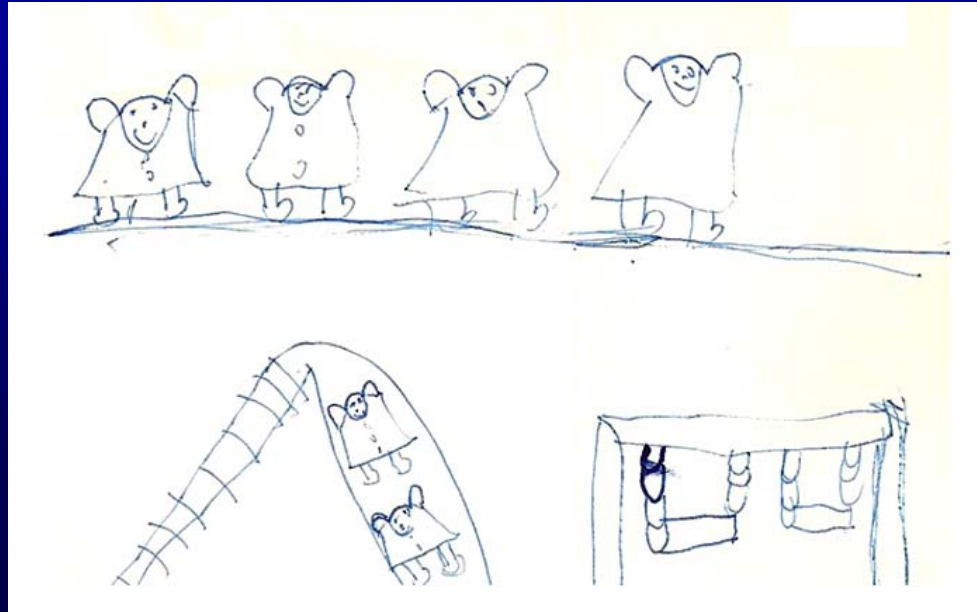


CONSIDERACIONES ACTUALES FRENTE AL DOLOR

Dolor Agudo y Dolor Crónico *Diferencias y Similitudes*

Dra. Eulalia Lascar
Jefa Unidad Cuidados Paliativos
Hospital General de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”
Cuidadospaliativos.gutierrez@gmail.com





“Dolor es aquello que la persona que lo experimenta dice que es, y existe cuando la persona dice que existe”

McCaffery M, Beebe A: “Pain, clinical manual for nursing practice”,
St. Louis, 1989.

DEFINICION DE DOLOR

(International Association for the Study of Pain, 1986)

“Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño actual o potencial de los tejidos, o descrita en términos de ese daño.”

Experimentamos el dolor de modos diferentes



Factores Moduladores del Dolor

- Personalidad. Mecanismos de afrontamiento.
- Respuestas familiares frente al dolor.
- Actitudes culturales.
- Experiencias pasadas.
- Situaciones al momento de la injuria.
- Monto del daño tisular.
- Presencia o ausencia de dolor crónico intratable.

Tipos de Dolor

1. CLINICO

- a. Agudo
- b. Crónico o Persistente

2. FISIOLOGICO

- a. Nociceptivo
- b. Neuropático

DOLOR AGUDO (dolor reciente)

