

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD
CENTRO DE SALUD "DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

88

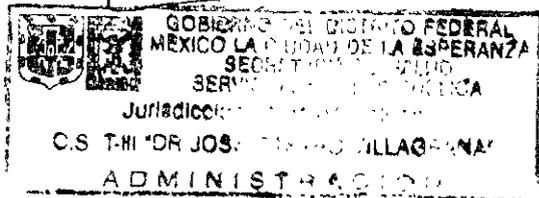
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
EN MEDICINA FAMILIAR

T R A B A J O

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

HERLINDA MORALES LOPEZ



MEXICO, D. F.

AGOSTO 1997



2-007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AUTORIZACIONES

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

Dra. Ma. del Rocío Noriega Garibay
COORDINADORA DOCENTE DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN MEDICINA FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Herlinda Morales López

~~Dr. Eduardo González Quintanilla~~

~~TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN EL CENTRO DE SALUD
" DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA "~~



ASESOR

DR.ARNULFO IRIGOYEN CORIA

CON AMOR:

PARA EMMANUEL

A MIS PADRES Y HERMANOS

CON GRATITUD Y RESPETO:

A LOS ENFERMOS CON DOLOR

INDICE

I.- Marco teórico.	1
II.- Concepto cuidados paliativos	2
a) Objetivos operacionales	3
b) Niveles de atención	3
c) Objetivo terapéutico	3
d) Definición de la enfermedad terminal	4
III.- Planteamiento del problema	4
IV.- Justificación	5
a) ¿Porqué incorporar al médico de familia en el manejo del dolor y cuidados paliativos?	5
b) ¿Porqué la atención primaria en el manejo del dolor y cuidados paliativos?	5
c) Ventajas	7
V.- Objetivos	7
VI.- Metodología	7
VII.- Consideraciones éticas	8
VIII.- Dolor y su tratamiento en Atención Primaria	8
a) Clasificación del dolor	10
– Dolor somático	10
– Dolor visceral	10
– Dolor neuropático	10
IX.- Síndromes dolorosos en pacientes con cáncer	11
– Dolor coexistente por invasión tumoral directa	11
– Infiltración tumoral	11
– Dolor relacionado con la terapéutica del cáncer	11
– Dolor no relacionado con el cáncer o su terapéutica	11
X.- Síndromes dolorosos en pacientes con SIDA.	13
– Dolor relacionado a VIH/SIDA	13
– Dolor relacionado a la terapia del VIH/SIDA	13
– Dolor no relacionado con la terapéutica	13
XI.- Neuropatías encontradas en pacientes infectados con el VIH-SIDA	14
– Neuropatía sensitiva	14

– Mediadores inmunes	14
– Infecciosas	14
– Tóxico nutricionales	14
– Otras condiciones médicas	
XII.- Ejes para el estudio del dolor	15
XIII.- Valoración del dolor	15
– Escalas de medición	16
– Tipos de escalas	16
• Escala visual análoga	16
• Escala frutal análoga	16
• Escala del dolor	17
• Escala objetiva del dolor	17
• Cuestionario de McGill	17
• Cuestionario de Wisconsin	18
XIV.- Tratamiento del dolor	18
– Escala analgésica	19
– Recomendaciones para el uso de AINES	20
a) AINES por vía tópica	20
b) Otros medicamentos de uso tópico para el control del dolor	20
– Analgésicos opiáceos	21
– Recomendaciones para el uso de analgésicos opiáceos	22
XV.- Manejos alternativos del dolor	23
– Radioterapia	23
– Quimioterapia	23
– Cirugía	23
– Tratamiento invasivo	23
– Bloqueo diagnóstico	24
– Bloqueo pronóstico	24
– Bloqueo profiláctico	24
– Bloqueo terapéutico	24
XVI.- La medicina paliativa y el médico familiar	25
XVII.- ¿Qué es la calidad de vida?	25
– Componentes de la calidad de vida	25

XVIII.- Perfil del médico familiar	26
– Funciones del médico familiar	26
– Papel del médico de familia en la atención del enfermo con cáncer	26
– ¿Por qué se deben hacer visitas a domicilio?	28
– Medidas para garantizar la asistencia paliativa	29
– Grupos de apoyo	29

XIX.- Terapias alternativas para el control del dolor	31
---	----

XX.- El duelo	32
---------------	----

XXI.- Conclusiones	33
--------------------	----

XXII.- Referencias Bibliográficas	34
-----------------------------------	----

XXIII.- Apéndices

Apéndice I

Tabla I	Analgésicos no opiáceos
Tabla II	Analgésicos opiáceos
Tabla III	Coadyuvantes

Apéndice 2

Escala visual análoga
Escala frutal análoga
Cuestionario McGill modificado
Cuestionario Wisconsin
Escala de caritas

MARCO TEÓRICO

Al comenzar el presente siglo, William Osler profesor de medicina de la universidad de Oxford, fue el primero en escribir sobre los cuidados paliativos.⁽¹⁾ El público al igual que los médicos, a menudo asociaban las etapas terminales con un gran sufrimiento, creencia que Osler trató de modificar. Poco se escribió sobre este tema hasta que en 1940, Ryle de la universidad de Cambridge, repetía las frases de Bacon y Wordsworth: "Morir es tan natural como nacer" y "Para la gran mayoría, el nacimiento como su muerte son un sueño y un suspiro". Osler afirmaba, que quienes se encontraban en las etapas terminales de algunas patologías o sufrían intensos dolores, eran testigos de la escasa capacidad resolutoria por parte de los médicos, ya que no contaban con los conocimientos necesarios para atender a un paciente moribundo. Gavey, estableció la dificultad para escribir sobre este tema tabú, promoviendo en mayor interés por investigar la forma de atender a los pacientes que cursan las etapas finales de alguna enfermedad, y la mejor manera de enfrentar a la muerte por parte del personal médico. A pesar de estos intentos, la actitud de indiferencia con relación a la muerte, prevaleció hasta después de la segunda mitad del siglo XX.

A principios de los años sesentas, tres figuras importantes de la medicina, reconocieron la carencia de atención paliativa proporcionada a las personas en etapas terminales.

Dame Cicely Saunders, en 1967 abrió el albergue **St. Christopher** en Londres, identificando que los pacientes de los hospitales en etapa terminal, eran moribundos que presentaban intensos dolores.

1,3,4

La segunda figura, el profesor Erick Wilkes, fundador del albergue St Luke en Sheffield, encontró que la gente moribunda de la comunidad no recibía una atención integral. Finalmente, la psiquiatra norteamericana nacida en Suiza, Elizabeth Kübler-Ross, conceptualizó en 1969 las etapas psicológicas por las que atraviesan las personas al enterarse que pronto morirán.

Los tres proporcionaron avances significativos al manejo del paciente terminal. Tuvieron el apoyo de la sociedad nacional para el control del cáncer (National Society for Cancer Relief), y la fundación Sue Ryder (Sue Ryder Foundation).

Durante el comienzo de la década de los setentas, emergieron entre los profesionales de la salud tres grupos aislados que trataban la misma población de enfermos.

- 1.- Los especialistas en dolor que nacen de la anestesiología, forman la asociación internacional para el estudio del dolor.
- 2.- Los oncólogos se interesaron en los llamados *cuidados de soporte* iniciando el tratamiento para estos pacientes. Fundan la Asociación Americana de Oncología Clínica.
- 3.- Los médicos especializados en medicina familiar, medicina interna comienzan a interesarse en el desarrollo del movimiento *Hospice*, en el Reino Unido. Estos grupos se reunían cada dos años en Montreal, en el congreso internacional para el cuidado del paciente terminal. Aunque se desarrollaron en forma aislada, su objetivo común era el tratamiento de pacientes con características similares, situación que converge, hacia la década de los ochentas, en una disciplina común: La medicina paliativa.⁽²⁾ Su desarrollo se basa en los cuidados practicados en los hospices ingleses. La palabra *hospice* deriva de hospes, que significa huésped, bienvenida al extranjero.⁽⁴⁾

En los últimos veinte años la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha prestado especial atención al tratamiento del dolor oncológico, difundiendo instrumentos como la escalera analgésica.

Desde 1990 esta organización edita un documento en el que se establecen las recomendaciones para la atención de calidad a los pacientes en fase terminal.⁽¹⁾

II.- CONCEPTO CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos son la atención integral a las personas con enfermedad en fase terminal. Es una atención basada en la concepción integral de las personas y por tanto, en el modelo biopsicosocial, que contempla la atención del paciente moribundo y su familia.¹

Se ocupa del estudio y manejo de pacientes con enfermedad activa, progresiva y avanzada; para quienes el pronóstico de vida es limitado y el foco de atención es la calidad de vida. Comprende los tratamientos y cuidados médicos, quirúrgicos y psicológicos. Los cuidados paliativos contemplan las estrategias terapéuticas previas, incluso en enfermos que han recibido los tratamientos más sofisticados.⁴

Cuáles son los objetivos de esta disciplina?

Objetivos Operacionales

-) Desarrollar nuevas modalidades de evaluación y tratamiento de pacientes terminales, mediante la investigación clínica.
-) Otorgar tratamiento integral a los casos más severos, mientras que el tratamiento de la mayoría de los pacientes terminales con cáncer y otras enfermedades incurables, debería ser llevado a cabo por el médico de familia, como por el especialista encargado de su tratamiento oncológico. Algunos pacientes presentan complejos sintomáticos extremadamente difíciles de controlar, en este caso es importante el acceso al especialista en medicina paliativa, para controlar el estrés físico y psicosocial.
-) Educar a nivel de pregrado, posgrado y educación médica continua; involucrando a otras disciplinas, tales como, la enfermería, psicología, farmacología, etc.

Con base en estos objetivos, pueden identificarse tres niveles:

Nivel primario: En el cuál se hace un manejo sintomático básico por parte del médico de familia (o general), a nivel de consulta externa y cuidados a domicilio. El nivel docente correspondería a estudiantes de educación media y superior.

Nivel secundario: En el cual existiría la admisión hospitalaria para el tratamiento agudo y crónico por parte de oncólogos y cirujanos, el nivel docente comprendería al pregrado.

Nivel terciario: Comprende básicamente a los especialistas de cuidados paliativos que tratarían los síntomas de difícil manejo, junto con el desarrollo de investigaciones más avanzadas. El nivel docente sería el posgrado.²

Objetivo terapéutico

Lograr el alivio del sufrimiento físico, psíquico y social de los afectados por una enfermedad en fase terminal.¹

¿Qué es una enfermedad en fase terminal?

Es la enfermedad avanzada, activa, progresiva cuyo pronóstico de vida es limitado.^{4,5}

Los elementos que la definen más claramente son:

- Enfermedad diagnosticada histológicamente
- Avanzada, progresiva e incurable
- Sin respuesta a tratamientos específicos
- Los problemas y síntomas que provoca, son multifactoriales y cambiantes
- Provoca gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico

con pronóstico de vida aproximadamente entre tres y seis meses.⁵

En el futuro, los algólogos y especialistas en medicina paliativa, mantendrán áreas exclusivas de su quehacer, pero también es cierto que el manejo del dolor por cáncer, será una área de responsabilidad compartida, en donde habrá intercambio de nuevas terapias, que permitirán el tratamiento de los pacientes en forma integral, lo cual resultará en una mejor práctica de la medicina.²

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es el primer nivel de atención un recurso organizativo de salud que pueda dar respuesta a las necesidades de los pacientes en fase terminal que no son atendidos en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel de atención?

V.- JUSTIFICACIÓN

Un estudio realizado en 1982 reportó que los programas de orientación vocacional existentes, necesitaban ser revisados para que éstos integren la atención del paciente terminal y de este modo, la subsecuente educación para que los médicos mejoren en ésta área sus conocimientos.³ En ese mismo año se reportó que el 64% de los oficiales de internados juveniles del Reino Unido sentían que no habían recibido una adecuada enseñanza de la atención terminal. Esto se confirmó cuando en 1990, se encuestaron a 1.064 oficiales de internados juveniles, revelando que el 75% de ellos nunca habían recibido una orientación para controlar los síntomas dolorosos. Otro estudio

realizado en 1992, a los estudiantes de la escuela de medicina de Nueva Zelanda no mostró una superioridad en las habilidades desarrolladas durante el entrenamiento con respecto a: dichos tópicos: la comunicación con el moribundo y la forma de dar malas noticias.

Estos reportes indican que los estudiantes y médicos siguen estando poco preparados para atender pacientes en fase terminal. La atención paliativa no solo es el control de los síntomas sino es un tema que habla sobre la adecuada comunicación, que es una habilidad fundamental para el desarrollo de la relación médico-paciente. Para mantener y mejorar estas habilidades se hace necesario incorporar estos temas a los currícula, por lo que debería ser una de las prioridades más altas dentro de los planes de estudios de las escuelas de medicina.³

El alivio del sufrimiento es un derecho universalmente reconocido en todo paciente que presenta una enfermedad terminal. Las múltiples necesidades de los pacientes moribundos y sus familiares son frecuentemente ignoradas. Muchos pacientes fallecen en condiciones lamentables y progresivamente son abandonados por los profesionales sanitarios a medida que avanza la enfermedad.

El cuidado de este tipo de pacientes no suele incluirse constar en la oferta asistencial del sistema sanitario, aún cuando aproximadamente entre el 20-30% de los pacientes ingresados en hospitales se encuentran en fase terminal.¹

Por otro lado, la inseguridad de los familiares, y la atención -en muchos casos deficiente- en domicilio generan continuos traslados de estos pacientes a los servicios de urgencia sin que se resuelvan sus problemas.³

Las barreras para un cuidado adecuado son fundamentalmente de tres tipos: **Falta de formación específica, actitudes personales de rechazo a la muerte y desinterés político.** La distancia profesional y científica a las necesidades del médico, paciente y la familia se encuentra en medicina paliativa.^{1,4}

Porqué incorporar al médico familiar en el manejo del dolor y cuidados paliativos?

Sustento de la medicina familiar son: la continuidad de la atención médica, la acción participativa y el estudio de la familia.⁷

La continuidad de la atención médica implica un esquema de seguimiento del proceso salud-enfermedad en los integrantes de una familia, y como consecuencia de esa continuidad se lleva a

o el seguimiento de las enfermedades que afectan a los individuos, las cuales repercuten seriamente en el grupo familiar, lo que permite identificar la necesidad de realizar un diagnóstico integral.

