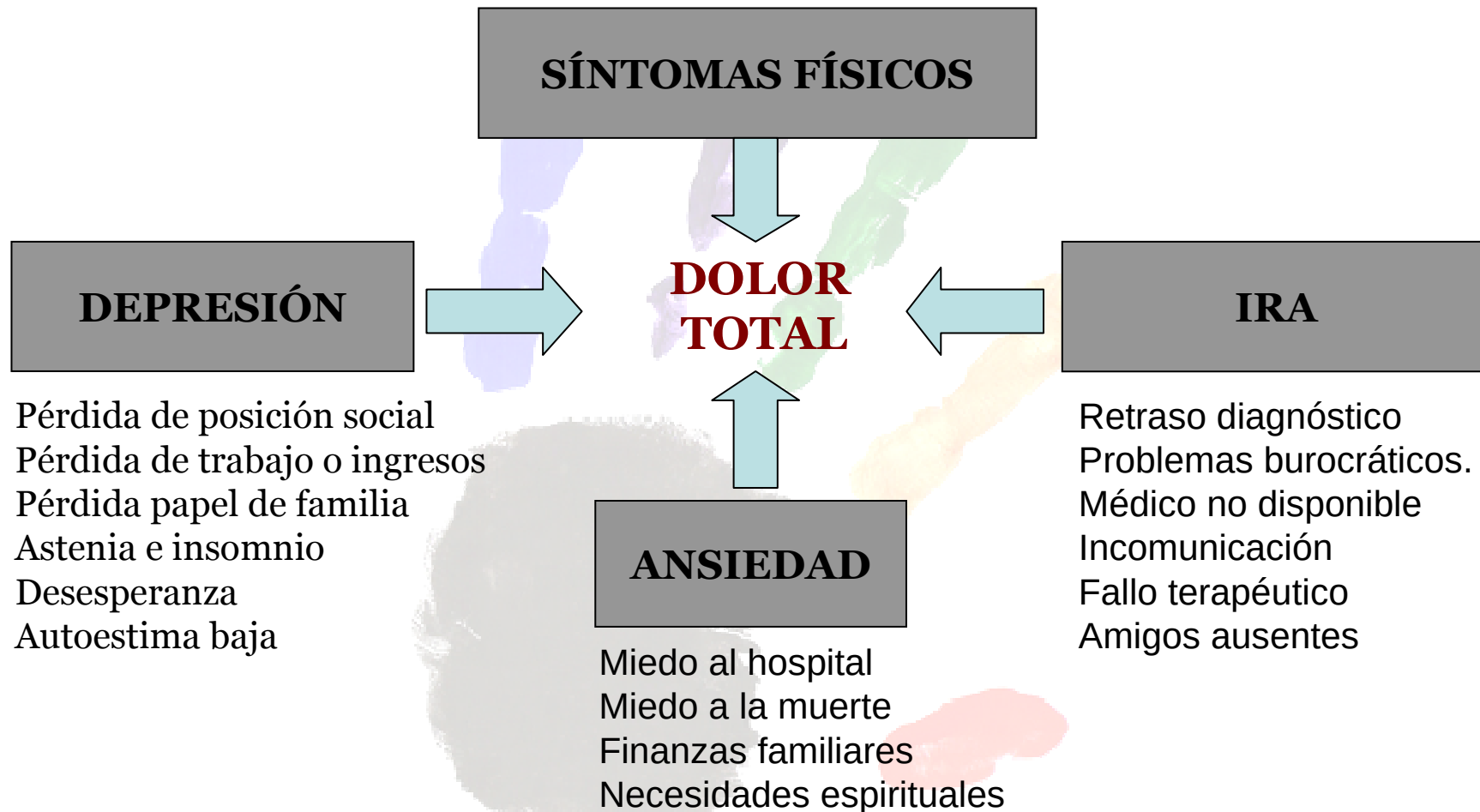
Dolor Total



"La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar".



