1. OBJETIVO:

Establecer un proceso ordenado y secuencial para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes que experimenten dolor crónico.

2. ALCANCE:

Esta guía debe ser aplicada en la Clínica Sagrado Corazón y debe ser conocida por el personal asistencial que participe en la atención directa a pacientes que oncológicos.

3. DEFINICIONES

DOLOR: De acuerdo con la IASP (International Association for the Study of Pain) el dolor se define como una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada o no con lesión tisular presente o potencial o descrita con las manifestaciones propias de tal agresión. La definición hace énfasis en el carácter personal y emocional de la experiencia dolorosa lo cual implica que no todos percibirán el dolor de la misma manera, ni reaccionarán igual frente a un estímulo doloroso de igual magnitud.

DOLOR CRÓNICO: Se define al dolor presente durante más de 3 meses. Este tipo de dolor no siempre tiene el propósito de alertar sobre daño tisular o proteger al individuo (ejemplo: dolor por miembro fantasma o dolor por artrosis). En algunas ocasiones constituye una verdadera enfermedad y como tal requerirá tratamiento prolongado.

4. CONDICIONES GENERALES:

Buscar el alivio del dolor agudo y crónico ha sido una preocupación milenaria y nuestros predecesores han utilizado muchas técnicas para tratar de mitigarlo pasando por diferentes medios físicos, mítico-religiosos, botánicos y últimamente químico-farmacéuticos.

La medicina occidental tiene su mayor fortaleza terapéutica en la intervención directa sobre los estados mórbidos que producen las principales quejas de los pacientes. Este tipo de intervención tradicionalmente fue de dos tipos: médica o quirúrgica. Conforme fue avanzando el conocimiento sobre la fisiopatología de diversas enfermedades y la capacidad tecnológica, diagnóstica, farmacéutica y quirúrgica, se ofrecen a los paciente una gama de alternativas para el alivio del dolor; no obstante a pesar de todo este gran conocimiento hoy se siguen teniendo dificultades para el tratamiento de algunas patologías medico quirúrgicas de conocimiento milenario para la medicina.

En el caso del alivio del dolor, hoy igual que hace casi un siglo atrás, se cuenta con un arsenal terapéutico que incluye analgésicos opioides, analgésicos no opioides, medios físicos y medicina alternativa. Las principales variaciones se han dado en la cantidad de opciones terapéuticas para cada grupo farmacológico, sus usos, aplicaciones, indicaciones, contraindicaciones, precauciones y el conocimiento sobre cada una de ellas.

5. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR:

Clínicamente se pueden diferenciar tres clases de dolor: somático, visceral y Neuropático. Hacer esta diferenciación clínica puede llevar a diagnosticar la causa del dolor, o a preferir algún manejo analgésico sobre otro.

5.1 *Dolor Somático:*
Es tal vez, una de las fuentes más frecuentes de dolor y da cuenta de la afección del sistema musculoesquelético, la piel, el tejido conectivo y las serosas parietales. Clínicamente es fácil de reconocer; el paciente casi siempre puede ubicar con un solo dedo la localización precisa de su dolor y su intensidad. Una leve presión sobre el área afectada o movilización de la estructura afectada reproducirá exactamente la queja del paciente y éste se exacerba con el movimiento o con la descarga de peso sobre la zona lesionada.
Los pacientes pueden experimentar dolor somático como consecuencia de la liberación de mediadores proinflamatorios que causan estimulación de receptores nociceptivos periféricos. Otras fuentes de dolor somático pueden ser el dolor producido por fracturas óseas, lesiones del sistema músculo-tendinoso, enfermedades inflamatorias, espasmos musculares sobre un área de daño tisular o dolor postoperatorio, entre otros.