Se autolimita

Sistema de alarma

Ansiedad

Comportamiento emocional

Sintomatología ruidosa

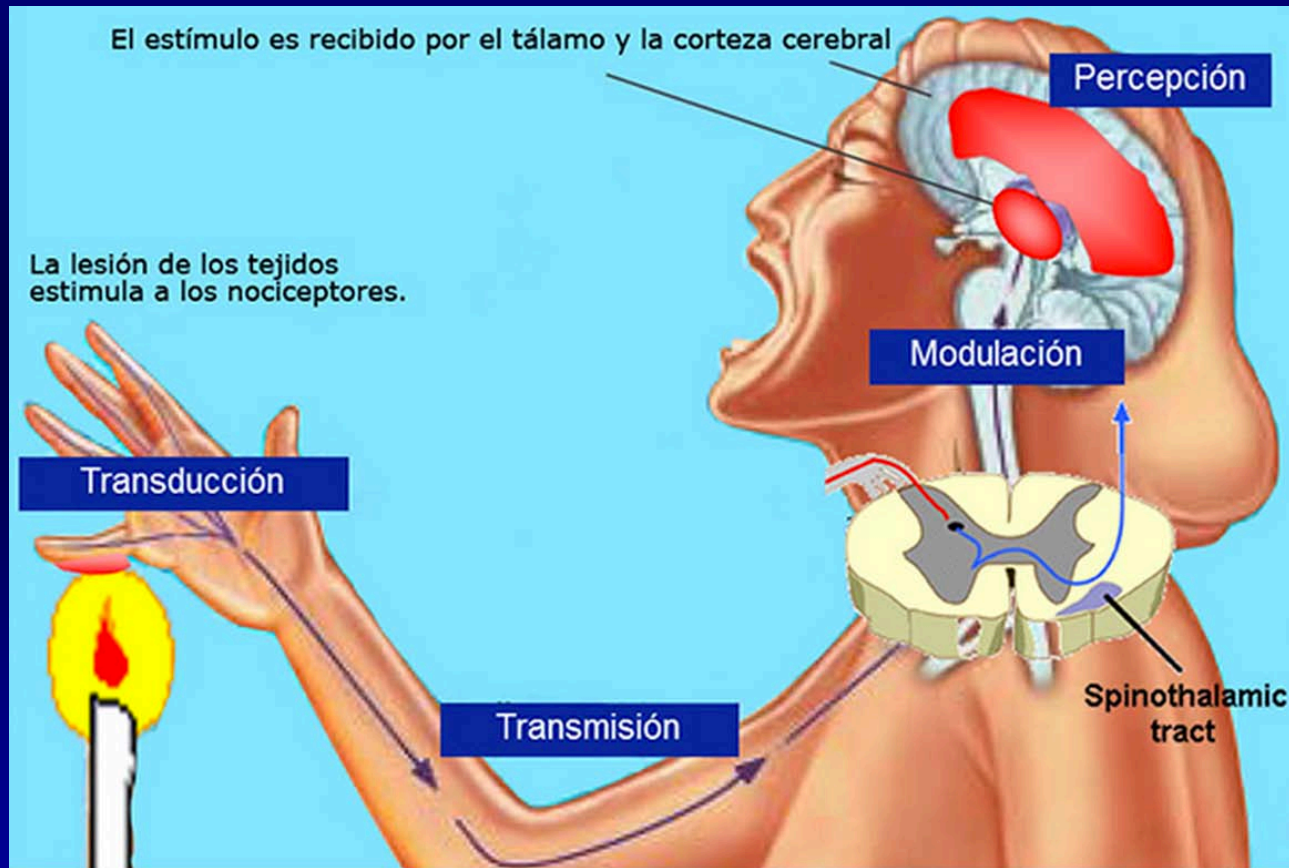
Fácilmente controlado por analgésicos

Fácilmente evaluable



Respuesta protectora

Señal de que “algo anda mal”



DOLOR CRONICO DOLOR PERSISTENTE

- Se autoperpetua
- Sin un propósito aparente
- No controlado por analgésicos solamente
- De difícil evaluación
- Sintomatología discreta
- Deterioro físico progresivo
- Cambios emocionales, afectivos, conductuales
- Aislamiento
- Falta de juego
- Economía de energía
- Depresión



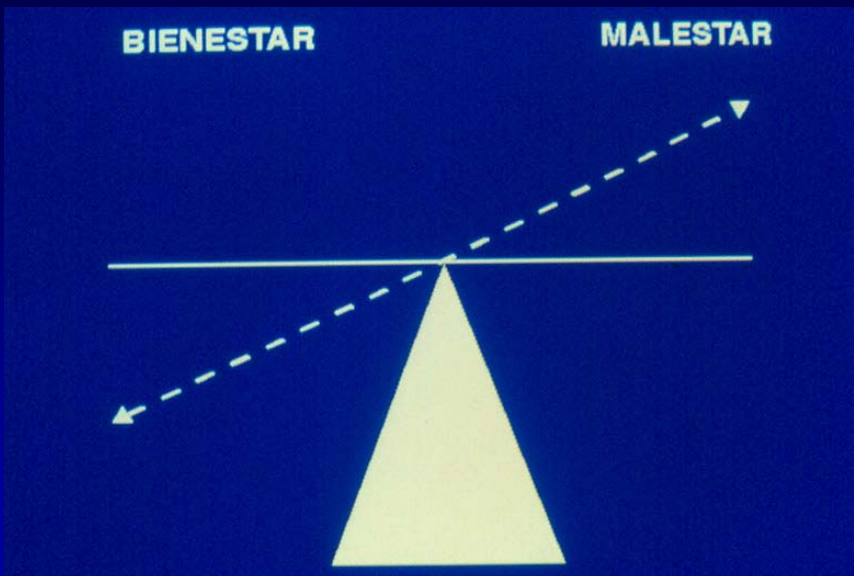
Dolor persistente

- Puede no tener un inicio temporal definido
- Prolongarse meses o años
- Presentar signos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo
- No ser tratable la causa subyacente