Factores que influyen en la percepción del dolor





Factores de interés en el alivio del dolor total

- **Control del dolor.**
- **Control de otros síntomas (insomnio,...).**
- **Comunicación.**
- **Educación Sanitaria**
- **Trabajo en equipo**



"El dolor es dos veces doloroso porque
es al mismo tiempo un misterio que atormenta"

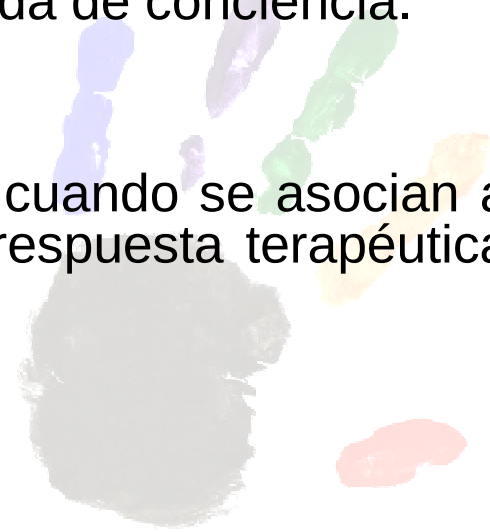


Tratamiento del dolor

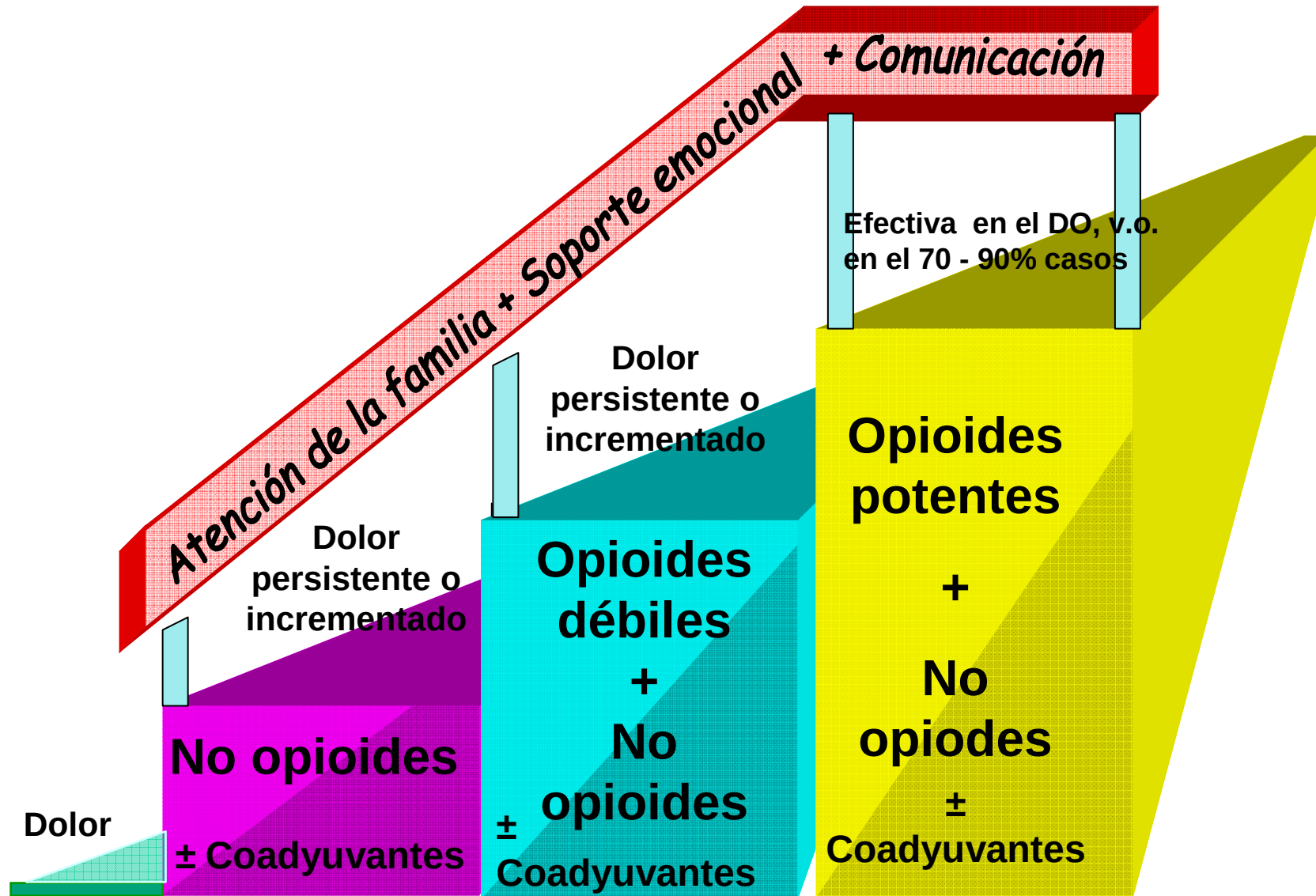
Escalera analgésica de la OMS
Dolor oncológico 1987

