

TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO

¿Qué es los que no estamos haciendo?



Kenneth V. Iserson, M.D., MBA

Profesor de Medicina de Emergencia

Director, del Programa de Bioética de Arizona

Universad de Arizona Colegio de Medicina

Tucson, AZ, EE.UU.

El dolor endurece, y el gran dolor endurece mucho, digan lo que digan los consoladores, y el sufrimiento no ennoblece, aunque ocasionalmente le preste cierta dignidad a la estructura del sufrimiento.

A.S. (Antonia Susan) Byatt

— Citado en *Daily Telegraph* (Londres), Julio 21, 1986

El dolor es real cuando haces a otros que crean en él. Si nadie cree en el más que tú, tu dolor es locura o histeria.
“Violencia,” *El Mito de la Belleza*. Naomi Wolf (1990).



EL CASO

- Hombre de 32 años de edad
- ¿Buscador de drogas?
- Dolor severo intermitente de estómago
- Análisis normales; CT abdominal normal.
- “Alergia/Efecto Secundario a AINEs.”
- “No reacciona bien con morfina; Demerol es mejor.”
- Ganancia secundaria de la visita al Departamento de Emergencia: fuera de trabajo—empleado por el hospital.
- Tercer visita al departamento de emergencia (mientras trabaja) en las últimas dos semanas. No diagnosis.
- Una cirugía previa: fundoplicación laparoscópica.

Cuento de la Analgesia

- Relacionado al desarrollo de la medicina

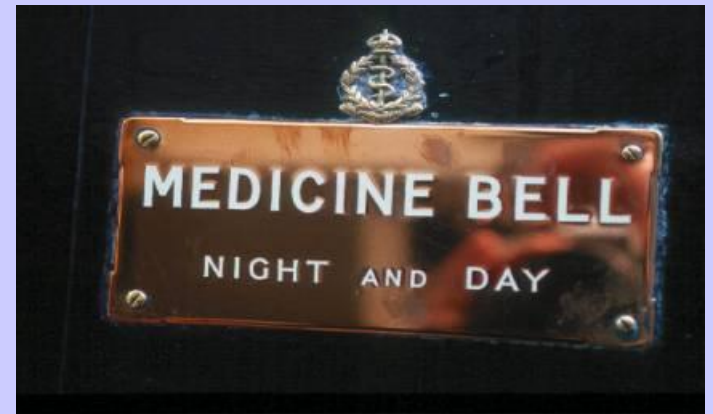
- 4000 B.C.: Opio usado en el Oriente Medio
- Griegos y Romanos antiguos: Opio para tratamiento médico y uso recreativo.
- Hipócrates y Galeno recomendaban opio para dolores de cabeza.
- Primer siglo A.D., extracto de amapola llamado "opius," Griego por "juguito."



Principios Éticos & Base de la Práctica de la Medicina

"Curar a veces, aliviar seguido, alentar siempre – éste es nuestro trabajo. Este es el primer y gran Mandamiento. El Segundo es como este mismo – Tratarás a tus pacientes como tu deseas ser tratado."

— Anónimo, Siglo 15.



Tratamientos Modernos para el Dolor Agudo

- *No podemos* aliviar satisfactoriamente **todo** al dolor agudo.
- Podemos tratar *todo* el dolor **únicamente** con anestesia general.
- Pacientes desean alivio para el dolor agudo.
- ¿Por qué crees que vienen a verte?

Tratamientos Modernos para el Dolor Agudo

>25% de pacientes en el departamento de emergencia se presentan para el tratamiento o diagnosis de dolor.

Tres de cuatro razones más comunes para visitas al departamento de emergencia son relacionadas con el dolor

- Dolor abdominal
- Dolor del pecho
- Dolor de cabeza

Aliviando el malestar del paciente es la intervención de prehospital más importante.

¿Qué tan bien tratamos el dolor agudo?

- Pocos estudios.
- Seguido obtenemos malos resultados con pacientes.
- Evaluando el dolor como síntoma de enfermedad ocupa una parte vital del currículo médico.
- Manejo del dolor: Enseñado principalmente copiando a colegas y observando el comportamiento de instructores.
- Extendida “oligoanalgesia,” el subtratamiento de dolor.

Manejo del dolor agudo



¿Qué hay que no hemos usado?