5.2 *Dolor Visceral:*
El dolor visceral incluye vías aferentes a la médula espinal diferentes a aquellas envueltas en la percepción del dolor somático y sus receptores nociceptivos podrían ser diferentes. Da cuenta de aquel dolor producido en las cavidades abdominal, pélvica y torácica. Clínicamente es un dolor que no puede ubicarse con facilidad, el paciente no puede localizar su punto exacto de dolor con sólo un dedo y, en cambio, señala una zona amplia de dolor utilizando varios dedos, o la palma de la mano abierta. En ocasiones, a nivel espinal pueden converger las vías nociceptivas viscerales y somáticas, dando lugar al fenómeno conocido como convergencia viscerosomática, que explica por qué los pacientes con dolor visceral pueden experimentar dolor referido a localizaciones somáticas. Ejemplo de lo anterior, es el paciente que experimenta dolor en escápula y hombro derecho en el curso de una colecistitis aguda; o el paciente que experimenta dolor escrotal durante una urolitiasis.

5.3 *Dolor Neuropático:*
Un tercer tipo de dolor es el dolor neuropático. La IASP (International Association for the study of Pain), define el dolor neuropático como aquel que se produce como consecuencia de la lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico. Clínicamente es un dolor de intensidad variable, que típicamente se presenta de manera intermitente, o tiene un componente continuo con exacerbaciones intermitentes; el paciente lo describe como: “ardoroso”, “lancinante”, “quemante”, “pinchazos”, “picaduras”, “corrientazo”, “frío intenso”, “agujas”. Usualmente, sigue la distribución de un nervio periférico o de una metámera, excepto en los casos de neuropatías periféricas (que se presentan en pacientes diabéticos, pacientes con neuropatías periféricas idiopáticas o luego de la administración de algunos agentes quimioterapéuticos).

Clínicamente, se encuentran signos de sensibilidad alterada en el área dolorosa como:

Alodinia: un estímulo usualmente no doloroso como el roce de la piel con una brocha o algodón se percibe como doloroso.

Hiperalgesia: un estímulo doloroso como un pinchazo suave con un objeto puntiagudo genera dolor intenso o se percibe como más doloroso en la región afectada.

Hiperpatía: un estímulo doloroso o no que se repite en el tiempo, se percibe cada vez con mayor intensidad y puede alcanzar a percibirse como doloroso. Se explora realizando una percusión suave y repetida en el área sospechosa y será positiva si el paciente la percibe en aumento o la percibe como dolorosa en el tiempo (usualmente luego de algunos segundos).

En la valoración puede encontrarse también hipoestesia o anestesia del área dolorosa, así como alteración motora del territorio nervioso comprometido que varía desde una paresia leve, hasta una parálisis franca con atrofia muscular.

6. CONDICIONES ESPECIFICAS:

Para el manejo del dolor crónico debe hacerse el diagnóstico del tipo de dolor que experimenta el paciente (somático, visceral, neuropático o mixto), lo cual ayudará a realizar el diagnóstico apropiado y a escoger el tratamiento correcto.

6.1 TRATAMIENTO MEDICO

6.1.1 Manejo del dolor somático y visceral:

- Se pueden utilizar antinflamatorios no esteroideos (AINEs) si no existe contraindicación (paciente con antecedente de sangrado GI, anticoagulación, hipovolemia, disfunción renal, fenómenos alérgicos, etc.) en caso de tener una crisis de agudización de su dolor crónico o que se documente la inflamación crónica como se ve en la artritis reumatoidea o espondilitis anquilosante, o usar un opioide débil como el tramadol.

- En pacientes con dolor de origen visceral pudiera resultar de particular ayuda el uso de la dipirona. Cuando se utilicen estos medicamentos en un servicio de urgencias es porque el paciente experimenta dolor de suficiente magnitud como para buscar un alivio rápido y eficaz.

- Al diluir estos medicamentos en los líquidos que recibe el paciente (usualmente dextrosa en agua destilada o solución salina normal), se disminuye la magnitud de algunos efectos adversos como los cambios vasomotores asociados al uso de la dipirona, vómito inducido por tramadol, etc. Sin embargo, en muchas ocasiones el paciente con dolor debe esperar a recibir todo el contenido del suero para tener alivio a su dolor, lo cual podría tardar horas. Si estos medicamentos se van a administrar diluidos, sería deseable pasar la mezcla total por vía IV en un período inferior a 15 ó 20 minutos. La ruta intramuscular puede resultar impredecible y dolorosa en algunas ocasiones y por lo tanto no necesariamente debe considerarse la primera opción.