Escalera analgésica

- Con dicha escalera se obtiene un buen control del dolor en un 80 % de los casos.
- Analgésicos: Fármacos que disminuyen la percepción del dolor, sin alterar la conducción nerviosa ni producir pérdida de conciencia.
- Coanalgésicos: fármacos no analgésicos que cuando se asocian a ellos, en situaciones específicas, mejoran la respuesta terapéutica de los analgésicos.



Escalera analgésica



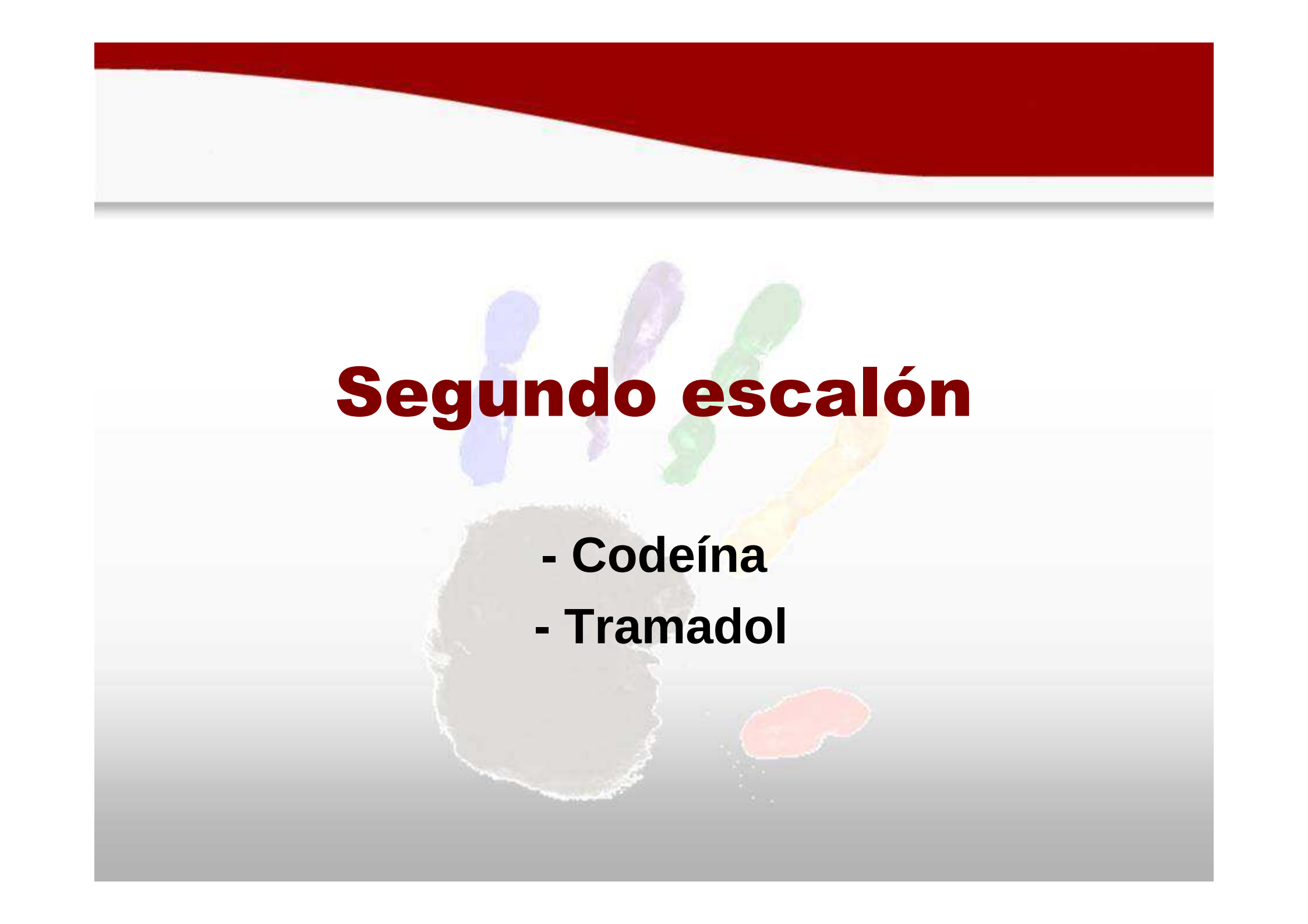


Primer escalón

Aspirina
Paracetamol
AINES
Metamizol

AINES

- Casi todos tienen una potencia analgésica similar.
- Siempre asociar gastroprotección.
- Ajustar dosis en ancianos e insuficiencia renal.
- Son los fármacos más frecuentemente implicados en la génesis del fracaso renal agudo prerrenal.
- **Ibuprofeno**: 400-800 mgr/8 h/VO. Es el menos gastrolesivo. Buena analgesia en picos dolorosos.
- **Diclofenaco**: En pacientes anticoagulados con dicumarol.
- **Ketorolaco**: 30 mg/6 h/V oral o SC. La inyección SC puede ser dolorosa o producir hematoma en el lugar de la inyección. No administrar más de 4 semanas por riesgo de insuficiencia renal. Uso hospitalario.
- **Enantyum**: Menos riesgo de hemorragia digestiva



Segundo escalón

- Codeína
- Tramadol

Tramadol

- Es un agonista puro, es decir, tiene afinidad por los receptores “Y” y la máxima actividad intrínseca; por lo tanto, tiene gran perfil analgésico y no tiene techo. Tiene una eficacia dosis dependiente. Su potencia es entre la codeína y la morfina. Produce poca tolerancia, dependencia y adicción psicológica.

Además de su acción sobre los receptores opioides, también inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. (le da interés en el dolor neuropático)

Se utiliza también en dolor nociceptivo moderado.