Las acciones anticipatorias se fundamentan en un enfoque de riesgo que contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos o del medio ambiente que les rodea produzcan en conjunto una enfermedad.⁷

La conferencia de Alma-Ata, supuso, además de un impulso de la concepción de salud para os en el año 2000, la potenciación y reorganización del primer nivel de atención.

Los cuidados paliativos están integrados en los fundamentos de la actuación de los médicos familia. La filosofía de la medicina familiar entiende que las actuaciones de los profesionales ven estar encaminadas a mejorar el nivel de salud y bienestar de las personas. Desde la óptica de medicina familiar la relación entre el médico y la persona no se termina con la aparición de una enfermedad incurable y mortal, ni siquiera con la propia muerte del paciente, pues la relación con la familia se mantiene después de este evento.⁸

Porqué el escenario del primer nivel de atención en el manejo del dolor y cuidados paliativos?

La concepción biomédica de la medicina continua influenciando a múltiples estructuras del tema sanitario; esta concepción origina una visión de la organización asistencial centrada en los hospitales, en cuanto a que es en estos donde se realizan avances tecnológicos más llamativos, y por tanto el potencial de una asistencia sanitaria de mayor calidad. Esta visión, limita la incorporación del primer nivel de atención al sistema de cuidado de las personas cuando están afectadas por enfermedades cuyas intervenciones terapéuticas están o se pretende que estén monopolizadas por la atención hospitalaria.⁸

No se trata de competir con estas unidades, sino unificar esfuerzos y optimizar recursos profesionales y, potenciar las ventajas que ofrece el primer nivel de atención.

Ventajas

- a) El primer nivel de atención está fuertemente vinculado en la comunidad, y por tanto, es el nivel de atención más cercano al domicilio.
- b) Es un recurso que ya existe y su actuación puede obviar la necesidad de redes paralelas de atención domiciliaria o de atención al duelo.
- c) Los médicos familiares son médicos especialistas cuya filosofía es congruente con la de los especialistas en cuidados paliativos.
- d) Gran parte de los problemas que representa el ejercicio de los cuidados paliativos pueden resolverse con soluciones organizativas y administrativas.⁸

V.- OBJETIVOS

En el primer nivel de atención:

1. Analizar los planes de tratamiento del dolor y cuidados paliativos.
2. Identificar las estrategias establecidas para el abordaje del dolor y los cuidados paliativos.
3. Enumerar las propuestas futuras para la atención de pacientes con enfermedad terminal.
4. Revisar artículos y trabajos escritos sobre el tema de dolor y cuidados paliativos.
5. Elaborar con el material obtenido información organizada de como abordar los problemas más frecuentes y menos graves en los pacientes con enfermedad terminal.

VI.- METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Retrospectivo, Descriptivo, Transversal.
- Criterios de inclusión: Que aborden la farmacopea y estrategias de tratamiento del dolor y control de síntomas iniciales, que presenta el paciente con enfermedad terminal.
- Trabajos que indiquen propuestas futuras para la atención de pacientes con enfermedad terminal en la atención primaria.

Ventajas

- a) El primer nivel de atención está fuertemente vinculado en la comunidad, y por tanto, es el nivel de atención más cercano al domicilio.
- b) Es un recurso que ya existe y su actuación puede obviar la necesidad de redes paralelas de atención domiciliaria o de atención al duelo.
- c) Los médicos familiares son médicos especialistas cuya filosofía es congruente con la de los especialistas en cuidados paliativos.
- d) Gran parte de los problemas que representa el ejercicio de los cuidados paliativos pueden resolverse con soluciones organizativas y administrativas.⁸

V.- OBJETIVOS

En el primer nivel de atención:

1. Analizar los planes de tratamiento del dolor y cuidados paliativos.
2. Identificar las estrategias establecidas para el abordaje del dolor y los cuidados paliativos.
3. Enumerar las propuestas futuras para la atención de pacientes con enfermedad terminal.
4. Revisar artículos y trabajos escritos sobre el tema de dolor y cuidados paliativos.
5. Elaborar con el material obtenido información organizada de como abordar los problemas más frecuentes y menos graves en los pacientes con enfermedad terminal.

VI.- METODOLOGÍA

- Tipo de estudio: Retrospectivo, Descriptivo, Transversal.
- Criterios de inclusión: Que aborden la farmacopea y estrategias de tratamiento del dolor y control de síntomas iniciales, que presenta el paciente con enfermedad terminal.
- Trabajos que indiquen propuestas futuras para la atención de pacientes con enfermedad terminal en la atención primaria.

Se analizaron artículos con enfoque al tratamiento del dolor y cuidados paliativos de 1990 a 1996, que consideran las corrientes actuales en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos para el ámbito de primer nivel de atención

II.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

No se considera que este estudio pueda afectar a ninguna persona.

III.- DOLOR Y SU TRATAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Estadísticas de la OMS sugieren que la incidencia de cáncer aumentará aproximadamente un 50% entre el año 1990 y el año 2000. La mortalidad por cáncer se sitúa aproximadamente en el 50% en los países desarrollados y más del 70% en los países en vías de desarrollo.²

Cada año se diagnostican seis millones de casos nuevos de cáncer y mueren más de cuatro millones de enfermos. Los carcinomas representan el 10% de la mortalidad general.⁶ Otro estudio informa que el dolor se experimenta del 30-60% en los pacientes con cáncer durante la terapia activa, y más de dos terceras partes de ellos lo presentan con enfermedad avanzada.²⁷

El cáncer en México es la segunda causa de mortalidad general. El cáncer de cérvix ocupa el primer lugar de la presentación de esta enfermedad le sigue el de mama, linfoma, próstata y leucemia.

En los hombres se reporta 36.4% entre los 60-75 años.

En las mujeres se reporta el 63.3% de 40-45 años.⁽¹²⁾

El dolor es un síntoma preponderante que se observa hasta en el 60% de los enfermos con cáncer.^{6,15,27} Y aumenta a medida que progresa la enfermedad.

El dolor en el cáncer es un problema de salud pública en la mayoría de los países.^{6,11,12}

En un estudio preliminar que involucró a 100 pacientes del Instituto Nacional de Oncología demostró que el 89% tenían dolor y el 29% tenían dolor severo (Escala Visual analógica)^{8,10,12}.

dolor por cáncer frecuentemente no recibe tratamiento adecuado, por lo que muchos enfermos sufren con dolores insoportables, debido a las siguientes causas.

Muchos profesionales de la salud desconocen que ya se dispone de métodos eficaces para tratar adecuadamente el dolor por cáncer.

Falta de interés de la administración pública y las entidades privadas en crear y potenciar las unidades de Dolor y Cuidados Paliativos.

Excesiva burocratización para la subrogación de medicamentos opiáceos.

Falta de instrucción sistemática de los estudiantes de medicina, médicos y enfermeras respecto al tratamiento del dolor oncológico.⁶

Otro punto es el dolor que presentan los pacientes con VIH o SIDA, que también es una enfermedad crónica y en muchas ocasiones terminal. Se estima que el rango de prevalencia del dolor en estos pacientes es del 30% al 80% se incrementa esta prevalencia a medida que avanza la enfermedad.¹⁰ En México hasta la semana 45 de 1996 se reportaron 3832 casos acumulados y 39 casos nuevos de pacientes con SIDA, no incluyendo extranjeros de tránsito por México.¹³

Qué es el dolor?

La asociación internacional para el estudio del dolor (I.A.S.P) lo define como:

Una desagradable experiencia sensorial y emocional, que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión.^{6,9,16,17}

Resulta útil el concepto de dolor total, que engloba a la vez el estímulo físico nocivo y los factores psicológicos, sociales y espirituales.⁶

El no aliviar el dolor incapacita y evita que la calidad de vida sea satisfactoria. El dolor interfiere con las funciones físicas y la interacción social, esto se ha asociado con un alto estrés psicológico si el dolor persiste, incapacita al ser humano para comer, dormir, pensar y otras funciones importantes.⁷

El dolor relacionado al cáncer se explica por la infiltración del tumor a estructuras sensibles como dolor, lesiones a nervios, huesos y tejidos blandos, por la quimioterapia, radioterapia, o cirugía y por oclusión vascular.¹⁹

Clasificación del dolor

Dolor somático: (nociceptivo) Que puede ser superficial y/o profundo.

Es superficial cuando su origen es en la piel, y profundo, si proviene de zonas nociceptivas, musculoesqueléticas, huesos, cartílagos y articulaciones. Es el dolor que con mayor frecuencia se encuentra en los sujetos a través de su vida. Por lo regular se encuentra bien localizado, se describe como "mordiente" o "adolorimiento". Ejemplos son el causado por metástasis óseas (hay una hiperproducción de prostaglandinas), el postquirúrgico en la incisión y el orofacial o musculoesquelético, que se produce por algún evento traumático o alguna enfermedad reumática articular^{16,19,6,14}

Dolor visceral:

Se produce por estímulos mecánicos, contracciones y distensiones intensas de estructuras intrínsecas, abdominales y/o pélvicas) que forman la pared de vísceras huecas; por isquemia, producida por anoxia tisular; procesos inflamatorios o la acción de sustancias químicas diversas⁶. Puede resultar por el crecimiento del tumor primario o metastásico (ejemplo. metástasis hepática y cáncer pancreático). Este tipo de dolor se puede irradiar de manera difusa, se describe como "profundo", en "apretón" y de "presión" en ocasiones como cólico. Puede acompañarse de náusea, vómito o diaforesis sobre todo cuando es agudo.

El dolor visceral se irradia con frecuencia a sitios cutáneos quizá remotos al lugar de lesión (ejemplo, dolor en hombro por irradiación diafragmática), y puede acompañarse de hiperalgesia o hiposensibilidad en el sitio cutáneo de referencia.¹⁹

Dolor neuropático: (Por desaferentación o neurogénico):

Depende de la lesión a los sistemas nerviosos periféricos, central, o ambos. resultado de compresión o infiltración de nervios periféricos o de la médula espinal por el tumor, traumatismos, lesiones químicas a nervios periféricos provocados por cirugía, radiación o quimioterapia para el control del cáncer.¹⁹

En un estudio se reportó que sólo 4 de 2410 pacientes desarrollaron plexopatía lumbosacra posterior al tratamiento de tumores ginecológicos. También se ha reportado daño del plexo braquial cuando hay tratamiento de cáncer de mama.²⁰

Las características del dolor neuropático son de "tipo terebrante", ardoroso, sensación de choque eléctrico, sensación de "hormigueo" (parestias), quemante, descarga eléctrica y prurito.^{16,19}

2.- SÍNDROMES DOLOROSOS EN PACIENTES CON CÁNCER

Dolor coexistente por invasión tumoral directa.

Pueden presentarse en el 78% de pacientes hospitalizados y el 62% en pacientes de la Consulta externa.

Infiltración ósea tumoral

Metástasis en la base del cráneo

Síndrome del agujero yugular

Metástasis en zonas declives

Metástasis en el seno esfenoidal

Fractura de la apófisis odontoides

Pelvis, huesos largos

Infiltración tumoral de nervios, plexos y meninges

Nervios periféricos

Plexopatía braquial

Plexopatía lumbosacra

Metástasis leptomeníngicas

Infiltración tumoral visceral

Infiltración de vasos sanguíneos

Dolor relacionado con la terapéutica del cáncer

Estos síndromes pueden presentarse en el 19% de los pacientes internados y en el 25% de los pacientes en la consulta externa.

Síndromes dolorosos postquirúrgicos:

- a) Postdisección radical del cuello
- b) Postmastectomía
- c) Postoracotomía
- d) Postnefrectomía
- e) Postamputación de miembro (sensación y/o dolor de miembro fantasma)

Por procedimientos invasivos: ²²

- a) Biopsias
- b) Bronoscopías, endoscopías
- c) Punciones lumbares
- d) Colocación de catéter central

Síndromes Dolorosos Postquimioterapia:

Neuropatía periférica

Pseudorreumatismo esteroide

Necrosis ósea séptica

Neuralgia Postherpética

Síndromes Dolorosos Postradioterapia:

Fibrosis por radiación del plexo braquial

Fibrosis por radiación del plexo lumbosacro

Mielopatía por radiación

Tumores de nervios periféricos inducidos por radiación

Dolor no relacionado con el cáncer o su terapéutica:

Puede presentarse en un 3% de los pacientes internados y aumenta hasta un 10% cuando se estudian pacientes en la consulta externa, como en los casos de:

Osteoartritis Neuropatía diabética

Insuficiencia venosa periférica. ^{6,71,22}

- SÍNDROMES DOLOROSOS EN PACIENTES CON SIDA

El inadecuado manejo del dolor en pacientes con Sida se ha reportado en un 85%, cifra similar a la que presentan los pacientes con cáncer.¹⁰

De los pacientes que reportan dolor severo (Escala visual análoga 8-10/10) sólo el 6% se trataron con opiáceos potentes. La incidencia de Síndromes neuropáticos es alta y solo el 6% de los pacientes recibieron adyuvantes (antidepresivos).¹⁰

Los síndromes dolorosos en el paciente con sida se clasifican:

Dolor relacionado a VIH/SIDA

- Miopatía-miositis
- Neuropatía por el VIH
- Mielopatía por el VIH
- Sarcoma de Kaposi
- Infecciones Secundarias (Intestinal, piel).
- Organomegalia
- Artritis/Vasculitis

Dolor relacionado a la terapia del VIH/SIDA

- Antirretrovirales, antivirales
- Antituberculosos
- Quimioterapia (Vincristina)
- Radiación
- Cirugía / Dolor no relacionado con el SIDA
- Enfermedad de disco
- Procedimientos (broncoscopia, biopsias)

Dolor no relacionado con la terapéutica

- Neuropatía Diabética

- NEUROPATIAS ENCONTRADAS EN PACIENTES INFECTADOS CON EL VIH-DA

Neuropatía sensitiva

Predominantemente en pacientes con SIDA (se presenta en el 30% de los pacientes)

Mediadores inmunes

Polineuropatías inflamatorias desmielinizantes. Por ejemplo en el Síndrome de Guillain Barré

Infecciosas

Polirradiculopatía por citomegalovirus

Mononeuropatía múltiple por citomegalovirus

Herpes zoster

Micobacterias

Toxicas nutricionales

Deficiencias Vitamínicas (B₆, B₁₂)

Alcohol

Antirretrovirales ddl (didanosine), ddc (zalcitabina), D4T (stavudine) Antivirales: foscarnet

Profilácticos: Dapsona

Antimicrobianos: metronidazol

Antibióticos: isoniazida, rifampicina, etionamida

Antineoplásicos: vincristina, vinblastina

Otras condiciones médicas

Neuropatía diabética

Neuralgia Postherpética ¹⁰

II.- EJES PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

La IASP recomienda explorar cinco ejes para estudiar el dolor:

- | | |
|----------------------------|---|
| Eje I | Cabeza, cara, boca, <i>región cervical</i> hombros y <i>extremidades torácicas</i> . Región torácica, abdominal, dorsal, columna lumbar, sacro y coxis. Miembros pélvicos, región: pélvica, anal, perineal y genital. |
| Eje II | Sistema nervioso, respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, tejido conectivo, cutáneo, subcutáneo, glándulas (apócrinas etc.), Gastrointestinal, |
| APARATOS Y SISTEMAS | genitourinario, otros órganos y vísceras (por ejemplo tiroides, linfáticos, hematopoyético). |
| Eje III. | Características temporales del dolor: |
| Eje IV. | Intensidad del dolor del paciente. Tiempo desde que el dolor inició hasta el momento en que es atendido. |
| Eje V. | Etiología: Alteraciones genéticas, traumatismos, cirugías, infecciones, parasitosis, inflamatorias, neoplásicas tóxicas, metabólicas, radiaciones, degenerativas, mecánicas, <i>disfuncionales (incluyendo psicofisiológicas)</i> |
| OTRAS NO CONOCIDAS | De origen psicológico (por ejemplo crisis convulsivas, depresión, alucinaciones) /Es necesaria la valoración psiquiátrica). |

Estos ejes por lo regular se exploran en dolor crónico.¹⁷

IVIII.- VALORACIÓN DEL DOLOR

Escala de medición

La evaluación del dolor, exige un conocimiento del componente físico del dolor así como de los componentes psicológicos espirituales, interpersonales, financieros y sociales que integran el dolor total del paciente.