- Si un paciente manifiesta dolor, la solución para su manejo será manejar la causa y usar un analgésico o un antineurálgico (si está indicado).

- El paciente tiene dolor, no está “nervioso”. Por lo tanto se debe tratar con medicamentos analgésicos y no con sedantes. No existe evidencia fuerte que soporte el uso de sedantes y antihistamínicos para el manejo de la crisis de dolor agudo. Esta práctica tiene además el

inconveniente de que puede limitar la cantidad total de medicación opioide que se le pueda administrar al paciente para mejorar su dolor.

- En pacientes con dolor severo, o en quienes no se experimente mejoría con AINEs y opioides débiles, deberá utilizarse la terapia con opioides potentes. Se usa la titulación de rescate con morfina administrando bolos de 0,05 a 0,1 mg/kg de morfina (usualmente de 3 a 6mg por dosis en un adulto sano), puede aplicarse cada 10 minutos hasta lograr una reducción de un 50% en la intensidad del dolor experimentado por el paciente, o hasta evidenciar efectos indeseables (vómito pertinaz, sedación excesiva, etc.). No existe dosis límite para la administración de morfina en este esquema. Si el paciente ha recibido 10 bolos de 3 mg (30 mg en total) de morfina y continúa experimentando dolor sin efectos indeseables, debe continuar recibiendo bolos de morfina. En el servicio de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl se han manejado pacientes que han requerido más de 60 mg de morfina siguiendo el anterior esquema para lograr mitigar su dolor[1].

- Si el paciente ya recibía morfina (caso particular de pacientes con enfermedades reumatológicas o pacientes que experimentan dolor por cáncer), los bolos pueden administrarse utilizando la cuarta parte de la dosis oral por horario. Por ejemplo: paciente en tratamiento analgésico por dolor producido por cáncer gástrico con 20 gotas de morfina, c/4horas y consulta por dolor debe hacerse el siguiente razonamiento: Una gota de morfina al 3% puede tomarse como equivalente a 1,22mg. Por lo tanto, si el paciente recibe 20 gotas, la dosis oral por horario será 24mg. La cuarta parte de dicha dosis será 6mg, por lo cual el paciente pude ser rescatado en el servicio de urgencias con bolos de 6 mg IV ó SC de morfina c/10 min. hasta lograr una reducción de un 50% en la intensidad del dolor o hasta evidenciar algún efecto indeseable. Lo anterior pareciera una diferencia mínima o tal vez despreciable, pero en el caso de un paciente con 120 mg VO de morfina c/4 horas (lo cual no es raro en pacientes con dolor por cáncer), la dosis de rescate estaría alrededor de 30 mg IV de morfina y administrar bolos de 3 mg IV posiblemente no mejoraría la condición del paciente.

- Algunos pacientes reciben tratamiento ambulatorio parenteral o están siendo atendidos por un servicio de atención ambulatorio. Si el paciente está recibiendo morfina parenteral (SC ó IV) la titulación se hace con la mitad de la dosis horario. Ejemplo, paciente con cáncer de esófago que recibe morfina a dosis de 20mg, por catéter subcutáneo c/4 horas. Una vez se evidencia que el dolor es producido por el cáncer y el paciente no tiene otras complicaciones, se podría optar por administrar la mitad de la dosis habitual c/ 10 minutos hasta reducir la intensidad del dolor a un 50% o hasta evidenciar efectos indeseables.

6.1.2 Manejo de dolor neuropático:

- Síndrome doloroso de miembro fantasma, neuralgia postherpética, polineuropatía periférica diabética, dolor asociado a trauma raquimedular, etc., el abordaje es un poco diferente. En estos casos el manejo con AINEs es, en general, poco efectivo, salvo en pacientes con dolor neuropático por compresión (hernia de núcleo pulposo, síndrome de túnel del carpo, etc.).