- Sus efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, vértigos, somnolencia, fatiga, sudoración, vómitos, sequedad de boca e hipotensión postural. Produce menos estreñimiento y depresión respiratoria que la morfina. Las náuseas se presentan con menos frecuencia (3%) que en los morfínicos aunque más por la vía IV.(21%)

Tramadol

- Puede incrementar el riesgo de convulsiones tres veces, pero no producirlas salvo a dosis altísimas.
- Esta contraindicado junto con inhibidores de la MAO.(selegina (Plurimen), tranilcipromina (Parnate).
- Debe ser utilizado con precaución junto con inhibidores de la recaptación de la serotonina por riesgo de síndrome serotoninérgico (Fluoxetina, sertralina, paroxetina y venlafaxina.)

Tramadol

- En caso de sobredosis, presenta una toxicidad neurológica importante, como convulsiones, coma, depresión respiratoria; sin embargo, la toxicidad cardio-respiratoria es leve.

Puede aparecer también en casos de función renal alterada.

- Se tratará con Naloxona, con dosis bajas, repetidas, para evitar los efectos de rebote que incluyen dolor, hipertensión y taquicardia.

Tramadol

- **Cápsulas de 50 mg.** De liberación inmediata. Cada 6 horas.
- **Cápsulas y comprimidos de liberación retardada** de 50, 100, 150, 200, 300 y 400. Cada 12 horas.
- **Gotas** :Cada gota lleva 2,5 mg.
- -Cada pulsación equivale a 12,5 mg (5 gotas) .**Dos,25 mg.** Dosis ya eficaz cada 6 horas.
- - Puede mezclarse con líquidos.
- - Pueden utilizarse como rescate en el dolor episódico o incidental, llevando como base el tramadol retardado.
- -También como comienzo en la titulación.
- **Tramadol. Parenteral. Ampollas** Puede aplicarse por vía intramuscular, intravenosa y subcutánea. 100 mg.



Tercer escalón

Morfina
Fentanilo
Metadona
Oxicodona
Buprenorfina



Morfina

Morfina.

Usos:

- Dolor.
- Disnea.
- Tos.
- Diarrea.

Efectos secundarios:

- Estreñimiento.
- Náuseas y vómitos.
- Astenia.
- Sudoración.
- Confusión con obnubilación.(Inicio del Tº)
- Retención urinaria.