La evaluación clínica comprende las siguientes fases:

- 1.- Creer en el dolor del paciente.
- 2.- Medir la intensidad del dolor, a través de las diferentes escalas, así como valorar las limitaciones en la actividad del paciente.

- Valorar el estado psicológico, los pacientes suelen presentar ansiedad y depresión en la evolución de la enfermedad.
- Historia clínica detallada.
- Examen físico fundamental de tipo neurológico.
- Revalorar el dolor cada vez que sea necesario.^{6,21}

pos de escalas

cala verbal análoga (EVERA).

Consiste en usar escalas de calificación verbal como ejemplo la escala ordinal de Keele: permite preguntarle directamente al paciente sobre la intensidad del dolor en reposo: Ningún dolor (0), dolor leve (1), dolor moderado (2), dolor severo (3), dolor insoportable (4).^{16,24}

a escala visual análoga (EVA)

Se representa en una línea de 10 cm horizontal o vertical con dos puntos terminales marcados: "sin dolor" y "el dolor más intenso experimentado". Se pide al paciente que marque en la línea de 10 cm un punto que corresponda al nivel de intensidad de dolor que experimenta en ese momento.^{16,23}

cala Frutal Análoga (EFA)

Desarrollada en el Instituto Nacional de Cancerología y consiste en 10 diferentes frutas de distinto tamaño en formación horizontal. Aquí se pide al paciente que marque la fruta que mejor represente el "tamaño" (intensidad) del dolor que sufre en esos instantes²⁵.

En los niños también se utilizan escalas de valoración del dolor como la EVA. Así mismo la escala de caras que consiste en explicar al niño que cada cara representa a una persona que se siente feliz porque no tiene dolor, o también que sufre algún dolor, se indica al niño que elija la cara que mejor describa cuanto le duele

Escala del dolor

En donde el niño debe colorear el cuadro que mejor describa la intensidad del dolor:

	No dolor
Amarillo	Dolor leve
Azul	Dolor moderado
Rojo	Dolor severo ^(16, 23, 24)

Escala objetiva del dolor

ESCALA OBJETIVA DEL DOLOR		
Observación	Criterio	N.
Presión sanguínea	± 10% en postoperados de la presión basal	0
	10 a 20% en postoperados	1
	20 a 30% en postoperados	2
Llanto	Sin llanto	0
	Llanto, pero responde a cuidados cariñosos	1
	Llanto sin respuesta a cariños	2
Movimiento	Ninguno	0
	Inquietud	1
	Azotarse	2
Agitación	Dormido o calmado	0
	Medianamente calmado	1
	Histérico	2
Evaluación verbal o lenguaje corporal	Semidormido o condición de no dolor	0
	Dolor ligero (no localizado)	1
	Dolor moderado (localizado verbalmente o por puntaje)	2 ^(24,91)

Cuestionario de McGill.

Es el más recomendado, consiste en presentar al paciente una serie de palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa sensorial y afectiva. El cuestionario presenta una serie de adjetivos. Se distribuyen en 20 grupos a su vez ordenados en tres clases de descripción verbales. Sensitivas, afectivas y evaluativas. Cada adjetivo se corresponde a un determinado valor numérico de una forma progresiva.

El paciente tiene que escoger aquellas palabras que mejor describan su sufrimiento y, posteriormente, en base a la puntuación alcanzada, se analiza e interpreta el dolor del paciente. Este cuestionario es capaz de revelar aspectos cuantitativos que se estudian por análisis estadísticos. Es utilizado fundamentalmente en el dolor crónico, pues en este tipo de dolor la calidad es tan importante como la cantidad a la hora de realizar una valoración.^{16, 23}

cuestionario de Wisconsin.

Consiste en formulaciones de preguntas acerca del dolor, usando la EVA, así como esquemas en donde permite al paciente localizar el dolor anatómicamente, así mismo valorar el estado de ánimo usando de nuevo la EVA, la calidad del sueño, el trabajo cotidiano, la relación con las personas que le rodean.²⁶

Se han realizado escalas y cuestionarios modificados,^{16, 23, 24, 26}. Las escalas señaladas anteriormente son las que más se utilizan en el INCan. (Ver apéndice 2.)

IV.- TRATAMIENTO DEL DOLOR

La terapia óptima depende de una comprensión adecuada del dolor, condición médica, y el estado psicosocial del paciente, así como del conocimiento farmacológico de los analgésicos.

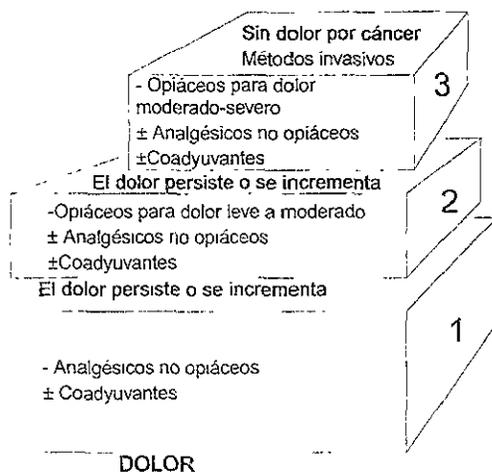
En 1982, la Organización Mundial de la Salud desarrolló lineamientos para la selección de medicamentos en el control del dolor por cáncer. Estos lineamientos se conocen como los tres escalones de la escalera analgésica y enfatizan acerca de la intensidad del dolor, etiología específica, los mecanismos del dolor, que podrían ser las primeras consideraciones en la selección del analgésico. Por ejemplo: pacientes con dolor leve o moderado son tratados con un analgésico no opiáceo, el cual puede combinarse con drogas coadyuvantes si hay indicación específica (escalón 1), o en pacientes en que no se halla usado algún opiáceo y que presenten dolor moderado o severo. En quienes no funcionaron los analgésicos no opiáceos, puede ser utilizado un opiáceo, como los llamados anteriormente opiáceos débiles: codeína, hidrocodona, dehidrocodeína oxicodona, propoxifeno, tramadol. Estas drogas se combinan con un analgésico no opiáceo y pueden ser administrados con un fármaco coadyuvante (escalón 2).

En los pacientes con dolor severo o en quienes fallaron los medicamentos recomendados en el escalón dos o que no tuvieron adecuado alivio del dolor después de la administración apropiada de las drogas del segundo escalón analgésico, podrían usarse los opiáceos convencionalmente utilizados para el dolor severo (previamente llamados opiáceos fuertes) como morfina, oxicodona, hidromorfona, metadona, levorfanol y fentanyl.

Siguiendo adecuadamente los lineamientos se puede aliviar el dolor en el 70-90% de los pacientes.^{27-31, 33}

Los medicamentos coadyuvantes son aquellos que sin ser analgésicos, por sus características, ayudan a controlar el dolor, por ejemplo en los dolores neuropáticos el uso de los antidepresivos, antiepilépticos mejoran el alivio del dolor .

Escala analgésica



Organización Mundial de la Salud

Analgésicos antiinflamatorios no esteroides AINES.

La justificación del empleo de los analgésicos antiinflamatorios no esteroides, en el dolor oncológico, está basado en el hecho de que hay ciertos tumores como el de mama, próstata,

linoma medular de tiroides, en los que existe una hiperproducción de prostaglandinas las cuales descienden el umbral doloroso y la llamada hiperalgesia del enfermo oncológico.^{6, 19}.

Recomendaciones para el uso de AINES

- Valorar la condición económica del paciente.
- Nunca indicar dos AINES al mismo tiempo. Potencian efectos secundarios pero no el efecto analgésico.
- Los AINES tienen dosis techo por lo que si continuara el dolor, se puede combinar un opiáceo débil (valorar tipo de dolor y etiología del dolor).
- Cuando se hace necesario el uso de AINES por tiempo prolongado, se deben “rotar” cada dos semanas.
- Antes de iniciar AINES valorar la función hepática y renal de los pacientes. Cuando se tenga uso crónico de estos analgésicos, monitorizar el tiempo de sangrado.
- Hay AINES que su uso no debe prolongarse por más de cinco días debido a su toxicidad (Ketorolaco, fenilbutazona). El ketorolac puede provocar hipercalemia, oliguria.
- Indicar protectores de la mucosa gástrica.
- Valorar si se requiere mayor analgesia o efecto antiinflamatorio para la elección del medicamento.
- Valorar vía de administración que mejor convenga al paciente, siempre es preferible la vía oral.^{6, 14, 27-31, 33-38}
- Administrar con horario nunca por razón necesaria.

Medicamentos por vía tópica

Se reporta que hace tres mil años a.C. se utilizaban ungüentos y pomadas en el antiguo Egipto. Los romanos utilizaron grasas animales con fines terapéuticos. En la edad media se utilizó la cera de abeja, las resinas vegetales y la miel por vía tópica. A finales del siglo XIX se produce la vaselina y la lanolina purificada, con lo que inicia la moderna farmacología de la vía tópica.

El empleo de AINE por vía tópica, permite el tratamiento de procesos en los que existe un componente inflamatorio o doloroso leve localizado que afecte el aparato locomotor (dolor mático).

Como efectos secundarios pueden presentarse dermatitis de contacto y reacciones de tosensibilidad.³⁹

tros medicamentos de uso tópico para el control del dolor

En 1979 Ever y Broberg obtuvieron una mezcla de anestésicos locales, lidocaína y prilocaína: EMLA (Eutetic Mixture of Local Anesthetics) para analgesia cutánea.

La crema EMLA al 5% contiene los anestésicos locales mencionados en una emulsión de aceite en agua, en proporción 1:1 (lidocaína 25mgs (107 mmol/l); prilocaína 25 mgs (113 mmol/l); aceite de ricino hidrogenado polioxietileno 19mg; carboxipolimetileno 10 mgs; hidróxido de sodio a pH 8.7-9.7 y agua purificada para producir 1 g.

La crema debe aplicarse sobre la piel y cubrirse con un apósito oclusivo 45-60 min antes del procedimiento, la analgesia máxima se presenta de 90 a 120 minutos. El efecto analgésico se mantiene o se incrementa después de 30 a 60 minutos de retirar la crema, permaneciendo hasta 4 horas después de retirar la oclusión. Generalmente se aplican 1-2 g de EMLA por cada 10cm² de piel. No se debe rebasar la dosis, porque puede llegar a niveles tóxicos y causar incremento de metahemoglobina.

La crema EMLA proporciona anestesia cutánea eficaz tanto en piel normal como lesionada, lo que constituye un instrumento útil para evitar el dolor asociado a diversos procedimientos que requieren punción cutánea: venopunción, punción arterial, punción lumbar, bloqueo caudal etc. Puede ser eficaz como terapia coadyuvante.^{40, 41}

analgésicos opiáceos

En la edad de piedra ya se conocía la semilla y cápsulas de la amapola y era conocida por los habitantes de los lagos. En Mesopotamia (4000-3000 a. C.), los sumerios cultivaban amapolas para extraer opio. A esta flor se le daba el nombre sumerio de *gíl*, que significa alegría y felicidad. Sin embargo, la palabra opio proviene del griego *opion*, jugo de amapola. La cultura de Babilonia diseminó el cultivo de la amapola, hacia el oriente hasta Persia y al poniente a Egipto.

El valor médico de la amapola fue descrito primero en el papiro de Ebers (1600-1500 a.C.), y más tarde en los trabajos de Hipócrates (463-377 a.C.), en los que se recomendaban diferentes tipos de preparados como hipnóticos, catárticos, astringentes y narcóticos. Galeno utilizó estos preparados para atenuar el dolor y sufrimiento. El siglo XVIII marcó el inicio del comercio e importación del opio a gran escala con mayor auge en el Oriente. En 1806, en Alemania, Serturmer separó el ácido meconico del opio, produciendo una sustancia, a la que llamó morfina (en honor al dios griego del sueño Morfeo), a partir de la base alcalina. En Francia, Robiquet aisló la narcotina en 1817 y posteriormente la codeína en 1832. En ese tiempo el uso de sus derivados del opio estuvieron muy difundidos en Estados Unidos y otros países.

Recomendaciones para el uso de analgésicos opiáceos

Los analgésicos opiáceos son la base del tratamiento de los dolores moderados a severos del cáncer. Son fáciles de administrar y proporcionan en la mayoría de los casos alivio del dolor.