- La medicación opioide puede ayudar, no obstante se demandan usualmente cantidades un poco mayores y no es raro que se requiera utilizar dosis inusualmente altas del opioide que

[1] Experiencia personal no publicada.

- producen sedación excesiva (si se van a utilizar como único medicamento antineurálgico) por lo que generalmente no se emplean como medicación única en este tipo de paciente.

- Existe gran variedad de medicamentos utilizados con fines antineurálgicos como los antidepresivos, anticonvulsivantes y los anestésicos locales, entre otros, siendo poco prácticos ya que la mayoría son de uso oral, y su efecto analgésico comienza a evidenciarse hasta seis semanas después de su inicio.

- Para mitigar la crisis dolorosa neuropática, se pueden utilizar algunos medicamentos por vía IV como la lidocaína, fenitoína, sulfato de magnesio y la ketamina. Cada uno tiene sus precauciones, contraindicaciones y efectos indeseables, y si se utilizan juntos podrían sumar su potencial arritmogénico y/o sedante.

- La fenitoína y el sulfato de magnesio pueden utilizarse en las dosis habituales como anticonvulsivo y como en obstetricia respectivamente (15mg/kg de fenitoína y 30mg/kg ó 2g total de sulfato de magnesio).

- La lidocaína puede utilizarse en infusión de 3 a 5 mg/kg de peso para pasar en 30 a 60 minutos.

- Otra opción es utilizar una dosis subanestésica de ketamina de 5mg a 10mg (dosis total). No deberá usarse ketamina en pacientes con antecedente de episodio psicótico, y si el paciente presenta agitación o delirium deberá utilizarse una benzodiacepina.

- Usualmente se requiere asociar algún medicamento opioide parenteral (tramadol o morfina) para ayudar a aliviar el dolor. Por su fácil adquisición y perfil de uso, en algunos servicios se prefiere utilizar la lidocaína como primera opción.

- Existen otras técnicas de analgesia utilizando bloqueos somáticos o simpáticos y el uso de catéteres epidurales o intratecales descritos en otros documentos.

7. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:

7.1 INTERVENCIONES GENERALES:

- Brindar educación pertinente y aclarar dudas, acorde al tratamiento instalado al paciente.
- Permitir al paciente y familiar que expresen sus temores y preocupaciones.
- Direccionar con otros especialistas (sicología, trabajo social, siquiatría, etc.) cuando se detecten fallas en el proceso de aceptación de la enfermedad y del tratamiento o de la continuidad del mismo.
- Mantener normas de asepsia y bioseguridad durante todo procedimiento
- Cumplir con las especificaciones definidas para la administración de medicamentos (Ver: Manual para la administración segura de medicamentos).
- Controlar y registrar signos vitales antes, durante y después de la aplicación del tratamiento, informar a quien corresponde variaciones o alteraciones de estos.
- Vigilar tolerancia a la vía oral: ingesta de alimentos, náuseas, vómito (frecuencia, cantidad, características), eliminación urinaria y deposiciones.

- Informar oportunamente al médico, si se presenta reacción adversa al medicamento, reportar y registrar adecuadamente.
- Mantener disponible en el servicio el material necesario para tratar posibles reacciones alérgicas y/o anafilácticas (antídotos, desfibrilador, equipo de reanimación, etc.)
- En caso de dudas sobre el medicamento, solicitar información al químico farmacéutico y seguir sus instrucciones.

7.2 INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL DOLOR

- Identificar la etiología del dolor: Según la clasificación descrita anteriormente.
- Educar al paciente y su familia en la valoración del dolor (utilizando la escala análoga del dolor)
- Describir las características del dolor: intensidad, ubicación, factores agravantes, desencadenantes o mitigantes, cambios en el patrón del dolor, entre otros. Y dejar registro en la historia del paciente.
- Realizar la valoración del dolor: en cada ronda al paciente, en periodos regulares una vez instaurado el tratamiento, cada vez que se presente el dolor, cada vez que soliciten evaluación.
- Educar al paciente y familia sobre el tratamiento instalado, efectos secundarios, signos y síntomas para avisar al personal del servicio.
- Educar al paciente y su familia, y al personal de salud, acerca de los conceptos erróneos que se tienen sobre el uso de los opiáceos.
- Educar al paciente y su familia acerca de las técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor como: relajación muscular, escuchar música, masajes, distracción, lectura, ejercicios pasivos.
- Hacer seguimiento e informar al médico sobre la efectividad en el tratamiento instalado.