Morfina

- La forma oral soluble y la forma oral sólida de liberación **inmediata** (Sevredol), presentan una vida media de 4 horas y solución acuosa de morfina (Oramorph)
- La forma de **liberación controlada** (MST continus) tiene una vida media de alrededor de 12 horas.
- Morfina parenteral (cloruro mórfico)

Indicaciones:

- Dolor intenso que precisa opioides.
- **Titulación de dosis** al inicio del tratamiento con morfina.
- **Tratamiento de rescate** en casos de episodios de dolor aislado durante el tratamiento con morfina de liberación controlada.
Dosis extra o de rescate (DE). Suele ser la equivalente a 1/6 de la dosis total diaria. Ej.: MST 60mg. La DR es de Sevredol 10 mg.
- En paciente con **dificultades de la deglución**. Los comprimidos pueden disolverse machacándolos con agua. La MST nunca debe fraccionarse.

Forma oral de liberación inmediata

Morfina

Presentaciones:

- Comprimidos de 10 mg.(azul) y de 20 mg.(rosa). Sevredol:
Pueden fraccionarse y diluirse en la boca.
Dosis inicial: 5-10 mg/4 h/VO.
Es posible doblar la dosis nocturna para no despertar al paciente.
- Forma oral soluble: morfina sulfato. ORAMORPH. Con varias presentaciones:

ORAMORH viales monodosis: 10 mg/ml (envase de 30 viales)
30mg/ml (envase de 30 viales)

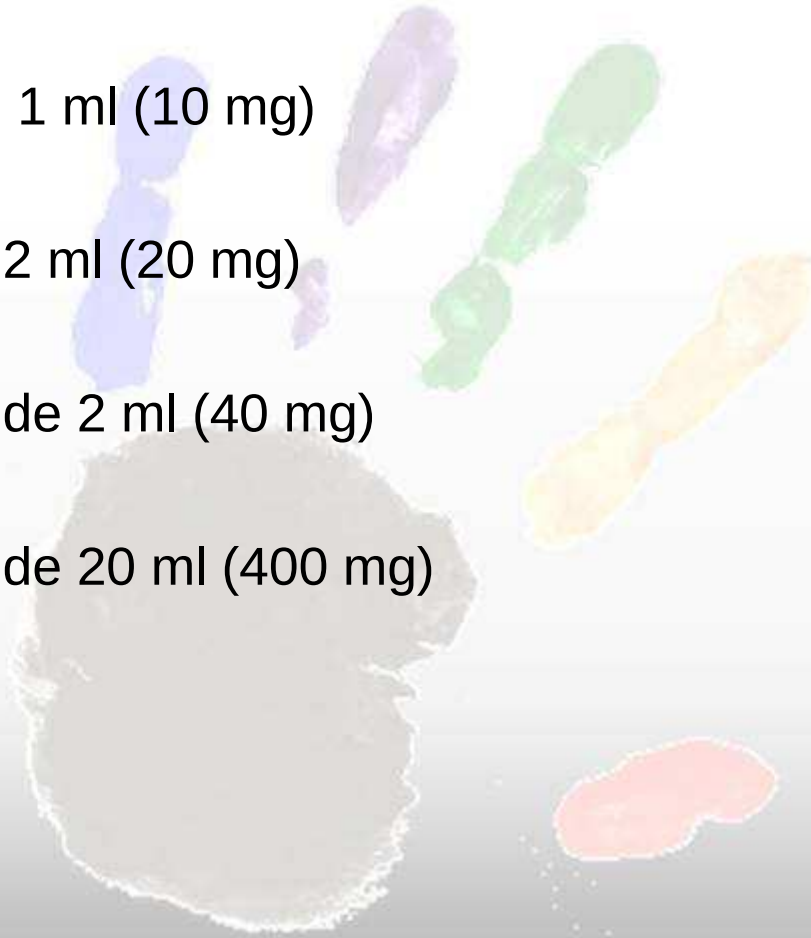
1. Solución oral en frasco: 2 mg/ ml. Gotas.
2. Solución oral concentrada en frasco: 20mg/ ml.