- 1.- Todos los opiáceos presentan como efectos secundarios: estreñimiento, náusea, vómito y mareos, los efectos más severos que pueden presentar son la somnolencia, confusión y alucinaciones, depresión respiratoria, tolerancia.
- 2.- Siempre se debe administrar algún laxante cuando se indican opiáceos, así como antieméticos.
- 3.- Indicar los analgésicos con horario y nunca "por razón necesaria".
- 4.- Nunca administrar dos opiáceos al mismo tiempo.
- 5.- Nunca administrar un agonista puro con un agonista antagonista (como el butorfanol o la nalbufina).
- 6.- Los agonistas puros como la morfina no tienen dosis techo.
- 7.- Usar dosis óptimas individualizadas.
- 8.- La reducción de la acción analgésica significa desarrollo de tolerancia o la progresión de la enfermedad.
- 9.- Evitar la abstinencia aguda con la retirada gradual de las drogas, en caso de depresión respiratoria se utiliza naloxona (es un antagonista puro).
- 10.- Investigar antecedentes de farmacodependencia ^(6) 28-33, 36, 42-47,49)

7.- MANEJOS ALTERNATIVOS DEL DOLOR

La terapia anticancerosa primaria. El dolor que es producido por infiltración tumoral puede ser aliviado con cirugía, radioterapia, o quimioterapia, el dolor causado por infecciones puede ser aliviado con antibioticoterapia o procedimientos de drenaje de abscesos etc. Los tratamientos analgésicos específicos requiere también complementación con la terapia de base.

radioterapia

La radioterapia tiene un papel principal en el tratamiento del dolor por cáncer causado por metástasis óseas, metástasis cerebrales, así como dolor hepático, provocado por distensión capsular, cual responde bien al tratamiento entre el 50-90% de los pacientes.^{30,55}

quimioterapia

La reducción del tamaño del tumor se asocia con alivio del dolor, cuando la respuesta es favorable, los tumores que mejor responden al tratamiento con quimioterapia y reducción del dolor son: linfoma, cáncer pulmonar de células pequeñas, tumores de células germinales y cáncer de mama que no han tenido tratamiento previo. En todas las situaciones, la decisión de administrar quimioterapia solo para el tratamiento de síntomas debe ser considerada con seriedad y pesar entre el beneficio de alivio y las reacciones adversas.³⁰

cirugía

La resección del tumor puede ayudar a disminuir el dolor siempre y cuando este indicado y exista una sobrevida adecuada al paciente.³⁰

tratamiento invasivo

En los enfermos de cáncer es posible controlar el dolor con los analgésicos recomendados por la OMS en el 80% de estos pacientes.^{53,54} Pero existen situaciones en donde las dosis de analgésicos son insuficientes o no son toleradas y hay que elegir otra vía de administración o la realización de técnicas invasivas específicas.

Siempre se debe recapitular el caso, revalorar el dolor: buscando causa, duración, es decir las características, ya que en el paciente con cáncer el origen del dolor puede ser múltiple.⁵⁴ Los aspectos psicológicos, culturales y socioeconómicos, influyen en la incidencia y duración del dolor.^{30,57} Las técnicas invasivas pueden ayudar a reducir o eliminar los requerimientos de fármacos.³⁰ Continuaremos con la clasificación de los bloqueos.

Se dividen en cuatro:

- a) **Bloqueo diagnóstico:** El objetivo de este es establecer un diagnóstico del mecanismo del dolor por ejemplo saber si es un dolor de tipo visceral y/o somático: sobre todo en aquellos pacientes en quienes es difícil demostrar una causa orgánica del dolor.^{53, 58)}
- b) **Bloqueo Pronóstico:** Es usado para ayudar al médico y paciente a evaluar el resultado potencial antes de llevar a cabo un procedimiento neuroquirúrgico o la administración intratecal de una solución neurotóxica utilizada para causar una interrupción prolongada de las vías neurales.⁵³
- c) **Bloqueo Profiláctico:** Este ayuda al médico a reducir significativamente la incidencia de síndromes dolorosos crónicos minimizando los cambios patofisiológicos en la médula espinal cuando ha ocurrido ya un daño. Por ejemplo en los pacientes que requieren amputación de un miembro se recomienda la utilización de analgesia peridural continua antes de la cirugía; lo que se busca es reducir el desarrollo de sensación y/o dolor de miembro fantasma secundario a la amputación.⁵³

Bloqueo Terapéutico. Este procedimiento va encaminado ya al tratamiento de síndromes específicos para su alivio y como alternativa a otros métodos que no han dado resultado. Por ejemplo neuralgia del trigémino, síndrome complejo de dolor regional, pancreatitis crónica, neuralgia. Post-herpética, etc.^{30,48,53,54,56}

XVI.- LA MEDICINA PALIATIVA Y EL MÉDICO FAMILIAR

Paliar viene del Latín Palliare, pallium, capa, y significa tapar, encubrir, disimular la violencia de ciertos procesos, mitigar y moderar el rigor o la violencia.

Objetivo: El hombre enfermo y la preservación de su dignidad.

El tratamiento de soporte en Oncología tiene como objetivos: prevenir, eliminar o paliar aquellas circunstancias que deterioran la calidad de vida, imposibilitan o disminuyen la correcta aplicación de los tratamientos específicos antineoplásicos mejorando las condiciones del paciente.⁶²

XVII.- ¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

Uno de los campos que ha centrado el interés de la investigación clínica en Oncología y que más se ha desarrollado últimamente, es el estudio de los diversos problemas, que, debidos al curso de la enfermedad tumoral, o a los efectos secundarios de los tratamientos que se aplican en cada caso deterioran la sensación de bienestar de las personas enfermas. Es lo que se viene denominando “Calidad de la vida” y que cada vez se toma más en cuenta al diseñar un estudio y plantear un tratamiento⁷⁷, si los pacientes no viven más al menos deben vivir mejor.⁷⁶

Los componentes de la calidad de vida los podemos agrupar en:

- Religioso espiritual ⁸⁶
- Cultural
- Psicológico
- Afectivo
- Social
- Económico
- Laboral
- Físico ^{76,84}

La definición de calidad de vida se sustenta en dos componentes fundamentales.

Multidimensionalidad y subjetividad:

La Multidimensionalidad de la calidad de vida es amplia y considera el aspecto físico, emocional, emocional y bienestar social.

La subjetividad se refiere al hecho de que la calidad de vida solamente puede ser entendida desde la perspectiva del paciente, como por ejemplo el dolor el cual se considera que tiene un componente subjetivo y solamente la misma persona puede calificarlo.⁷⁸

III.- PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR

Los médicos de familia son médicos ubicados preferentemente en el primer nivel de atención con una formación de posgrado, que los capacita para solucionar la mayor parte de los problemas de salud que puedan presentar los pacientes de cualquier grupo de edad de la comunidad donde trabajan. En la mayor parte de los países desarrollados se percibe la necesidad de contar con la participación de los médicos de familia, como pieza clave de los sistemas de salud ya que ofrecen servicios médicos eficientes y de calidad a toda la población.⁶³

Funciones del médico de familia

- . Es el punto de entrada de los pacientes al sistema sanitario.
 - . Ofrece continuidad de los cuidados en los pacientes sanos y enfermos.
 - . Coordinar las necesidades de salud de los pacientes.
 - . Sume la responsabilidad de los problemas de salud tanto individuales como de la comunidad.
- La unidad de cuidados es la familia
- . Cuidado altamente personalizado.⁶³

Papel del médico familiar en la atención al enfermo con cáncer

El médico familiar desarrolla algún papel, en todas las fases de la enfermedad y todo su quehacer médico está cargado de la filosofía contenida en la medicina paliativa:

En la fase de Diagnóstico: la proximidad y el conocimiento de las familias y de la población a su cargo le facilitarán la prontitud en la detección precoz de:

- Alteraciones del ritmo intestinal o vesical.
- Úlceras que no cicatrizan.

- Sangre ocular en heces o pérdida anormal de sangre.
- Detección de nódulos en mama o en otra parte del cuerpo.
- Distagia.
- Ronquera.
- Cambios en lunares y verrugas.

En la fase de tratamiento oncológico específico:

El médico familiar de cabecera contribuye a que el enfermo acepte y colabore con los tratamientos; en la mitigación del estado de ansiedad y así mismo en el tratamiento familiar.

Participa, en la detección de efectos secundarios de los medicamentos de quimioterapia así como el inicio del tratamiento, que incluso puede ser de urgencia.

Asimismo, continuará el seguimiento post-tratamiento, en la fase de rehabilitación tanto física como emocional, trabajando en conjunto con otras disciplinas y en la fase, progresiva y terminal será el médico de familia el pilar en el tratamiento de los pacientes en esta fase ^(62, 68)

El médico familiar puede atender algunas complicaciones médicas en el enfermo con cáncer:

- Ansiedad, depresión, insomnio. ⁷⁵
- Disfagia, íleo paralítico o mecánico..
- Dolor, crisis convulsivas, compresión medular.
- Disnea, hemoptisis hematuria obstructiva o por insuficiencia renal.
- Fiebre (infecciosa o tumoral).
- Hemorragia ⁶⁴
- Ascitis ^{67, 73, 74}
- Patología de la piel.

En un estudio llevado a cabo en España, por médicos de familia, encontraron que los pacientes encuestados con enfermedad terminal la mayoría desean morir en casa. El personal de Salud de atención primaria se encuentran altamente motivados por estos enfermos, pero su cuidado les provoca frustraciones y angustia. ^{65, 66}

Los síntomas que con mayor frecuencia reportan son: astenia, dolor, estreñimiento, anorexia, depresión y también son los que presentan más dificultad para su tratamiento. ^{65, 72}

En otro estudio encontraron que el nivel de fallecimiento en domicilio es alto (64%) y esta cifra debe aumentar y así conseguir una muerte más digna para el paciente; así mismo, observaron que hay un ascenso de pacientes con SIDA que requieren apoyo en domicilio.⁶⁹

¿Porqué se deben hacer visitas a domicilio?

La visita domiciliaria constituye una actividad básica, con ella se pretende dar respuesta a necesidades asistenciales de personas que, de forma temporal o permanente, se encuentran incapacitados para desplazarse al hospital o Centro de Salud y la atención es continua en su medio familia.

La atención domiciliaria se presenta como una alternativa de asistencia incluso más eficaz y eficiente, en determinadas situaciones, que la hospitalaria.

Proporciona una cobertura asistencial integral y continua, llevando actividades tanto diagnósticas como de tratamiento, seguimiento y control, de las patologías como la presencia de complicaciones asegurando el mayor grado posible de comodidad del paciente.^{62, 68, 70}

Otras ventajas:

- Facilita el conocimiento de los factores sociales y familiares.
- Permite detectar las necesidades específicas de atención que requiere el paciente y el grupo familiar.
- Identifica el miembro de la familia que desempeña el papel de cuidador.
- Observa las condiciones higiénico sanitarias y las necesidades sociales para posteriormente canalizar con el trabajador social.
- Comprobar el grado de adherencia a los tratamientos.
- Favorece la unificación de criterios de médico-enfermera.
- Mejora la coordinación entre los médicos de familia y los especialistas de los hospitales.
- Facilita la comunicación entre la familia así como la expresión de emociones tanto a nivel físico como psicológico, hace sentir al enfermo que sus familiares están más cercanos.⁷⁰

- Detecta en la familia si hay regresión y desintegración, que resulta en aquellas familias previamente disfuncionales en donde la enfermedad de uno de los miembros únicamente “destapa” conflictos ya existentes.
- El médico puede reconocer cuando la familia favorece u obstaculiza el manejo del paciente terminal.^{70, 71}
- Reconoce las reacciones que tiene la familia con el enfermo terminal tales como: ira, dependencia, abandono, culpa, sobreprotección.^{71, 72}

*El contacto telefónico directo del paciente o familiar con el médico es útil para racionalizar la solicitud de visitas domiciliarias injustificadas.*⁷⁰

Medidas para garantizar la asistencia paliativa

Inclusión de los cuidados paliativos en el curriculum de los profesionales sanitarios, como área de conocimiento obligatoria y examinable.

Promoción y desarrollo de programas de cuidados paliativos que integren la asistencia primaria (médicos de familia) con la hospitalaria (oncólogos, paliativistas, algólogos, etc.)

Creación de la unidad de cuidados paliativos en cada hospital, con un pequeño número de camas.

Contemplar la baja laboral del familiar cuidador para atender al enfermo en situación terminal.

Medidas que fomenten la atención domiciliaria del enfermo en situación terminal.

Coordinación de medidas que faciliten la obtención de opiáceos para el control del dolor y medicamentos adyuvantes para manejo de síntomas en el enfermo terminal.

Impulsar la divulgación social de los cuidados paliativos y de la solidaridad con el que sufre, como señal de identidad de la calidad moral de un pueblo.⁷⁹

Grupos de apoyo

El movimiento de grupos de apoyo en enfermedades terminales o crónicas, surgió a partir de la necesidad que sienten los familiares de reunirse con el fin de compartir experiencias afines: manejar dentro de un ambiente de comprensión, la desesperanza asociada a diagnósticos diversos, así como de establecer redes comunitarias de apoyo. Así mismo, ofrecer información adecuada sobre la enfermedad, las estrategias de manejo en el hogar y un espacio para que los

bros de la familia y especialmente el cuidador principal no se sientan solos en su lucha

81

Los psicólogos dicen que:

- El grupo estimula el comportamiento de los individuos.
- El grupo representa una especie de satisfacción, un sostén en las dificultades, una verdadera formación para aprender a “tener en cuenta” a los demás y reconocer sus valores.
- El grupo facilita a sus miembros la posibilidad de inventar soluciones nuevas y de transformar la realidad en lugar de sufrirla.

Trabajar en grupo, posibilita el hecho de hablar juntos, entre cuidadores, para confrontar e intercambiar puntos de vista, experiencias angustias y sufrimientos.

(«La palabra libera, el silencio abruma»).

El grupo permite no sentirse solo frente a las dificultades y poder compartirlas con los demás.⁸²⁾ Las quejas somáticas son motivos de consulta frecuente en la práctica de medicina familiar, y el duelo asociado es común observarlo. Como una forma de desarrollar habilidades en el tratamiento de problemas psicosociales, en pacientes cuyos síntomas están relacionados con la pérdida de un ser querido; se implementó la experiencia de un grupo de apoyo de duelo para pacientes en dicha etapa.

Se centraron las reuniones en un tema por sesión, utilizando técnicas diferentes que permiten aflorar los sentimientos de duelo reprimidos.