8. ACCIONES DE SEGURIDAD

- Verificar la identificación del paciente, durante todo el proceso de atención.
- Brindar información y comunicación permanente, oportuna, clara, concisa y acorde al requerimiento específico del paciente, familia y proceso, en forma verbal y/o escrita.
- Verificar la comprensión del paciente desde antes de la preparación, al ingreso/durante /después del procedimiento.
- Preguntar por antecedentes alérgicos o relevantes que puedan modificar las condiciones de tratamiento.
- Preguntar por resultados de exámenes, si le fueron ordenados, revisar que cumplan con los requisitos para aplicación de medicamentos y en caso de dudas, darlos a conocer al médico para definir conducta.
- Identificar pacientes con riesgo de caídas, realizar valoración mediante escala de Downton, identificar con manilla amarilla, identificar riesgo en tablero de identificación, educar al paciente y su familia sobre las recomendaciones para minimizar el riesgo, entregar ficha para pacientes con riesgo.
- Practicar normas de bioseguridad para la atención.
- Aplicar los correctos para la administración de medicamentos.
- Comparar con los medicamentos despachados por farmacia, confirmando con etiquetas de identificación

- Utilizar los sets, jeringas y guías de administración recomendados por el fabricante
- Verificar la información en las etiquetas del fármaco (fechas de preparación, vigencia, dilución, dosis, etc.)
- Cumplir con las recomendaciones del personal de farmacia, en cuanto al almacenamiento del medicamento mientras se le aplica al paciente.
- Instruir e informar sobre el uso timbres para llamar al personal del servicio, que atiende al paciente.
- Informar oportunamente al especialista en oncología o a la enfermera del servicio, en el caso de presentarse comorbilidades en el paciente.
- Realizar oportunamente los registros pertinentes.