Gotas (4 gotas=5 mg. morfina)

Morfina oral sólida de liberación controlada MST continus

- Indicaciones: tratamiento prolongado del dolor crónico intenso que requiera opioides.
- Presentaciones: comprimidos de 10, 30, 60, 100 y 200 mg.
- Formas pediátricas de 5 y 15 mg.
- Administración: cada 12 horas (a veces, cada 8 horas)
- Los comprimidos han de tragarse enteros sin masticar. Pueden abrirse las cápsulas de Skenan o el Unicontinus.

Morfina. Forma parenteral: Cloruro mórfico

- Ampollas al 1%. 1 ml (10 mg)
 - Ampollas al 1%. 2 ml (20 mg)
 - Ampollas al 2% de 2 ml (40 mg)
 - Ampollas al 2% de 20 ml (400 mg)
- 
- A large, faint, stylized fingerprint graphic is centered in the background of the slide. The fingerprint is composed of several colored ink smudges: a large grey smudge for the palm, and smaller smudges in blue, purple, green, yellow, and red for the fingers.

Morfina. Equivalencias.

Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

- ❑ Vía oral a vía rectal, la relación es 1:1.
- ❑ Vía oral a vía subcutánea, la relación es 2:1
- ❑ Vía oral a vía endovenosa, la relación es 3:1

Esquema

- ❑ Morfina oral o rectal 3
- ❑ Morfina subcutánea 2
- ❑ Morfina endovenosa 1

Efectos secundarios de alarma de toxicidad opioide

- Mioclonias multifocales.
- Delirium.
- Somnolencia persistente.
- Diaforesis profusa.
- Náuseas y vómitos persistentes (no explicables por otra causa)

Han de explorarse periódicamente ya que indicarán el “techo para el uso de la morfina”

La insuficiencia renal de cualquier etiología (por ej. la deshidratación), es el factor de riesgo más importante de aparición de toxicidad por morfina.

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 con cáncer le han prescrito morfina, quiere decir que está muriéndose”
 - “Es una especie de muerto que vive”
 - “La morfina provoca euforia”
- “La tolerancia se desarrolla rápidamente, y al final ya no será efectiva”
 - “La morfina provoca depresión respiratoria.”



Fentanilo

Durogesic. Matrifen. Fendivia.

Fentanilo

- Opioide de síntesis que se comporta como agonista puro y con una potencia analgésica unas 80-100 veces superior a la morfina.
- No debe usarse en pacientes que necesiten un ajuste rápido de analgesia (en su forma de liberación transdérmica), ya que tiene una vida media muy larga. Su uso se reduce al control del dolor crónico intenso en pacientes sintomáticamente estables.

Fentanilo. Formas de presentación.

- Fentanilo parenteral (Fentanest)
- Fentanilo TTS (Durogesic)
- Fentanilo transmucosa oral (Actiq)

Fentanilo TTS.

- Está disponible en parches de 12, 25, 50, 75 y 100 microgramos/hora.
- Los parches van liberando fentanilo de forma continuada durante tres días.
- Se tardan 10 a 15 horas en alcanzar el nivel de analgesia y si quitáramos el parche, aún se seguirá liberando fentanilo durante 17 horas más.
- Hay personas, un 14 %, que experimentan dolor antes de los tres días y precisan cambiar el parche cada 2 días.
- Hay que explicar detalladamente al paciente y a la familia su forma de uso así como los posibles efectos secundarios.

Fentanilo TTS.

- Debe usarse con precaución en personas que pesen menos de 50 Kg.(caquéticos)
- Contraindicado en hipersensibilidad al medicamento o a los componentes del parche. Embarazo. Niños menores de 12 años. Niños menores de 18 años que pesen menos de 50 Kg.
- La zona de aplicación del parche debe cambiarse de forma rotatoria en cada aplicación.
- Un aumento de la temperatura (fiebre, mantas eléctricas, exposición solar...) aumenta la absorción de FNTL TTS:
- La sudoración profusa puede hacer que se despegue el parche el cual puede reforzarse con esparadrapo alrededor.
- Indicaciones: disfagia, odinofagia. Problemas del tránsito gastrointestinal, ya que produce menos estreñimiento que la morfina. Mala analgesia con medicación por vía oral.

Fentanilo TTS.

Dosificación.