1. Drogas
2. Aparatos
3. Mejoras al sistema de reparto

Manejo del dolor agudo:

Drogas & Recetando

- Nuevos medicamentos
- Viejos medicamentos (aunque efectivos, no se usan para el dolor agudo)
- Separar acetaminofén y dosis de narcóticos, para hacer máximo el narcótico (e.g., no use Vicodín o combinación similar de medicamentos)
- Tomado el tiempo, en lugar de analgesia cuando sea necesaria, con medicamento de “rescate”
- Use analgésicos de liberación sostenida/acción prolongada, cuando sea apropiado



Manejo del dolor agudo:

Aparatos

- Bombas PCA
- Tablillas
- Estimulación electrónica



Manejo del dolor agudo:

Métodos Para Administración de Droga

Bloqueo de nervios (facial, 3-en-1 femoral, tobillo, muñeca)

Anestesia regional (g.e., bloqueo Bier)



Manejo del dolor agudo:

Otros

- Hipnosis
- Estilo profesional



a little
Pain
never
Hurts
Anyone

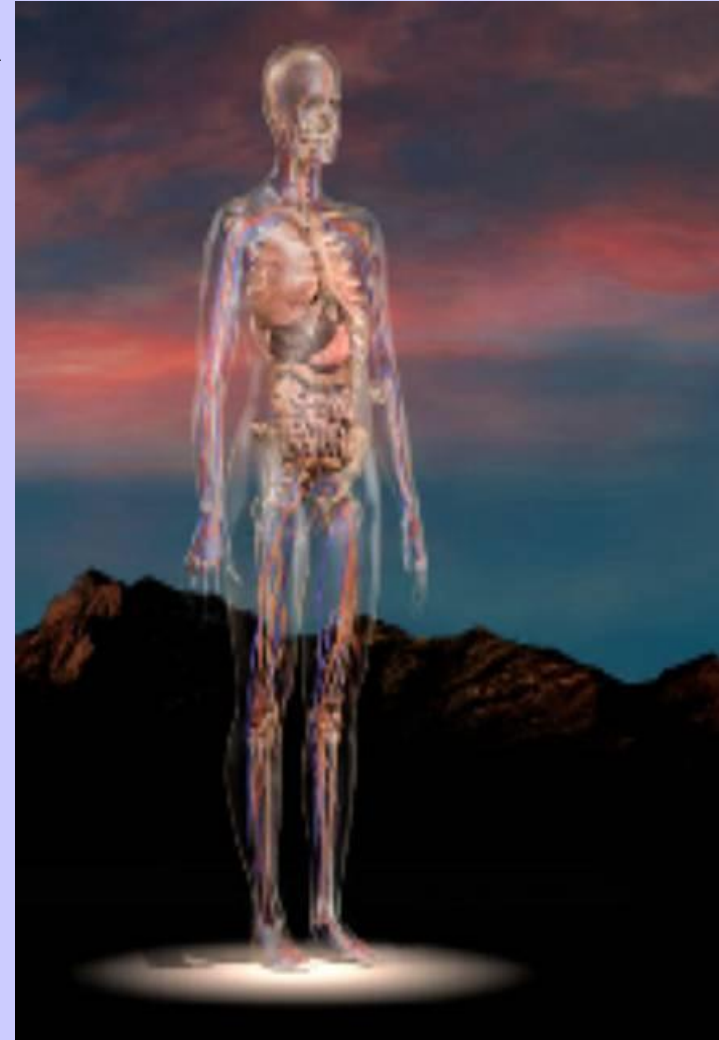
Manejo del dolor agudo:

Cambio de Métodos

- Medicamentos para el dolor/analgesia para procedimientos “rutinarios”
- No es necesario diagnosticar *antes de* tratar el dolor
- No es apropiado diagnosticar en lugar de tratar el dolor
- Administrar medicamentos/analgésicos para probar la eficacia mientras se está en la oficina

¿Les gustaría tener estos procedimientos sin analgesia/soporífero adecuado?

- Colocación del tubo para toracostomía
- Colocación del tubo nasogástrico
- Colocación del catéter
- Colonoscopia
- Culdocentesis
- Punción lumbar
- Colocación del catéter venoso central
- Taponamiento nasal
- Reducción de fracturas



Meta de la Terapia: Alivio del Dolor

Analgesia: metas del paciente y médico deben ser las mismas.

Aconsejar a los pacientes sobre:

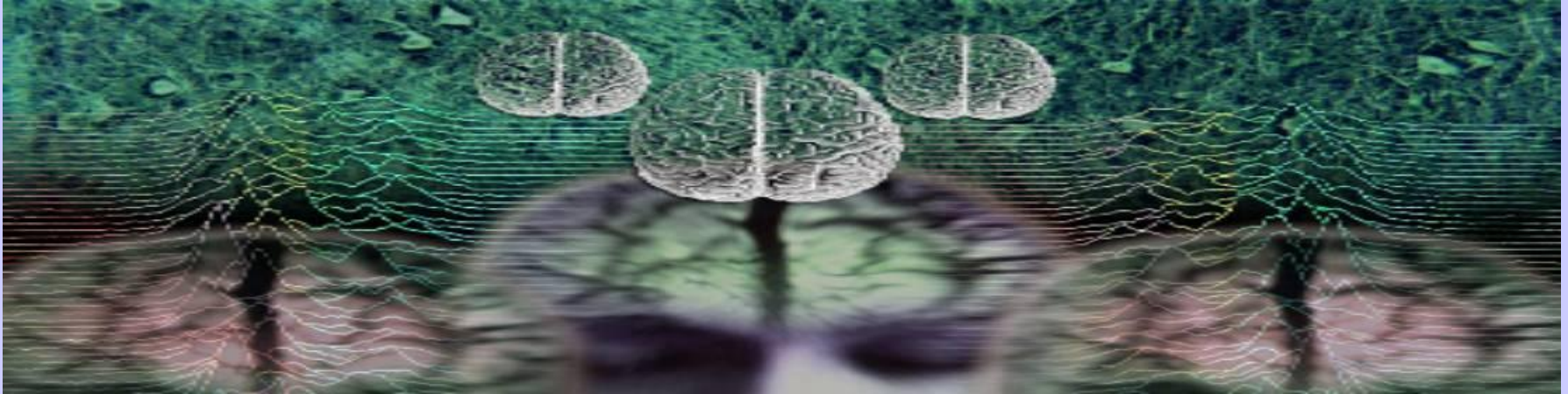
- Incredulidad, cautela, precaución—médicos y pacientes
- Beneficios de la ayuda adecuada para el dolor
- Ausencia de adicción

¿Qué es lo que Falla?



- Conocimiento Inadecuado del médico acerca de
 - Medicamentos analgésicos
 - Métodos de recetar y usar medicamentos analgésicos
 - Otras técnicas analgésicas (con o sin medicamentos)
- Sin anticipar/tratar efectos secundarios (primeramente náusea y vómito)

¿Qué es lo que Falla?



- No siguiendo las guías para el manejo del dolor agudo
- Raramente progresar más allá del segundo paso en la “escalera” WHO del manejo del dolor
- Poco uso de adyutores farmacológicos y no-farmacológicos más potentes.
- “Oligoanalgesia:” provee alivio inadecuado.