Al evaluar la evolución del proceso de duelo en los participantes, se recogieron impresiones de ayuda, confianza, empatía, comprensión y mejoría de los síntomas en un 50%; disminución de las visitas al médico en 60% y los sentimientos reprimidos disminuyeron en 70%.⁸³⁾

- 1.- Todos tienen derecho a expresar ideas, emociones y sentimientos.
- 2.- Cada miembro es importante, y sus ideas son respetadas.
- 3.- Escuchar atentamente, sin interrumpir.
- 4.- Solo una persona habla.
- 5.- Cada persona tiene oportunidad de hablar.
- 6.- Privacidad de lo dicho.

7.- Llegamos a tiempo y terminamos a tiempo.

8.- Tu asistencia a cada sesión, es de ayuda para ti y el grupo.⁸³

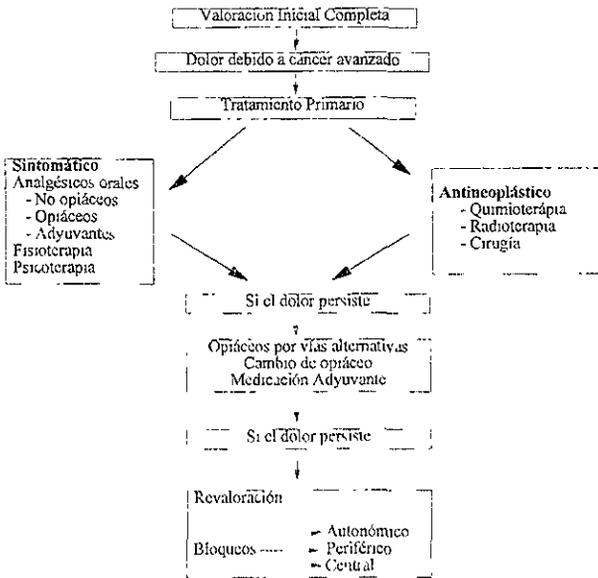
IX.- TERAPIAS ALTERNATIVAS PARA EL CONTROL DEL DOLOR

El dolor crónico puede ser extraordinariamente difícil de tratar, causando en gran medida estrés emocional tanto en el paciente como en el médico.⁵⁹⁾

Es necesario establecer estrategias con un equipo multidisciplinario por ejemplo Terapias psicológicas y de conducta como: relajación, ejercicio, educación, actitudes, ocupacionales^(30,48,59).

Técnicas fisiátricas: Estimulación eléctrica transcutánea, calor o crioterapia, bombas neumáticas etc, prótesis, masajes, acupuntura.^{30, 48, 59, 60)}

Podemos resumir:



- EL DUELO

orar el duelo significa aceptar la realidad, y trabajar este problema; en psicoterapia va acompañado necesariamente de la renovación del dolor, evidentes síntomas de depresión y ansiedad.

Se ha reportado que el proceso del duelo no debe rebasar seis meses, cediendo por lo regular al segundo o tercer mes; pero en ocasiones este proceso se complica y perdura por más tiempo del esperado, sin restaurarse el equilibrio perdido. Es entonces cuando se habla de un duelo patológico.⁸⁵

Todos moriremos un día por una u otra causa; nuestra muerte puede retrasarse, pero nunca evitarse.

Uno de los dilemas más difíciles de resolver en la práctica clínica es el revelar o no a un enfermo de cáncer la enfermedad que padece, en países anglosajones se ha impuesto la opinión favorable a comunicar siempre el diagnóstico al paciente, de tal manera que el enfermo se libere de la angustia y el miedo a lo desconocido.

La revelación del diagnóstico de cáncer es la excepción y no la norma.

Cuando un enfermo es considerado terminal, puede haber un periodo de tiempo más o menos largo en el que la enfermedad progresa y se estaciona, de forma intermitente, irregular y con la aparición de diversos problemas de todo tipo.

El tratar con los pacientes en fase terminal es una tarea muy dura (física y mental) que con facilidad puede arrastrar a una situación que deje emocionalmente vacío, físicamente exhausto y profundamente abrumado.⁸⁸

Morir con dignidad es irse de esta vida no en la soledad aséptica del hospital, intubado, proyectado, perfundido y sumergido en un laberinto de fríos aparatos, sino en el hogar, entre los seres queridos, entregado al morbo, pero entregado también al afecto, al mimo sosegador de la familia y de los amigos. Entregado a la serena conciencia de lo que se aproxima, de lo que se recibe divina como un relámpago de luz trascendente y de esperanza transindividual.⁸⁹

II.-CONCLUSIONES

La **formación académica** es prioritaria para asegurar la aplicación eficaz de un programa para el alivio del dolor por cáncer.

Cada grupo de profesionales, debe tener a su disposición un modelo de estudios común que contenga las directrices de la OMS para aliviar el dolor por cáncer.

Los programas de entrenamiento para personal de salud deben desarrollarse en colaboración con los colegios profesionales existentes y con el profesionalismo de universidades, facultades y escuelas.

Se debe introducir en los planes de estudios de médicos y enfermeras el tema del tratamiento del dolor en el cáncer y cuidados paliativos.

El tratamiento del dolor por cáncer puede ocurrir en cualquiera de los tres niveles de atención. El cuidado primario es proporcionado por médicos generalistas que pueden trabajar en asistencia a domicilio o en hospitales locales y ambulatorios y que, usualmente, tratan a un pequeño grupo de casos que sufren dolores. El cuidado secundario es proporcionado por oncólogos, anestesiólogos y cirujanos que tratan a un gran número de pacientes con cáncer, pero no tienen el control del dolor como prioridad. El tercer nivel de atención es proporcionado por médicos que han recibido entrenamiento avanzado en medicina paliativa y que considera prioritario el alivio del dolor por cáncer y los síntomas que se presentan en grados avanzados de enfermedad o secundarios al tratamiento requerido ⁹⁰.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Salinas MA. Modelos de organización de los cuidados paliativos. Historia breve y concepto. *Aten Primaria*.1996;18(1):121.
- Expósito MC, Bruera E. Presente y futuro de los cuidados paliativos y su relación con el estudio y tratamiento del dolor. *Rev Soc.Esp. Dolor*.1996;3(1):1-2.
- Charlton R, Ford E. Education needs in palliative care. *Family Practice* 1995;12(1):70-73.
- Pascual A. Medicina Paliativa: Una nueva filosofía. *Rev Soc Esp Dolor*. 1995;2(II):5-10
- Sánchez M, Satre P. Cuidados paliativos domiciliarios y hospitalarios. En:González Barón et al ed. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Barcelona Ed. Médica Panamericana 1996:99-100.
- Herrera J, Rodríguez JA, et al. Aspectos del tratamiento del dolor oncológico. *Rev Soc Esp Dolor*.1995;2 (II):26-34.
- Gómez CF. Diagnóstico de Salud Familiar.En: Irigoyen CA. et.al. Fundamentos de medicina Familiar. Tercera edición. México Ed. Medicina Familiar Mexicana. 1995:105.
- Benitez MA. El médico de familia y la atención a las personas con enfermedad en fase terminal. *Aten Primaria*.1996;18(1):122 y 127.
- Bravo BP, Enriquez CJ. Dolor Lumbar; fisiopatología, diagnóstico y opciones de tratamiento. *Anest Mex* 1995;3: 139-160
0. Breitbart W. Pain management in the patient with AIDS.Pain management. Nov-Dec. 1994; 2(6):1-9.
1. Márquez E, Casado JJ et al. Tendencias de la mortalidad por cáncer en la provincia de Huelva (1980-1991) *Aten Primaria* 1996;18(2): 58-63
2. Allende S, Carvel H. Mexico: Status of Cancer Pain and Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*.1996;12(2).121-123.
3. Fuente: Sistema Único de Información para la la vigilancia Epidemiológica Preliminar. DGE Semana 45, 1996: 7.
4. Librach L. Special Issues in pain control during terminal illness. *Can Fam Phys*.1995.41. 415-419

- De Simone G. et al. Síntomas más frecuentes en pacientes con cáncer terminal. Pallium. Buenos Aires. Nov. 1996.
- González BS, Rodríguez M. En dolor. Fisiopatología. Tipos Clínicos. Sistemas de medición. En: González Barón et al ed. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de Soporte en el enfermo con Cáncer. Ed. Médica Panamericana 1996: 437-456.
- Raj PP. Taxonomía. En Raj PP.ed. Pain Medicine a comprehensive Review.Ed. Mosby 1996:343-345.
- Rodríguez JM. Dolor intolerable en Medicina Paliativa. Rev Soc Esp Dolor.1995;II:35-39
- Payne R. Anatomía, fisiología y neurofarmacología del dolor por cáncer. En: Clínicas de norteamérica. Dolor por cáncer. 2 Ed. Interamericana, 1987:149-163.
- Gillette E, Mahler P. Powers B, Gillette S, Vujaskovic. Late Radiation injury to muscle and peripheral nerves.Int J Radiation Oncology Biol phys 1995;31(5):1309-1318
- Foley K. Síntomas dolorosos en pacientes con cáncer. En: Clínicas de norteamérica. Dolor por cáncer. México .Ed Interamericana 1987. Vol. 2:165-167.
- Zelter L, Altman A, Cohen, et. Al. Report of the Subcommittee on the management of pain associated with procedures in children with cancer. Pediatrics 1990;86(5): 826-834.
- Katz J, Melzack R, Medición del dolor. En: Clínicas de anestesiología de norteamérica. Conceptos actuales en el control del dolor agudo. Ed. Interamericana Vol 2-1992:243-260
- Esau R, Fernández C, Longe B, Rosen-Harris, Stutzer C. Pediatrics Oncology Pain Management Guidelines. British Columbia's Children's Hospital. Jan 1996:1-54.
- Plancarte R, Patt R, Allende S, Reyes M. The fruit scale: validation of a new measure- Abstres 7h World Congress on Pain August 25 Wednesday 1993.
- Cleland C. Measurements of pain by subjective report. In: Chapman CR, Loeser, JD, Eds. Issues in pain measurement. Vol 12 of Advances in pain research and therapy. New York: Raven Press. 1989:1391-403.
- Cherny N, Catare Raphael. Professional Negligence in the Management of Cancer Pain. Cancer. 1995;76(11):2181-2185
- Laure F, Colleau S, Fontaine A. Physicians attitudes toward pain control and morphine prescribin in France. Cancer 1995;76(11). 2376-2382

Cherny NJ, Chang V, Frager G, Ingham JM, Tiseo PJ, Popp B, Portenoy RK, Foley K. Opioid pharmacotherapy in the management of cancer pain. *Cancer*.1995;76(7):1283-1293

Cherny N. Portenoy R. Cancer Pain Management. *Cancer Supplement*.1993; 72(11):3393-3415.

Stjernswärd J, Colleau S, Ventafridda V. The World Health Organization Cancer Pain and Palliative Care Program. Past, Presente, and Future. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1996;12(2):65-72

Zhukovsky D, Gorowski E, Hausdorff J, Napolitano B, Lesser M. Unmet Analgesic Needs in Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:113-119.

Omoigui Sota. *The Pain Drugs Handbook* Ed. Mosby 1995.

Vademecum Farmacéutico. Quinta Ed. Rezza Editores. Información Profesional Especializada. 1996:1706-1707.

López Pascual A. El Dolor II:Analgésicos no opioides. En: González Barón et al Tratado de Medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médica Panamericana 1996:457-464.

Katz J. Opioids and Nonsteroidal Antiinflammatory Analgesics. En: Raj P. Ed. *Pain Medicine A Comprehensive Review*. Mosby 1996:126-140.

Shulman M. Analgésicos nuevos para administración general. En: Clínicas de anestesiología de norteamérica. Conceptos actuales en el control del dolor agudo. 1992:315-336.

Buck M, Norwood V. Ketorolac-induced Acute Renal failure in a previously Healthy Adolescent. *Pediatrics*1996; 98 (2) 294-296.

Rodríguez de la Serna A, Baños J. Utilización clínica de los antiinflamatorios no esteroideos por vía tópica. *Dolor* 1995;10:143-151.

Santana E, Aliaga L. Aplicación del EMLA en bloques locorreregionales y tratamiento del dolor crónico. *Dolor* 1995;10:162-168.

Marco J, Torres J. Utilización del EMLA en Pediatría. *Dolor* 1995;10:169-175.

Mosser K. Transdermal Fentanyl in Cancer Pain. *Am Fam Phys* 1992; 45:2289-2294.