DOLOR: “RESPUESTA TODO O NADA”

- lo vive globalmente
- como si fuera para siempre
- gran gasto de energía



MITO 1

“el comportamiento de los niños refleja la intensidad de su dolor”



- Aparentan muy tranquilos
- Pueden dormir mucho
- Distracción auto dirigida

MITO 2

“Los niños muy pequeños (neo y lactantes)
toleran mejor el dolor”

- 20 sem. Gestación → Receptores dolor presentes
- 37 sem. Gestación → Completa mielinización vías dolor
- Vías inhibitorias descendentes → desarrollo tardío
- gran descarga adrenérgica
- ausencia de expresión verbal
- ausencia de asociación cognitiva



**La inmadurez de mi sistema nervioso
no me protege contra el dolor ...
me hace más vulnerable !!**



MITO 3

“Los niños nos cuentan cuando sienten dolor”

- “doctores y enfermeras ya lo saben...”
- Miedo a pinchazos y procedimientos.
- Desean irse a casa.
- Temor a las consecuencias desconocidas de contarlo.



MITO 4

“Los opioides tienen muchos efectos adversos”

Todos prevenibles y tratables!

- Depresión respiratoria
- Efectos gastrointestinales
- Enmascaramiento diagnóstico



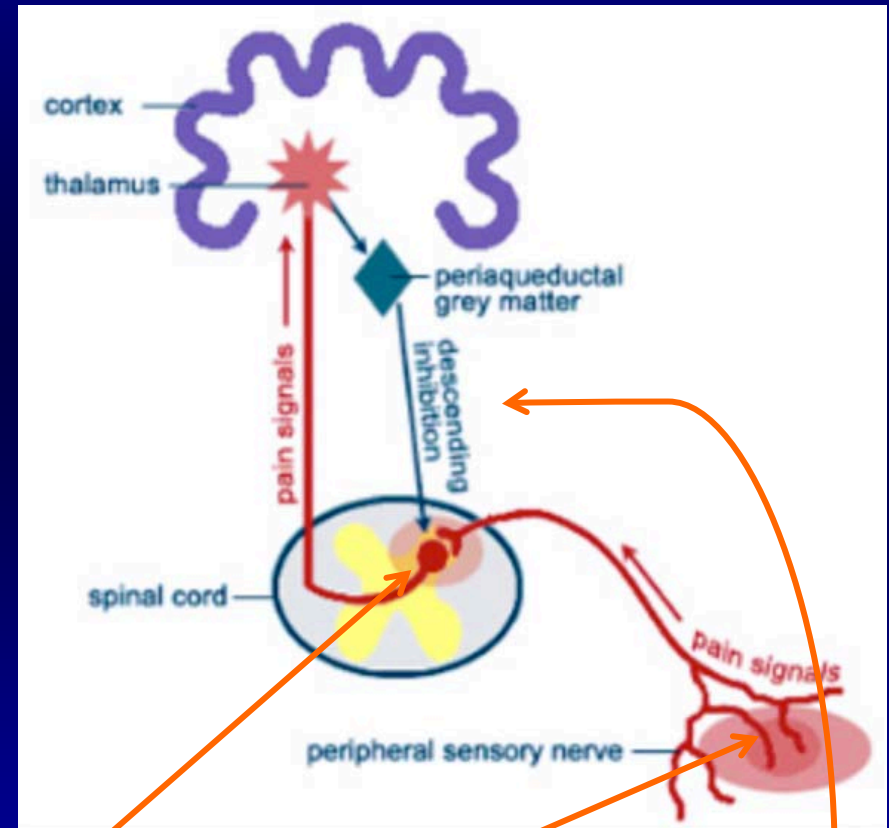
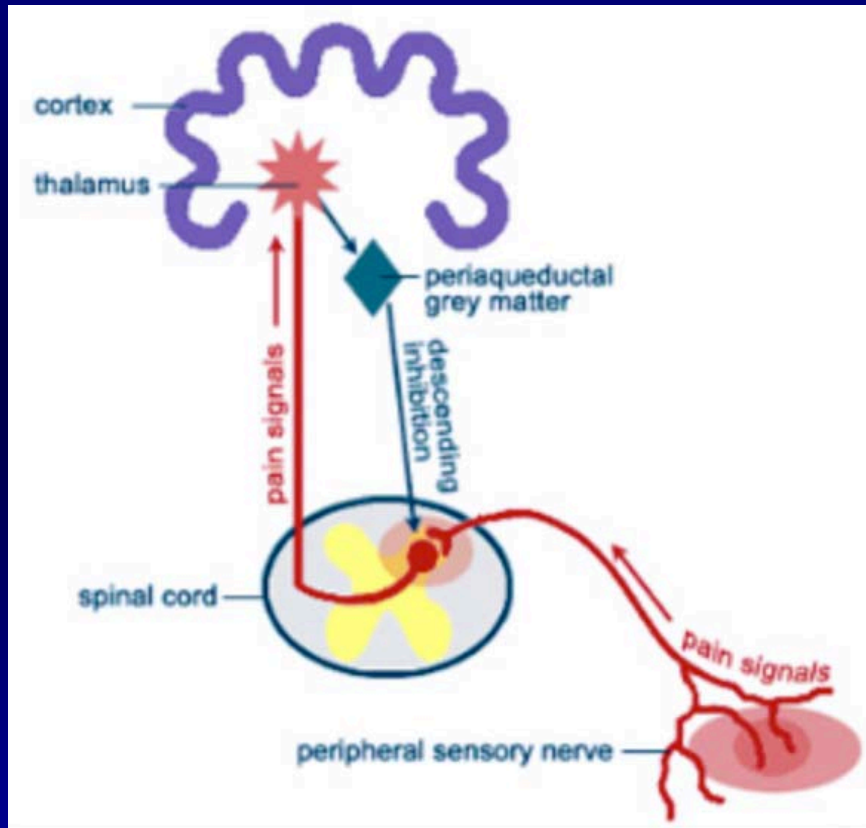
MITO 5