- Pacientes sin tratamiento previo con morfina: Iniciar tratamiento con el parche de 12-25 microgramos/hora y administrar morfina de liberación rápida (Sevredol) cada 4 horas, hasta conseguir la analgesia (1 ó 2 días). Si no se consigue en 3 días, aumentar la dosis del parche.
- Pacientes que tomaban otros opioides potentes: Calcular la dosis equianalgésica de morfina y luego hacer la conversión.

Fentanilo TTS. Dosificación.

- Parche de fentanilo “25” → Morfina oral 90 mg/día
- Parche de fentanilo “50” → Morfina oral 180 mg/día
- Parche de fentanilo “75” → Morfina oral 270 mg/día
- Parche de fentanilo “100” → Morfina oral 360 mg/día

Fentanilo transmucosa oral

Actiq

- Está indicado en el tratamiento del dolor incidental.
- No existe una regla clara para su dosificación por lo que se recomienda iniciar con sticks de 200-400 microgr.
-
- Si no se logra la analgesia, se puede repetir a los 10 minutos y recomendar el uso de la dosificación que ha calmado el dolor.
- El efecto analgésico se obtiene en 5-10 minutos.
- En caso de boca seca se recomienda humedecerla con un sorbo de agua.
- Debe consumirse todo el producto en cada toma.

OTROS OPIOIDES

- 
- Metadona
 - Buprenorfina
 - Oxycodona

Oxicodona

- Oxycontin comp.: 10, 20, 40 y 80 mg. (forma retardada)
- Oxynorm caps.: 5 mg, 10 y 20 mg. (forma rápida)
- **Oxynorm concentrado solución oral: 10 mg/ml** (envase de 30 ml):
0,5 ml = 5 mg oxynorm (equivale a 10 mg de morfina)



Coadyuvantes analgésicos



Coadyuvantes analgésicos

Fármacos que su indicación primaria no es como analgésicos, pero son de gran ayuda asociados a opioides, AINES o el paracetamol.

Algunos pueden ser fármacos de primera elección en el tratamiento del dolor ,por ejemplo: en dolor de tipo neuropático.

A veces, su uso puede hacer reducir la dosis de opiáceos pudiendo disminuir los efectos 2º de estos y potenciando su analgesia.

Coadyuvantes analgésicos



- Corticoides.
- Antidepresivos.
- Anticonvulsivantes.
- Fenotiacinas.
- Psicoestimulantes
- Anestésicos locales.
- Agonistas GABA.
- Bifosfonatos.
- Benzodiacepinas.



Antidepresivos

Podrán ser utilizados con diferentes finalidades:

1. En 1ª línea en el dolor neuropático.
2. Coadyuvantes junto a los opioides, potenciando la analgesia.
3. En el tratamiento del síndrome depresivo frecuentemente asociado a estos procesos .

La dosificación ha de ser distinta.



Antidepresivos

- Los tricíclicos (amitriptilina. **Tryptizol**) son mal tolerados a dosis altas. Se utilizan más como coadyuvante, a dosis bajas, en toma nocturna, junto a morfícos.
- La fluoxetina, citalopram, sertralina o paroxetina no han demostrado su acción analgésica pero son bien tolerados como antidepresivos.
- La **venlafaxina** (Vandral R., Dobupal : 75mg/ 24h) o **Duloxetina** (Cymbalta, Xeristar: 30mg/12h) poseen efecto antineuropático a las mismas dosis que ejercen acción antidepresiva.



Neurolépticos o Antipsicóticos

Los de 2ª generación (**Olanzapina**: Zypresa) puede aumentar el efecto analgésico de los opiáceos y mejorar la ansiedad que acompaña al dolor crónico. Sería útil en los casos de delirio o agitación.

Algunos aumentan el apetito .



Anticonvulsivantes

- Son fármacos de primera línea en casos de dolor neuropático.
- Los de uso más frecuente son **gabapentina**(neurontin), **pregabalina** (Lyrica), lamotrigina, oxcarbacepina y topiramato.
- Los más tradicionales (carbamacepina. Tegretol) tienen más interacciones medicamentosas.
- Su efecto secundario más importante es la somnolencia .



Gabapentina. (Neurontín)

- Fármaco de primera elección en cualquier dolor de tipo neuropático.
- Tiene un amplio margen terapéutico y escasa toxicidad.
- Efecto ahorrador de opioides.
- Monitorizar la dosis en cada enfermo.