Schechter N, Wisman S, Rosenbloom M, Bernstein B, Conard P. The Use of Oral Transmucosal Fentanyl Citrate for Painful Procedures in Children

- 1.- Yaster M, Berdech, Billet C. The management of Opioid and Benzodiazepine Dependence in infants, children, and Adolescents. *Pediatrics*1996; 98(1):135-140.
- 2.- Zech D, Grond S, Lynch J, Hertel D y Lehmannk. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10 year prospective study. *Pain* 1995;63:65-76.
- 3.- Spence D, Henderson J, Control del dolor agudo en niños. En. *Clínicas de anestesiología de norteamérica. Conceptos actuales en el control del dolor agudo.* Ed. Interamericana 1992: 375-394.
- 4.- Gómez S, Ojeda M. El dolor III: Analgésicos opiáceos. En: González Barón et al *Tratado de medicina paliativa y tratamientos de soporte en el enfermo con cáncer.* Ed. Panamericana.1996: 465-481.
- 5.- Raes G, Heavner J, Noe CE. Complex Regional Pain Syndrome. *Seminars in Anesthesia*,1996;15(1):70-87.
- 6.- Foley K, Fadul C. Tratamiento del dolor por cáncer. En: Molina Fausto. *Dolor. mecanismo y tratamiento.* Ed. Científica Interamericana, 1988: 85-101.
- 7.- Rico Pazos M. Antonieta. Antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivantes como coadyuvantes en el manejo del dolor por cáncer. *Revista Latinoamericana de dolor* 1995; 1(3):16-20.
- 8.- Haddox David J. Coanalgesic Agents. En: Raj Prithvi. *Pain Medicine. A comprehensive Review.* Ed. Mosby 1996:142-153.
- 9.- Ordoñez GA, de Castro J, León. A. El dolor. IV: Tratamiento adyuvante. En: González Barón et al ed. *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.* Ed. Médica Panamericana 1996:483-494 .
- 10.- Molly AR, Cusins MJ. Neural blockade in chronic pain. *Aust Fam Phys* 1994; 23(12): 2295-2301.
- 11.- Pozo Martín DEL, Ruigómez R. Técnicas invasivas en el tratamiento del dolor. En: González Barón et al. ed. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.* Ed. Médica Panamericana 1996:495-507 .
- 12.- Calvo M, Muñoz García C. El dolor: Radioterapia antiálgica. En. González Barón et. al. ed. *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer.* Ed. Medica Panamericana 1996. 509-518

- Raj PP, Ravck RL, Raes. Autonomic Nerve Blocks. En: Raj Prithvi Pain Medicine, A comprehensive Review. Ed. Mosby 1996:227-256.
- Vickers R, Cousin M. Management of chronic orofacial pain. Aust Fam Phys. 1994;23(12) : 2315-2231.
- Raj PP. Diagnostic Nerveblock. En: Raj Prithvi ed. Pain Medicine. A comprehensive Review. Ed. Mosby 1996:83-91.
- McIndoe R, A behavioural approach to the management of chronic pain. A self management perspective. Aust Fam phys 1994;23(12):2284-2292.
- Trumble E, Kregel MP. Physical Therapy. En: Raj P.ed. Pain Medicine. A comprehensive Review. Ed. Mosby 1996:335-339
- Vázquez de la Torre y Reig Ruigómez E. Visión Integrada del tratamiento antiálgico. En: González Barón et. al. ed. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médica panamericana, 1996:519-528
- González Barón M. Concepto de Medicina Paliativa. Tratamientos de soporte en oncología. Papel del Médico de familia en la medicina paliativa Oncológica. En: González Barón et. al. ed. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médico panamericana 1996:1-12.
- Fuente Hontañon de la, Torre Burgoa de la, González Barón. La asistencia primaria y el enfermo terminal. En: González Barón et al. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médico panamericana 1996:1137-1149 .
- Ordóñez Gallego, Espinosa E, Arroyo. Papel del Médico de Cabecera en la atención al enfermo con cáncer, papel de otros especialistas. En: González Barón et.al. (ed) Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Médica Panamericana 1996:115-128.
- Cano Alcaide M, Fernández Vargas A, Arcos Pozo, Odrizola, El enfermo terminal desde la perspectiva del médico de atención primaria. Aten Primaria 1996;18(1):326.
- Vázquez R, García B, Vicios S, Sánchez S. Actitudes de los médicos de centros de salud hacia el paciente terminal. Aten Prim 1996;18(1) 325.
- Fernández Bueno, Tejero C, González J, Sacristán R, Agreá V, Viñals. Paracentesis a domicilio en pacientes oncológicos terminales. Aten Primaria 1996;18(1):325.

- Smith M, Yven K. Palliative care in the home The GP/home hospice team. *Aust Fam Phys* 1994;23(7):1260-1265.
- Cía Ramos, Torres M, Bocetao, Colmenero C, Prieto G, Rodríguez-Piñeiro. Cuidados paliativos y fallecimiento en domicilio de enfermos terminales en hospitalización domiciliaria. *Aten Primaria* 1996; 18 (1): 325-326.
- Buitrage F, Mendoza-Espejo R. La visita domiciliaria en el quehacer del médico de familia. *Aten Primaria* 1995; (5): 271-272.
- Kuthy Ma. I. El paciente terminal y su familia. *Revista del Residente de Psiquiatría*. 1993; 4(2): 22-25.
- Navigante AH, Litovska S. El paciente terminal: Un enfoque epistemológico. *Quirón*, 1996;(27)2: 42-45.
- Mitchell G. The role of the general practitioner in palliative care. *Aust Fam Phys* 1994;23(7):1233-1239.
- Howarth G, Baba WK. Preventing crises in palliative care in the home. *Can Fam Phys* 1995(41):439-444.
- Guevara Briz A. Aspectos psiquiátricos en pacientes con dolor crónico. *Revista Anestesia en México* 1995;(3):161-165.
- Murillo Capitán E. La calidad de vida del enfermo neoplásico. En: González Barón et.al. (ed). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Ed.Médica panamericana 1996; 67-83.
- Artal Cortés, Antón Torres: Toxicidad digestiva del tratamiento antineoplásico :II fisiopatología del vómito. Control de las náuseas y vómitos inducidos por la terapia antineoplásica. En: González Barón et.al.(ed). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Ed.Médica panamericana.1996: 177-209.
- Cella David. Quality of Life: Concepts and Definition. *J. Pain Symptom Manage* 1994;9:186-192.
- Altisent R Bioética y enfermedad terminal. ¿Necesita España una ley de Eutanasia? *Atención Primaria* 1995,(15)1-60-66.

- Haq Cynthia, Ventres W, Hunt V, Mull D, Thompson R, Rivo M, Johnson P. Donde no hay médico de familia: El desarrollo de la medicina familiar en el mundo. Bol. Oficina Sanit Panam .1996;120(1) 44-58.
- Rodríguez AY, Díaz OC, García C. La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos. Gac. Med. Méx. Vol. 131(3.) 329-333.
- Gómez SM, Ojeda M, Agrafojo E. Mendoza. et. al. El voluntariado en el acompañamiento de enfermos terminales. Rev. Soc. Esp. Dolor 1995(II): 53-60.
- Castillo Acosta T, Thompson S. Grupo de apoyo de duelo: Alternativas de Tratamiento-Estrategias de Aprendizaje. Médico de Familia. 1995;4(1): 6-10.
- Vachon M, Kristjanson L. Higginson I. Psychosocial Issues in Palliative Care: The Patient, the family, and the Process and outcome of care. J Pain Symptom Manage 1995; 10:142-150.
- Winckelmann SR. El duelo como proceso psicológico. Revista del Residente de Psiquiatría 1993; 4(3):10-15.
- Schuetz B. Spirituality and Palliative Care. Aust Fam Phys 1995;24(5) 775-777
- Cimas HJE, Rodríguez GF, Fernández D, López M. Et al Revelación de la verdad a pacientes diagnosticados de cáncer. Atención Primaria 1996;18 (4):66-73.
- Gómez Sancho M. El acercamiento de la muerte. En: Gómez Sancho M.(ed) Como dar las malas noticias en Medicina 1a. ed. ASTA Médica. 1996 107-113 España.
- Gómez Sancho M. Morir con Dignidad. En: Gómez Sancho M.(ed) Como dar las malas noticias en Medicina. 1a. ed. ASTA Médica. 1996: 115-117.
- La formación del médico en medicina paliativa: un instrumento para cambiar los hábitos en el manejo del dolor. En: *Cancer Pain Release*. Centro Colaborador de la OMS en políticas públicas y comunicaciones en cáncer. Madison Wisconsin, EE.UU. 1996; 9(3):1-8.
- Hernández Sonia Manejo del Dolor en el paciente pediátrico. En: Dolor 3. Galo Editores. 1996; 1-15

ANEXO I

	Dosis estándar (mg)	Dosis para embarazadas (mg/día)	Indicaciones	Contraindicaciones	Somático	Neuro-psíquico	Visceral	Contraindicaciones	Administración	Efectos secundarios
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve-moderado más usado en niños. Anaprilol, no es antiinflamatorio. Se encuentra combinado con codeína.	X			Nivolol, Tempra Panadol supositorios 120mg, 125 mg 325mg, 650 mg Solución Oral (70mg/5ml, 130mg/5ml, 160mg/5ml, 48mg/ml, 167mg/ml, 325mg/ml, 100mg/ml) Tylex 750, 35lex CD* Tibs 325 mg, 500mg, 650mg, 80mg, 160mg	Oral, rectal	V O 5-30 min
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Minimamente del gastrointestinal sin efectos en la función plaquetaria a dosis usuales. Enzima inhibidora de prostaglandina sintasa-2.	X				Oral	
	200 mg/día	100 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve-moderado, antiinflamatorio. Antirreumático e plaquetario, antiagregante.	X			Aspirina, Bufferin, Asteptin entre otros 300, 500 mgs	Oral	V O 3-30 min
	200 mg/día	150 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Menor toxicidad gastrointestinal que la aspirina. Dolor leve a moderado.	X			Dolobid tabs 293 mg de salicilato sódico con 362mg de salicilato de magnesio	Oral	V O > 60 min para efecto analgésico
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve a moderado. La dosis para enfermedad inflamatoria es más alta.	X			Trisilate tabs 293 mg de salicilato sódico con 362mg de salicilato de magnesio	Oral	V O 5-30 min
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve a moderado. Mínima toxicidad GI sin efectos en la función plaquetaria a dosis recomendada.	X			Discalid, Argesic 500mg, 750mg Antran G 250mg	Oral	V O 5-30 min
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve a moderado, metástasis óseas.	X			Advil, Malm entre otros 200, 400, 600, 800 mgs	Oral	V O efecto analgésico <30 min efecto antiinflamatorio < 1 hr efecto antiinflamatorio < 7 días
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve a moderado, metástasis óseas.	X			Naxen, Ibanax entre otros 125 mg, 250 mg, 500 mg	Oral	V O efecto analgésico 30-60 min Efecto antiinflamatorio < 14 días
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve a moderado. La dosis para enfermedad inflamatoria es más alta.	X			Maflox caps 200 mg, 300mg, 600mg Tibs 600mg	Oral	V O efecto analgésico 15-30 min Efecto antiinflamatorio < 2 días
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve a moderado. La dosis para enfermedad inflamatoria es más alta.	X			Orudis 25 mg, 50 mg, 75mg Oruvail 200mg	Oral	V O efecto analgésico 15-30 min
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve-moderado (dolor por metástasis óseas) Enfermedades inflamatorias.	X			Indocid caps 25mg entre otras	Oral, rectal Paracetamol (solo disponible en B U A para tratamiento de persistencia de I con conducto arterioso)	Efecto analgésico V O 15-30 minutos efecto anti inflamatorio < 7 días
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Después de la dosis inicial, se puede disminuir de acuerdo a la respuesta del paciente.	X			Clinoril 150mg, 200mg	Oral	Efecto analgésico 15-30 min V O efecto antiinflamatorio < 7 días
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor leve-moderado. Tiene potencia analgésica similar a Iridometaxona sulfidada.	X			Voltaren 25mg, 50mg, 75mg	Oral + en gel para uso tópico	V O efecto analgésico 15-30 minutos
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Dolor moderado. Montonax pruebas de función renal.	X			Tamadol Dolac 10mg Tabs ampullas 30 mg	Oral parenteral	Efecto analgésico 1 V < 1 minuto 1 M < 10 minutos V O < 1 hora
	300 mg/día	200 mg/día	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica.	Tratamiento sintomático de enfermedad inflamatoria.	X			Tolcein tabs 200 mg caps 400 mg 1 tabe con capa entérica de 600 mg	Oral	V O efecto analgésico 15-30 min efecto antiinflamatorio < 7 días

N.º	Dosis recomendada (mg/kg)	Dosis máxima permitida (mg/kg)	Precauciones	Contraindicaciones	Tipo de dolor			Presentación Comercial	Vías de Administración	Inicio de Acción
					Somático	Neuropático	Visceral			
1	20 mg (1-2 mg/kg)	40	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica	En amoniaco sintomático de enfermedades inflamatorias moderadas a severas	X			Felidene caps 10 y 20mg V Gel	Oral topico	V O efecto analgésico 30-60 min. efecto antiinflamatorio, 7-12 días
2	20 mg (1-2 mg/kg)	40	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica	La duración de la terapia podría no exceder de una semana para el alivio del dolor o de 3 días para aliviar la dismenorrea primaria	X		X	Ponstan 500 mg capsulas Ponstel 250 mg	Oral	V O efecto analgésico 30-60 minutos
3	20 mg (1-2 mg/kg)	40	Embarazadas. Puede causar daño a la mucosa gástrica	La duración de la terapia podría no exceder de una semana para el alivio del dolor o de 3 días para aliviar la dismenorrea primaria	X			Mecloren caps 50 mg 100 mg	Oral	Efecto analgésico
4	1 mg a 24 mg o 20 mg a 6-12 hrs (4-8 mg/kg)	2400	Precauciones: evitar en embarazadas, enfermedad hepática	Metastasis óseas. Tratamiento sintomático de enfermedades inflamatorias leves a moderadas	X			Lodine caps 200-300 mg	Oral	Efecto analgésico 15-30 minutos
5	3 mg a 8 mg (1-12 mg/kg V O)	2200	Artralgias, embarazo, Protoporfiria	Es útil como antiespasmódico	X		X	Nicomelubina entre otros Fanalbe 250 mg Sol-gotas 500mg Sol. Inyectable 500 mg Supositorios 10 gr Supositorios infantil 300mg Tabletas 500 mg	Oral, parenteral, rectal	Efecto analgésico V O 15-30 minutos
6	12-22 mg a 6 hrs	1000	Embarazadas, alérgico, crisis asmáticas	Menor efecto ultracorto. No produce alteraciones en la coagulación a dosis recomendadas	X			Furax 125 y 250 mg Dorixma 125 y 250 mg Inyectable 100 mg	Oral, parenteral	Efecto analgésico V O 15-30 minutos

	Vida media horas	Duración de la acción	Dosis Estandart (mg)	Dosis máxima recomendada (mg/día)	Comentarios	Presentación Comercial	Vías de Administración	Inicio de Acción
	2-3	3-6 horas	15-60mg c/4 hrs (0.5mg/kg)	120 mg	También es antitussivo Agonista puro de receptores mu atraviesa la barrera placentaria	Tylox CD en combinación con acetaminofén 325mg codeína 30 mg	Oral	15-30 minutos V.O
	3	4-6 horas	50-100 mg c/6 hrs (1mg/kg)	800 mg	Es de acción agonista débil sobre receptores mu	Tradol cápsulas 50 mg Sol gotas 100 mg/ml Sol iny 100 mg Nobfligan supositorios 100 mgs	Oral, rectal parenteral	15-30 minutos V O
	2-3 hrs	4-6 hrs	65mg c/4 hrs	390 mg	No combinarlos con alcohol agonista débil	Darvón 65 mg o en combinación con AINE y presentación de 33,66mg	Oral, parenteral	15-30 minutos V O
	2-3 hrs	4-12* hrs *Si es de acción retardada	10-60 mg c/4 hrs titular con incrementos del 25-50% c/8 - 24 hrs		Agonista puro de los receptores mu, no tiene dosis techo para la analgesia	Analfin 10, 15, 30, 60-100mg MST continuos de liberación controlada 10-30, 60-100 mgs entre otras	Oral, parenteral S C rectal, epidural, intratecal	IV < 1 min IM 1-5 min S C. 15-30 min V O 15-60 min
	5-10 hrs (dependiendo de la vía de administración)	20-60 min. IV, IM 1-2 hrs Transdérm co 3 días Inyección oral, 1-2 hrs	200-400 mcg (5-15 mcg/kg) c/4-6 hrs (mucosa oral) Transdérmico inicial 25-50mcg/hrs		Agonista puro de los receptores mu	Durogésic parches de 25 mcg/hr, 50 mcg/hrs 75mcg/hr 100 mcg/hr	Mucosa oral, parenteral, Transdérmico, epidural, espinal	IV 30 seg, IM < 8 min Transdérmico 12-18 hrs Mucosa oral 5- 15 min
	5-15 hrs dependiendo de la vía de administración	6 horas	0.3-0.6mg (6-12mcg/kg) c/6-8hrs	2.4 mg	Agonista parcial de los receptores mu Dosis techo	Temgéstic 0.2 mgr S L Sol Iny 0.3 mgr.	Sublingüal o parenteral	IV < 1 minuto IM. 15 minutos