“Los opioides causarán adicción”

- En dosis e intervalos adecuadas, en pacientes en que están indicados y bajo control médico, se convierte en drogas útiles y seguras.
- Seudo adicción – “Adicción al bienestar”
Ante el subtratamiento del dolor el paciente solicita más medicación.



Dolor Persistente Nociceptivo - Neuropático



Hiperexcitabilidad
receptores NMDA

Aumento sensibilidad
en nervios aferentes

Disminución fibras
inhibitorias

La pesadilla del dolor está,
claramente, en el cerebro.



Un control temprano del dolor puede interrumpir el círculo vicioso de dolor

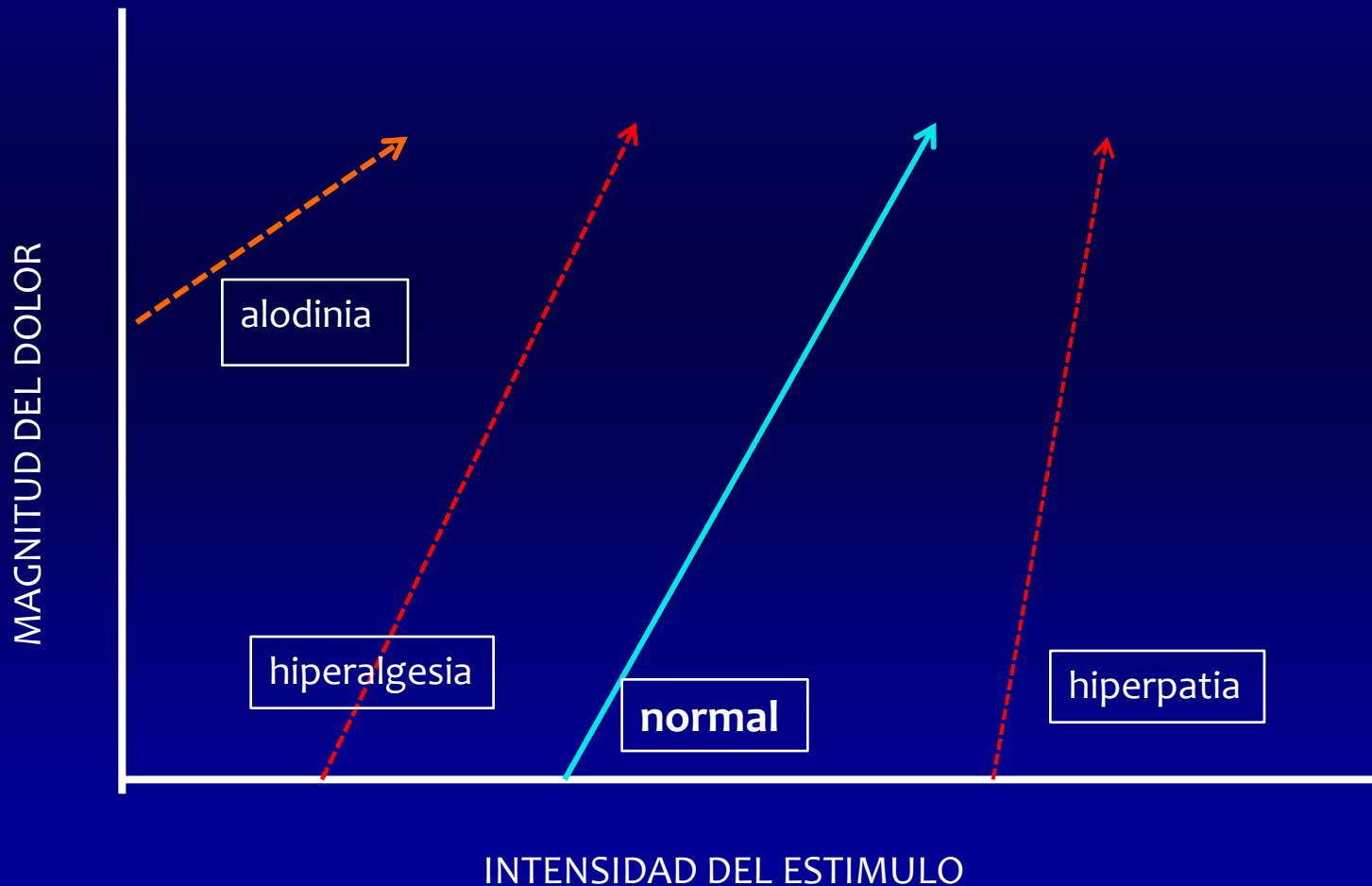
Dolor Neuropático – Dolor por Injuria Nerviosa

Características

- Paroxístico / Constante
- Lancinante, quemante.
- Calambres.
- Hiperalgesia.
- Alodinia.
- Hiperpatía.



Dolor Neuropático – Funciones Patológicas



Estrategias Farmacológicas en Dolor Neuropático

- Un único tratamiento no funciona!
- Cualquier abordaje tiene 50% posibilidad de brindar alivio.
- Son necesarias combinaciones.
- Seguimiento a largo plazo.
- Antidepresivos: ATC-IRS
- Antiepilépticos: gabapentina, pregabalina, bloqueantes canales calcio.