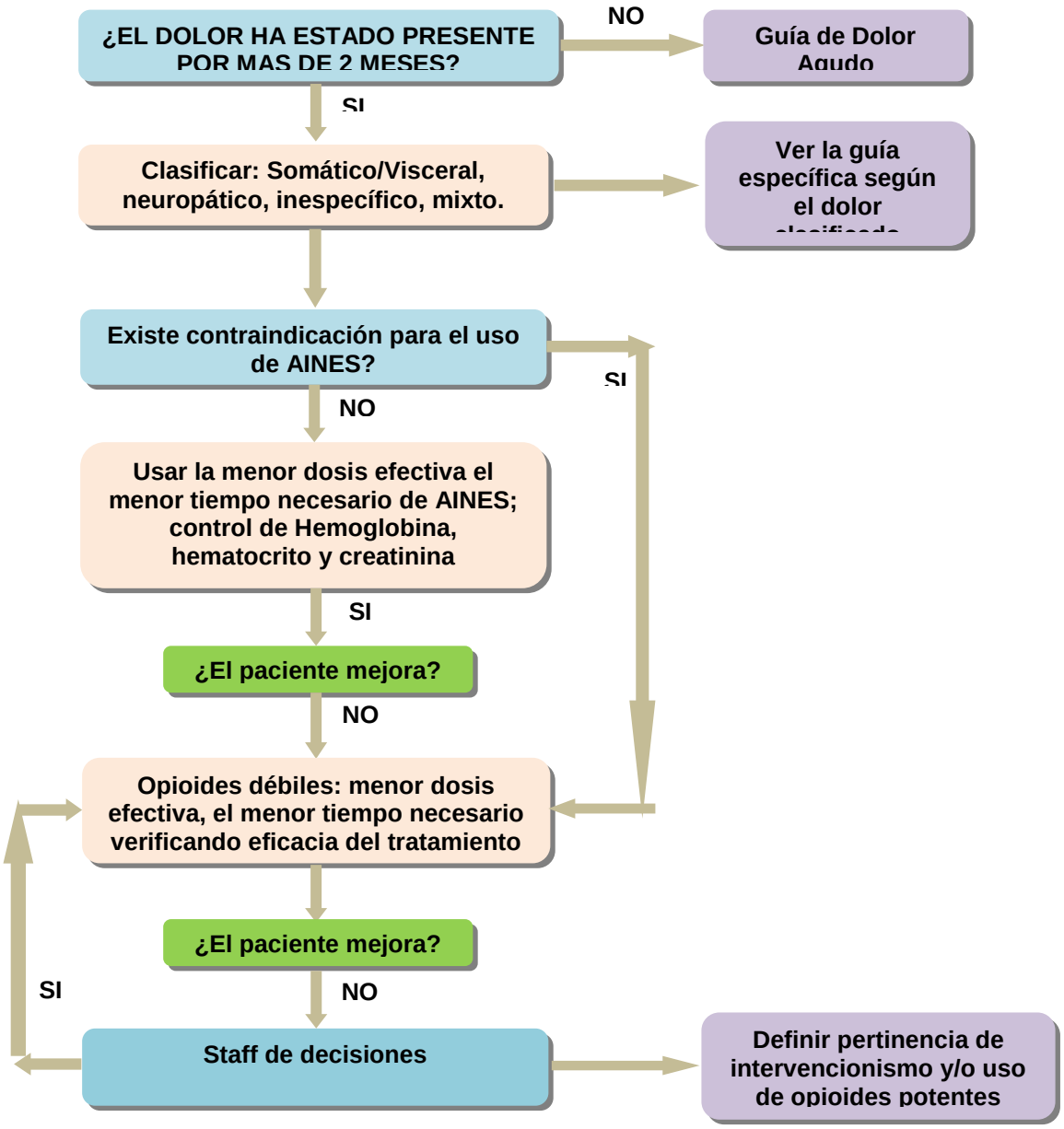
9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Manual de Aislamiento hospitalario (M-HO-M-001)
- Protocolo lavado de manos (M-HO-R-001)
- Manual para la administración segura de medicamentos (A-SF-M-003)

10. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Aubrun F, Monsel S, Langeron O, Coriat P, Riou B: Postoperative titration of intravenous morphine. Eur J Anaesthesiol 2001; 18:159–65.
- Brill S, Sedgwick P, Hamann W, di Vadi P. Efficacy of intravenous magnesium in neuropathic pain. Br J Anaesth 2002; 89: 711±14.
- Cervero F. Sensory innervation of the viscera: peripheral basis of visceral pain. Physiol Rev. 1994; 74: 95 – 138.
- Cervero F; Laird JM. Visceral Pain. Lancet. 1999; 353: 2145 – 2148.
- Expert Working Group of the Research Network of the European Association for Palliative Care. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. British Journal of Cancer (2001) 84(5), 587–593.
- Finnerup N, Otto M, McQuay H, Jensen T, Sindrup S. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. Pain 118 (2005) 289–305.
- Instituto Nacional de Cancerología, Editores. Manejo del Dolor en Pacientes con Cáncer, segunda edición. 2001: 501 – 7.
- McClean G. Intravenous Infusion of Phenitoyn Relieves Neuropathic Pain: A randomized, double-blinded, placebo-controlled, crossover study. Anesth Analg 1999; 89:985–8.
- Merksey, H; Bogduk, N. Classification of chronic pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Seattle, Wash: IASP Press: 1994.

11. ALGORITMO PARA EL ENFOQUE DEL PACIENTE CON DOLOR CRONICO



12. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Abril 2015	Creación del documento	Juliana Serna Especialista cuidado paliativo y del dolor	Dirección médica	Comité tecnicientifico