	Dosis	Dosis Maxima	Inicio de Acción	Duración de la acción	Indicaciones	Comentarios	Presentación Comercial
	Dosis Depresión Dosis normal A) 100 (2 mg/kg) e/12 hrs Susp. oral 150 mg (1 mg/kg) 2-3 veces al día	1600 mg x día	Efecto analgésico de 3-4 días	Efectos anticonvulsivantes 25-26 hrs vida media	Dolor neuropático Depresión Epilepsia	La dosis puede incrementarse por arriba de 200 mg. Las dosis anticonvulsivantes son diferentes. Monitorizar células sanguíneas y función hepática	Tegretol, Carbazinc tabletas 200 mgs entre otros
	Dosis 10-15 mg 2-4 mg/kg 2-4 veces al día Anticonvulsivante Carga IV/VO 1 g (10-15mg/kg) Dosis de mantenimiento 3 dosis Monitorizar con IV/PO 100mg Dosis 5mg/kg día no exceder 2.5 mg/min IV o 5.15 mg/kg minuto en niños Antidémico IV 2.5mg/kg e 5min	400 mg x día (10-15mg x kg) V (2-4mg/kg/día) VO	Efecto analgésico 3-5 días	Efecto anticonvulsivante 10-15 hrs	- Dolor neuropático - Anticonvulsivante - Antiarrítmico	Monitorizar niveles séricos Conteo sanguíneo periódico Se asocia con Dermatitis exfoliativa y puede provocar Síndrome de Stevens-Johnson	Dilantin, Phenytoin Sodium Tabs 50mg Susp Oral 6mg/ml 25mg/ml Inyecciones 50 mg/ml
	Dosis VO 250-2950mg 15-20mg/kg e 12 hrs Anticonvulsivante VO 15 mg/kg día si crece, tar 1-10 mg/kg/día si las crisis no se controlan	40 mg/kg/día	Efecto anticonvulsivante VO <15min Efecto analgésico 3-5 días	Efecto anticonvulsivante 5-20 hrs (Vida media)	-Dolor neuropático - Anticonvulsivante	El retiro del medicamento en forma súbita puede precipitar estatus epilepticus, puede provocar Síndrome de Stevenson-Johnson	Depakene cáps 250mg Sol 50 mg/ml entre otras presentaciones

	Dosis	Dosis Maxima	Inicio de Acción	Duración de la acción	Indicaciones	Comentarios	Presentación Comercial
11	15-30 mg c/12 hrs	4 mg por día	20 - 30 min VO	6-10 hrs VO	Sedación Ataques de pánico Ansiedad	Eliminación hepática y renal contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado	Xanax tabs 0.25 mg, 0.5 mg/mg, 2 mg
12	5-10 mg (0.1-0.2 mg/Kg) c/8 hrs	300 mg por día	15-30 min VO	VO 2-6 hrs	Sedación Suspensión aguda de alcohol Síndromes dolorosos crónicos	Eliminación hepática, contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado	Librium caps 5 mg, 10 mg, 25 mg entre otros
13	1-2 mg (0.01-0.02 mg/Kg) c/12-8 hrs	7 mg por día	20-30 min VO	6-10 hrs VO	Anticonvulsivante Tratamiento de dolor neuropático	Puede causar hipotensión, hiper- tensión, bradicardia taquicardia, Sedación, agitación amnesia, Contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado	Klonopine tabs 0.5 mg, 1 mg, 2 mg
14	5-10 mg c/12 hrs 5-10 mg/kg (IV)	30 mg por día	VO 15-60 minutos IV < 2 min rectal < 10 min	VO 2-6 hrs IV 15-60 min	Neuralgia del trigémino Anticonvulsivante Retiro agudo de alcohol Ataques de pánico	Contraindicado en glaucoma de ángulo abierto Reducir dosis en pacientes ancianos, puede causar bradicardia, hipotensión	Valium tabs 2 mg, 5 mg, 10 mg entre otros
15	2-3 mg c/12 hrs In ancianos. 1-2 mg de cada 4-6 hrs [IV/IM 1-4 mg (0.02-0.08 mg/Kg) Anticonvulsivo VO 1-2 c/12 hrs IV 0.5-1 mg (0.01-0.02 mg/Kg)]	9 mg por día	IV 1-5 min IM 15-30 min VO 20-30 min	6-10 min	Sedación Tratamiento de náusea y vómito inducido por quimioterapia Ansiedad	Eliminación hepática y renal Contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo cerrado	Ativan tabs 0.5 mg, 1 mg, 2 mg entre otros
16	VO 20-40 mg (0.5-0.75 mg/Kg) Intranasal 0.2-0.3 mg/Kg IV 0.5-5 mg (0.025-0.1 mg/Kg) IM 2.5-10 mg (0.05-0.2 mg/Kg) Anticonvulsivante IM 2.5 mg (0.05-0.1 mg/Kg) C 10-15 min	40 mg por día VO	IV 30-60 seg IM 15 min PO/Rectal < 10 min Intranasal < 5 min	IV/IM 15-80 min PO/Rectal 2-6 hrs	Sedación preoperatoria Anticonvulsivante	Puede causar, depresión ventila- toria Contraindicado en pacientes con glaucoma de ángulo abierto	Dormicum 1 mg/ml, 5 mg/ml Sol Iny

	Dosis	Dosis Máxima	Inicio de Acción	Duración de la acción	Indicaciones	Comentarios	Presentación Comercial
Antidepresivos	Síndromes Dolorosos Inicial V.O. 25-100mg (5mg/kg) diariamente por la mañana Mantenimiento V.O. 20-200mg (2-4mg/kg) diariamente por la noche Depresión Inicial V.O. 75-100mg (3-4mg/kg) dividido en 1-4 dosis Mantenimiento V.O. 50-300mg (2-4mg/kg) dividido en 1-4 dosis	300 mg	Efecto analgésico V.O. < 5 días Efecto antidepresivo V.O. 1-2 semanas	Efecto antidepresivo variable	- Depresión - Síndromes dolorosos neuropáticos que incluyen neuropatía diabética, neuralgia Postherpética, neuralgia del trigémino, alteraciones de la ansiedad, dolor por cáncer, migrañas alteraciones de apetito enuresis.	No administrar intravenoso	Tofranil 10mg, 25mg, 50mg Inyección 12.5mg/ml
	Síndromes Dolorosos Inicial V.O. 10-50mg (2-5mg/kg) por la noche diariamente. Los incrementos si son necesarios deben hacerse de 10-25mg Mantenimiento V.O. 10-150mg (2-3mg/kg) por la noche diariamente Depresión V.O. inicial 50-100mg (1-2mg/kg) diariamente dividido de 1-4 dosis Mantenimiento V.O. 50-150mg (1-3mg/kg) divididos de 1-4 dosis	150 mg	Efecto analgésico V.O. < 5días Efecto antidepresivo V.O. 1-2 semanas	Efecto antidepresivo variable	- Depresión - Síndromes dolorosos neuropáticos que incluyen neuropatía diabética, neuralgia Postherpética, neuralgia del trigémino alteraciones de la ansiedad, dolor por cáncer, migrañas alteraciones de apetito enuresis	Dosis bajas pueden usarse en pacientes adolescentes y geriátricos. Monitorizar niveles séricos cuando la dosis exceda de 100mg x día	Pamelor Aventyl caps 10 mg 25mg, 50mg, 75mg Solución oral, 2mg/ml

Antidepresivos: No administrar antidepresivo solo en hospitalización

Indicaciones	<p>- Depresión</p> <p>- Síndromes dolorosos neuropáticos que incluyen: neuropatía diabética, neuralgia Positively-tica, neuralgia del trigémino at-tica, migrañas alérgicas, dolor por cáncer, migrañas alérgicas, enuresis</p>	<p>Las dosis para el tratamiento de los dolores generados por las usadas para el tratamiento de los dolores agudos son:</p> <p>100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 300mg, 350mg, 400mg, 450mg, 500mg, 550mg, 600mg, 650mg, 700mg, 750mg, 800mg, 850mg, 900mg, 950mg, 1000mg, 1050mg, 1100mg, 1150mg, 1200mg, 1250mg, 1300mg, 1350mg, 1400mg, 1450mg, 1500mg, 1550mg, 1600mg, 1650mg, 1700mg, 1750mg, 1800mg, 1850mg, 1900mg, 1950mg, 2000mg, 2050mg, 2100mg, 2150mg, 2200mg, 2250mg, 2300mg, 2350mg, 2400mg, 2450mg, 2500mg, 2550mg, 2600mg, 2650mg, 2700mg, 2750mg, 2800mg, 2850mg, 2900mg, 2950mg, 3000mg, 3050mg, 3100mg, 3150mg, 3200mg, 3250mg, 3300mg, 3350mg, 3400mg, 3450mg, 3500mg, 3550mg, 3600mg, 3650mg, 3700mg, 3750mg, 3800mg, 3850mg, 3900mg, 3950mg, 4000mg, 4050mg, 4100mg, 4150mg, 4200mg, 4250mg, 4300mg, 4350mg, 4400mg, 4450mg, 4500mg, 4550mg, 4600mg, 4650mg, 4700mg, 4750mg, 4800mg, 4850mg, 4900mg, 4950mg, 5000mg, 5050mg, 5100mg, 5150mg, 5200mg, 5250mg, 5300mg, 5350mg, 5400mg, 5450mg, 5500mg, 5550mg, 5600mg, 5650mg, 5700mg, 5750mg, 5800mg, 5850mg, 5900mg, 5950mg, 6000mg, 6050mg, 6100mg, 6150mg, 6200mg, 6250mg, 6300mg, 6350mg, 6400mg, 6450mg, 6500mg, 6550mg, 6600mg, 6650mg, 6700mg, 6750mg, 6800mg, 6850mg, 6900mg, 6950mg, 7000mg, 7050mg, 7100mg, 7150mg, 7200mg, 7250mg, 7300mg, 7350mg, 7400mg, 7450mg, 7500mg, 7550mg, 7600mg, 7650mg, 7700mg, 7750mg, 7800mg, 7850mg, 7900mg, 7950mg, 8000mg, 8050mg, 8100mg, 8150mg, 8200mg, 8250mg, 8300mg, 8350mg, 8400mg, 8450mg, 8500mg, 8550mg, 8600mg, 8650mg, 8700mg, 8750mg, 8800mg, 8850mg, 8900mg, 8950mg, 9000mg, 9050mg, 9100mg, 9150mg, 9200mg, 9250mg, 9300mg, 9350mg, 9400mg, 9450mg, 9500mg, 9550mg, 9600mg, 9650mg, 9700mg, 9750mg, 9800mg, 9850mg, 9900mg, 9950mg, 10000mg</p>	<p>Indicaciones</p> <p>- Depresión</p> <p>- Síndromes dolorosos neuropáticos que incluyen: neuropatía diabética, neuralgia Positively-tica, neuralgia del trigémino at-tica, migrañas alérgicas, dolor por cáncer, migrañas alérgicas, enuresis</p>	<p>Valorar estado emocional del paciente. Mejor resultado analgésico en combinación con AINES o/y opiáceos</p>	<p>Comentarios</p>	<p>Presentación Comercial</p> <p>Trypiano) 25 mg</p> <p>entre otras presentaciones</p>
Dosis	<p>100 mg x día</p>	<p>100 mgs</p>	<p>100 mgs</p>	<p>100 mgs</p>	<p>100 mgs</p>	<p>100 mgs</p>
Inicio de Acción	<p>V.O. < 5 días</p>	<p>Efecto analgésico</p>	<p>Efecto analgésico</p>	<p>Efecto analgésico</p>	<p>Efecto analgésico</p>	<p>Efecto analgésico</p>
Duración de la acción	<p>s.v.o V.O variable</p>	<p>Variable</p>	<p>Variable</p>	<p>Variable</p>	<p>Variable</p>	<p>Variable</p>
Indicaciones	<p>- Depresión</p> <p>- Síndromes dolorosos neuropáticos que incluyen: neuropatía diabética, neuralgia Positively-tica, neuralgia del trigémino at-tica, migrañas alérgicas, dolor por cáncer, migrañas alérgicas, enuresis</p>	<p>Las dosis para el tratamiento de los dolores generados por las usadas para el tratamiento de los dolores agudos son:</p> <p>100mg, 150mg, 200mg, 250mg, 300mg, 350mg, 400mg, 450mg, 500mg, 550mg, 600mg, 650mg, 700mg, 750mg, 800mg, 850mg, 900mg, 950mg, 1000mg, 1050mg, 1100mg, 1150mg, 1200mg, 1250mg, 1300mg, 1350mg, 1400mg, 1450mg, 1500mg, 1550mg, 1600mg, 1650mg, 1700mg, 1750mg, 1800mg, 1850mg, 1900mg, 1950mg, 2000mg, 2050mg, 2100mg, 2150mg, 2200mg, 2250mg, 2300mg, 2350mg, 2400mg, 2450mg, 2500mg, 2550mg, 2600mg, 2650mg, 2700mg, 2750mg, 2800mg, 2850mg, 2900mg, 2950mg, 3000mg, 3050mg, 3100mg, 3150mg, 3200mg, 3250mg, 3300mg, 3350mg, 3400mg, 3450mg, 3500mg, 3550mg, 3600mg, 3650mg, 3700mg, 3750mg, 3800mg, 3850mg, 3900mg, 3950mg, 4000mg, 4050mg, 4100mg, 4150mg, 4200mg, 4250mg, 4300mg, 4350mg, 4400mg, 4450mg, 4500mg, 4550mg, 4600mg, 4650mg, 4700mg, 4750mg, 4800mg, 4850mg, 4900mg, 4950mg, 5000mg, 5050mg, 5100mg, 5150mg, 5200mg, 5250mg, 5300mg, 5350mg, 5400mg, 5450mg, 5500mg, 5550mg, 5600mg, 5650mg, 5700mg, 5750mg, 5800mg, 5850mg, 5900mg, 5950mg, 6000mg, 6050mg, 6100mg, 6150mg, 6200mg, 6250mg, 6300mg, 6350mg, 6400mg, 6450mg, 6500mg, 6550mg, 6600mg, 6650mg, 6700mg, 6750mg, 6800mg, 6850mg, 6900mg, 6950mg, 7000mg, 7050mg, 7100mg, 7150mg, 7200mg, 7250mg, 7300mg, 7350mg, 7400mg, 7450mg, 7500mg, 7550mg, 7600mg, 7650mg, 7700mg, 7750mg, 7800mg, 7850mg, 7900mg, 7950mg, 8000mg, 8050mg, 8100mg, 8150mg, 8200mg, 8250mg, 8300mg, 8350mg, 8400mg, 8450mg, 8500mg, 8550mg, 8600mg, 8650mg, 8700mg, 8750mg, 8800mg, 8850mg, 8900mg, 8950mg, 9000mg, 9050mg, 9100mg, 9150mg, 9200mg, 9250mg, 9300mg, 9350mg, 9400mg, 9450mg, 9500mg, 9550mg, 9600mg, 9650mg, 9700mg, 9750mg, 9800mg, 9850mg, 9900mg, 9950mg, 10000mg</p>	<p>Indicaciones</p> <p>- Depresión</p> <p>- Síndromes dolorosos neuropáticos que incluyen: neuropatía diabética, neuralgia Positively-tica, neuralgia del trigémino at-tica, migrañas alérgicas, dolor por cáncer, migrañas alérgicas, enuresis</p>	<p>Valorar estado emocional del paciente. Mejor resultado analgésico en combinación con AINES o/y opiáceos</p>	<p>Comentarios</p>	<p>Presentación Comercial</p> <p>Trypiano) 25 mg</p> <p>entre otras presentaciones</p>