- Opioides: Tramadol, Metadona.
- Ketamina IV.
- Lidocaína, Capsaicina locales.

Estrategia terapéutica multimodal



qué drogas?



1) AINES Y PARACETAMOL

2) OPIOIDES DEBILES Y FUERTES

3) ANESTESICOS LOCALES

4) **COADYUVANTES**

ANTIDEPRESIVOS

ANTICONVULSIVANTES

NEUROLEPTICOS

ANSIOLITICOS

CORTICOIDES

Estrategias Futuras

- Desarrollo drogas dirigidas al receptor.
- Sobre canales iónicos responsables de la transmisión y percepción del dolor.
- Terapia génica: analgesia individualizada?
- Optimización de los diagnósticos a través de estudios más específicos.



Qué sabemos acerca del Dolor Persistente?

- No es simplemente la prolongación del dolor agudo.
- No es simplemente el síntoma de una enfermedad crónica.
- La clave del dolor persistente es la sensibilización central !

EL DOLOR PERSISTENTE es en si mismo UNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO

Conclusión

- No podemos predecir
- No debemos asumir



Que conocemos la magnitud y la calidad del dolor que padecen los pacientes.



¡MUCHAS GRACIAS!

Dra. Eulalia Lascar

Cuidadospaliativos.gutierrez@gmail.com