- Dosis: de inicio 300 mg/dosis única nocturna.
- Ir aumentando 300 mg. Cada 2 ó 3 días, en 3 tomas.
- Dosis máxima: 3600 mg/día.
- Dosis habitual: 1200-2400 mg/día.(600-800 mg/8 horas)

- Efectos secundarios: somnolencia, inestabilidad. Aumentan a partir de los 1800 mg/día.



Corticoides

- Aumentan el apetito.
- Aumentan la sensación de bienestar.
- Indicaciones:
 - -Dolor neuropático por compresión o infiltración nerviosa.
 - -Cefalea por hipertensión craneal.
 - -Compresión medular.
 - - Dolor nociceptivo de cualquier etiología.
 - - Dolores óseos, hepatomegalia, linfedema.....
 - - Fiebre y sudoración.
 - - Síndrome de vena cava superior.



Fortecortin

- Es el corticoide de elección por su alta potencia, vida media larga y escaso efecto mineralcorticoide.
- Vías: oral, subcutánea o endovenoso.
- Efectos adversos:
 - toxicidad aguda: hiperglucemia, HTA, alteraciones neuropsiquiátricas...),
 - a largo plazo (Cushing iatrógeno, alteraciones en la piel y tejido conectivo.
 - Osteoporosis, miopatía proximal, inmunosupresión, candidiasis
 - Insomnio (pautarlos siempre por la mañana y al mediodía)
- Formas de presentación: Fortecortin comprimidos de 1 mg., ampollas de 4 mg. y de 40 mg.



Fenotiacinas (Largactil)

- Fármaco utilizado como antiemético, sedante nocturno, en el dolor por tenesmo rectal y en el hipo.
- Efectos secundarios: anticolinérgicos, extrapiramidales, y somnolencia.
- Comprimidos de 25mg.y 100 mg.
- Gotas: una gota=1 mg.
- Ampollas de 25 mg.
- Siempre empezar por dosis bajas y nocturnas.



Otros fármacos coadyuvantes analgésicos:

- Benzodiacepinas: Controlan la ansiedad y el sueño.
- Psicoestimulantes: anfetaminas, cafeína o metilfenidato. Facilitan el efecto analgésico de los opioides. Controlan la fatiga y el cansancio.
- Baclofen: neuralgia del trigémino.
- Capsaicina: dolor neuropático aplicado localmente. Dolor postmastectomía.



Dolor en el anciano

El dolor de cualquier tipo, en el anciano, por sus características inherentes, tiene un especial riesgo y es ser menos reconocido y peor valorado.



www.shutterstock.com · 1580140

Ellos tienen una mayor dificultad para comunicar su dolor ya sea por deterioro cognitivo, depresión, trastornos sensitivos, afasias etc. Tienen miedo de molestar, respetan ,a veces en exceso, al personal sanitario, tienen miedo a la dependencia.

Dolor en el anciano

- Suelen tener otras alteraciones diferentes a la enfermedad principal y que producen también dolor.
- Hay gran prevalencia de dolor crónico, “dolor maligno”, con mayor agotamiento del paciente, familia y del mismo personal sanitario, requiriendo un abordaje diferente, a largo plazo, necesidad de dosis mayores de fármacos y de medidas no farmacológicas de vital importancia para su control.

Dolor en el anciano

- Tienen formas de presentación atípicas, en forma de síndromes geriátricos como el síndrome de inmovilidad, trastornos neuropsiquiátricos como depresión, ansiedad, insomnio, trastornos de conducta...alterandose tanto su presencia, como su valoración y por supuesto su tratamiento.



Medidas no farmacológicas en el tratamiento del dolor

- Relajación.Meditación.
 - Musicoterapia
 - Hipnosis.
 - Fisioterapia: función respiratoria, analgesia, autonomía y relajación.
T.E.N.(estimulación nerviosa percutánea)
 - Acupuntura.
 - Terapia ocupacional.
 - Psicoterapia.
- 

“Estimo que... está muy claro que el oficio de médico no solo consiste en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades; y no solo cuando ese alivio del dolor conduce a la recuperación, sino también cuando, habiéndose disipado toda esperanza de recuperación, solo sirve para que el paso a la otra vida resulte fácil y justo”

Francis Bacon.