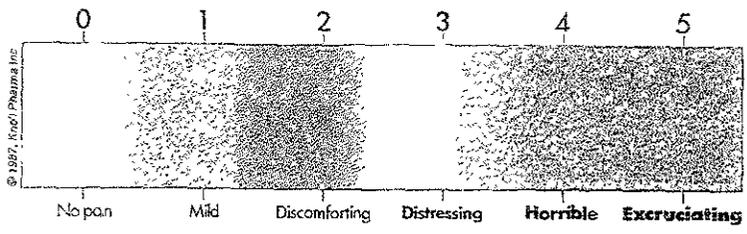
Clasificación	Dosis	Máxima Recomendada	Inicio de acción	Indicaciones	Comentarios	Duración de la acción	Presentación Comercial
Anestésico	1 mescl. hipo VO/IM 10-50 mg (0.25-0.55 mg/kg) 3 o 4 veces diario rectal 50-100 mg (1 mg/kg) IV 25-50 mg	IM en niños: 40 mg/día (< 5 años de edad) 75 mg/día (5-12 años de edad)	Antipsicótico y Antiemético IV/IM, 30 minutos VO 30-60 minutos	Antipsicótico antiemético, tratamiento del dolor de miembro fantasma dolor neuropático hipo	Se observa hipotensión con la administración parenteral	Efectos antipsicóticos y antieméticos VO 4-6 hrs, IM 3-4 hrs	Largactil 25 mg y 100 mg tabletas ampolleta 25 mg/ 5 ml
Dolor neuropático	Dolor 0.5 - 10mg (0.05 - 0.2 mg/kg) VO en dosis divididas Antipsicótico VO 0.5-5 mg dos o tres veces al día En niños 0.05-0.15 mg/kg/día)	20 mg al día VO adultos	1-2 horas	Antiemético, antipsicótico coadyuvante en el tratamiento del dolor neuropático, neuropatía diabética	Produce fenómenos extrapiramidales.	Efecto antiemético 12 - 38 horas.	Tabletas 5 mg y 10 mg Gotas 2 mg/ml Sol. Inyectable 5 mg/ml.
Antiinflamatorio	Dolor neuropático y óseo VO 30-100 mg diarios divididos en 2-4 dosis Neuralgia Postherpética (profilaxis) VO 60-80 mg diarios dividido en 2-4 dosis Enfermedades inflamatorias VO 5-60 mg diarios dividido en 2-4 dosis		Efecto antiinflamatorio VO a los pocos minutos Efecto pico Anti-inflamatorio 12-24 horas	- Linfedema - Dolor óseo refractario a tratamiento - Dolor neuropático - Profilaxis de la neuralgia Postherpética - Tratamiento de enfermedades inflamatorias. - Asma bronquial - Neumonitis por aspiración - Reacciones alérgicas	- No usar AINES - Disminuir gradualmente antes de retirarlo	30 - 36 horas	Meticortén Tabletas 5 mg , 20 mg 50 mgs

Clasificación	Dosis	Inicio de acción	Indicaciones	Comentarios	Duración de la acción	Presentación Comercial
<p>En el dolor de</p> <p>En el dolor de</p>	<p>Dolor óseo y neuropático</p> <p>Inicial IV 16 mg ó VO 20 - 100 mg</p> <p>Mantenimiento</p> <p>4 - 8 mg c/6 hrs por 1 - 2 semanas</p> <p>Compresión aguda de la médula espinal.</p> <p>IV 16 - 100 mg/día</p> <p>Mantenimiento</p> <p>IV 16 mg/día durante la radioterapia</p> <p>Edema cerebral</p> <p>IV 10 mg seguido de 4 mg/M c/6 hrs ó VO 1 - 3 mg disminuir dosis gradualmente a los 5 - 7 días</p>	<p>Efectos antiinflamatorios I V/I.M. a los pocos minutos</p> <p>Efecto pico antiinflamatorio I V/I.M 12-24 horas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento del dolor óseo refractario - Compresión maligna de la médula espinal - Dolor causado por lesiones malignas, del plexo braquial y lumbosacro - Tratamiento de enfermedades inflamatorias, edema cerebral, neumonitis por aspiración, asma bronquial - Dolor miofascial con puntos gatillo - Reacciones alérgicas - Prevención del rechazo en órgano trasplante - Terapia de reemplazo en insuficiencia adrenocortical 	<p>Evitar usar AINES con el tratamiento esteroideo</p> <p>Cuando se quiera discontinuar su uso disminuir la dosis gradualmente</p>	<p>IV/IM</p> <p>36 - 54 hrs</p>	<p>Decadron</p> <p>Sol Inyectable. 20 mg/ml 24 mg/ml, 4 mg/ml</p> <p>Decadron</p> <p>Tabletas 0.5 mg</p> <p>Solución nasal.</p> <p>Con Dexametasona: 0.5 mg</p> <p>Neomicina 3.5 mg</p> <p>Fenilefrina 5.0 mg</p> <p>Solución Oftálmica</p> <p>Dexametasona. c/ml= 1mg</p> <p>Neomicina.3.5 mg</p> <p>Ovulos</p> <p>Dexametasona. 0.25 mg</p> <p>Nistatina: 1,000,000 U</p> <p>Diyodohidroiquina. 100 mg</p>

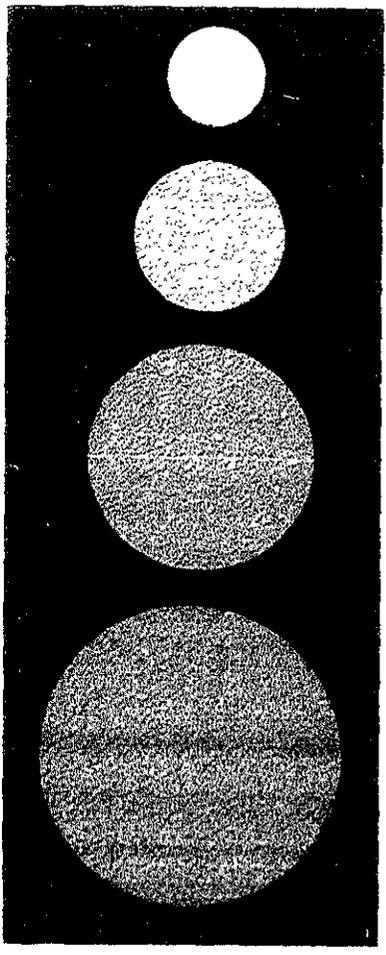
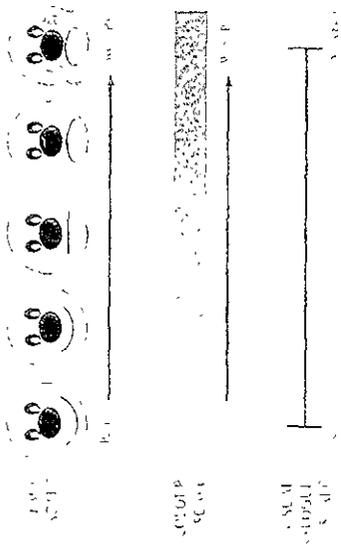
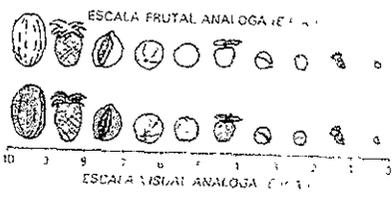
Clasificación	Dosis	Inicio de acción	Indicadores	Comentarios	Duración de la acción	Presentación Comercial
<p>Forma oral</p> <p>Medrol (corticoide)</p>	<p>2 - 60 mg divididas en 4 dosis en 4 dosis</p> <p>CO 117-1 66 mg/kg</p>	<p>Efectos antiinflamatoria, inmediatamente</p> <p>Efecto pico</p>	<p>- Enfermedades inflamatorias.</p> <p>- Asma</p> <p>- Reemplazo de esteroides</p>	<p>Contraindicada en infecciones micóticas sistémicas.</p>	<p>12 - 36 horas</p>	<p>MEDROL Tab. 2 mg, 4 mg, 8 mg, 16 mg, 24 mg, 32 mgs</p>
<p>Forma inyectable</p> <p>Medrol (corticoide)</p>	<p>IM/IM 10 mg-15 g (0.03-30 mg/Kg) diariamente dosis usual</p> <p>14-250 mg 6 veces al día</p> <p>+ I.V. bloqueo regional 80 mg diluido con hidrocaína</p>	<p>Efecto antiinflamatorio I.V. < 1 hrs</p>	<p>- Enfermedades inflamatorias</p> <p>- Asma</p> <p>- Reemplazo esteroideo</p> <p>- Daño agudo en la médula espinal</p> <p>+ Dolor mediado por el simpático</p>	<p>Descotnuar su uso gradualmente.</p> <p>Incrementa el apetito.</p> <p>Puede haber euforia</p>		<p>Solu-Medrol I.V. 6 IM 40 mg, 125 mg, 500 mg, 1000 mg, 2000 mgs.</p>
<p>Forma de Medrol</p> <p>Medrol (corticoide)</p>	<p>4 - 80 mg</p> <p>repetir en una a 5 semanas</p>		<p>- Enfermedades inflamatorias</p> <p>- Dolor miofacial</p> <p>- Dolor lumbar por hernia discal</p>			<p>Depu-Medrol 20 mg/ml, 40 mg/ml, 80 mg/ml.</p> <p>Susp. parenteral intraarticular</p>

XXIII.- APÉNDICES

ANEXO II



CLINICA DEL DOLOR



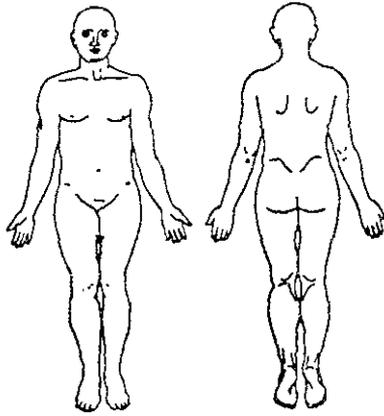
Questionario de dolor de McGill

paciente _____ fecha _____ hora _____ am/pm

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

ANTE	11 FATIGANTE AGOTANTE
E	12 REPUGNANTE SOFOCANTE
E	13 MEDROSO TEMEROSO ATERRORIZANTE
ANTE	14 PUNITIVO AGOTADOR CRUEL NOCIVO MORTAL
ANTE	15 LASTIMERO INFELIZ
E	18 CEGADOR PARTICULAR PROBLEMATICO ATROZ INTENSO
ANTE	17 EXPANSION IRRADIADO PENETRANTE PERFORANTE
ANTE	18 APRETADO ENTUMECIDO TIRANTE ESTRUJANTE DESGARRANTE
DEJO	19 FRESCO FRIO HELADO
VO	20 FASTIDIOSO NAUSEOSO MUY INTENSO TERRIBLE TORTURANTE
	PPI
	0 SIN DOLOR
	1 LEVE
	2 INCOMODO
	3 MOLESTO
	4 HORRIBLE
	5 MUY INTENSO

BREVE	RITMICO	CONTINUO
MOMENTANEO	PERIODICO	REGULAR
TRANSITORIO	INTERMITENTE	CONSTANTE



E = EXTERNO
 I = INTERNO

COMENTARIOS

Indique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de dolor sentido en las últimas 24 horas:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El Peor Dolor Imaginable

Indique su dolor haciendo un círculo alrededor del número que mejor describe la intensidad de dolor **ACTUAL**:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

El Peor Dolor Imaginable

¿Qué tratamiento o medicamento recibe para su dolor?

En las últimas 24 horas, cuánto alivio ha sentido con el tratamiento o con el medicamento? Marque con un círculo el porcentaje que mejor se adapta a su alivio:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Alivio Total

Marque un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que el dolor ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

Actividad en general

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Interfiere por Completo

Estado de ánimo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Interfiere por Completo

C. Capacidad de caminar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
fiere Interfiere
por Completo

D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
fiere Interfiere
por Completo

E. Relaciones con otras personas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
fiere Interfiere
por Completo

F. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
fiere Interfiere
por Completo

G. Capacidad de diversion

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
fiere Interfiere
por Completo