Freedom
from cancer pain



**Opioid for moderate-
to-severe pain**

± nonopioid
± adjuvant therapy

*Pain persisting or
increasing*

Opioid for mild-to-moderate pain

+ nonopioid
± adjuvant therapy

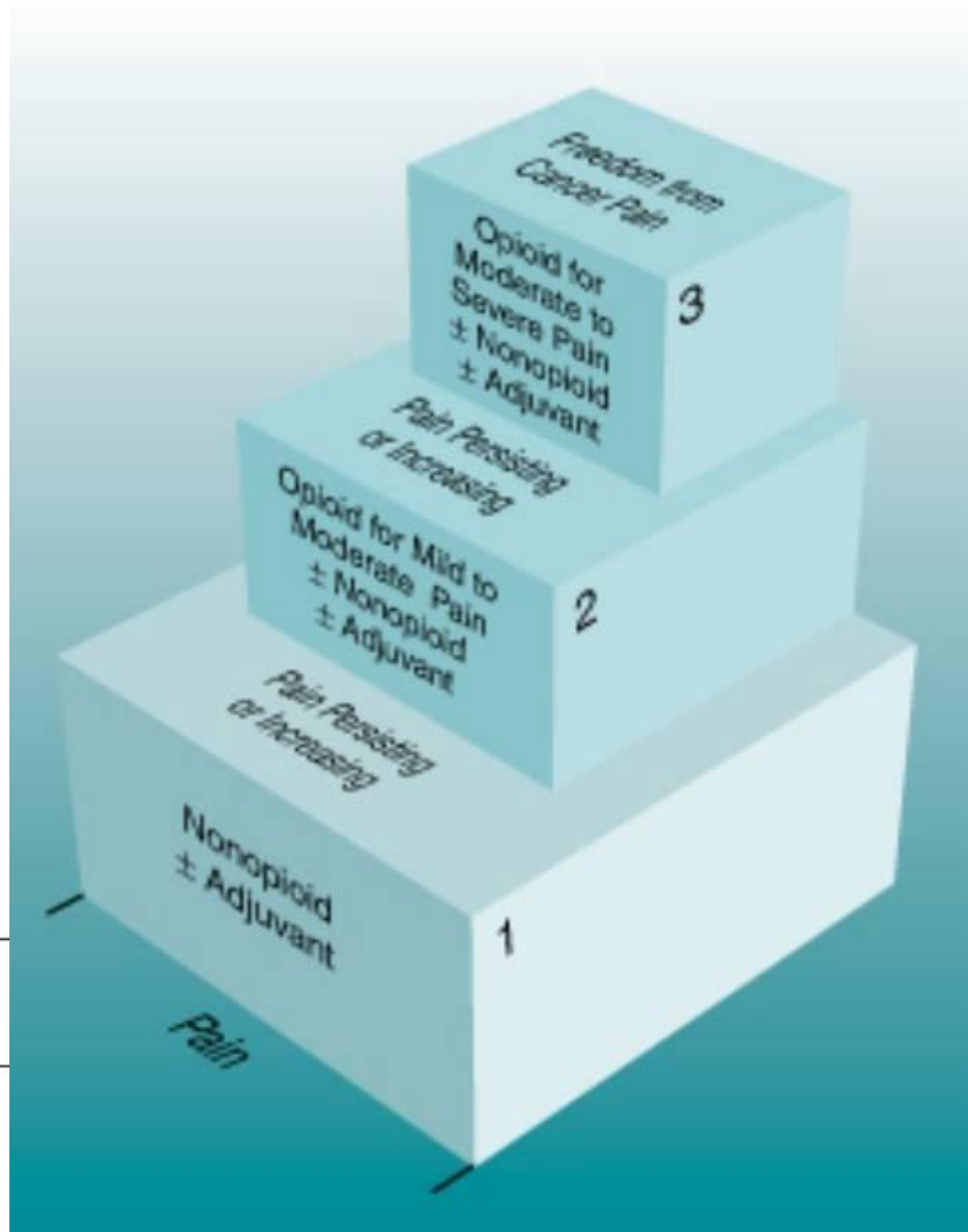
*Pain persisting or
increasing*

Nonopioid

± adjuvant therapy



PAIN



¿Qué es lo que Falla?

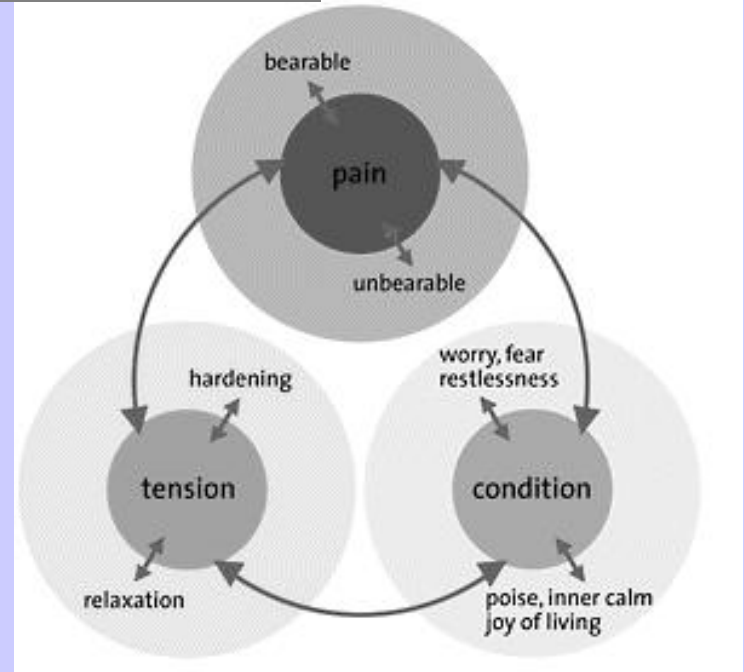
- Recetas usualmente escritas para garantizar que pacientes empezaran a experimentar dolor antes de tomar la siguiente dosis.
- Pacientes deberian de administrar la siguiente dosis antes de necesitarla—no “cuando sea necesario para el dolor.”
- Algunos pacientes rechazan suficiente medicamentos para aliviar completamente su dolor.

¿Qué es lo que Falla?

- Médicos quiénes no han sentido dolor severo o crónico no pueden empatizar con aquellos que si lo han sentido.
- “Bueno” vs. “Malo” (causado por el paciente, crónico, difícil de confirmar) causas del dolor; “juicios morales.
- Seguido, pacientes tienen dificultad cuantificando con exactitud—o localizando el origen del dolor.

Otros Problemas

- Inercia; práctica estándar.
- Territorialidad de especialidad
- Mala comunicación—infantes/niños, geriátricos, comunicación-heridas limitantes o enfermedades, barrera de idioma, barrera cultural (“macho”), miedo a la comunicación con los proveedores de atención médica, falta de voluntad para comunicar con el paciente



Tolerancia al Dolor; Resistencia al Dolor

- Presentaciones retrasadas para el dolor; la tratan ellos mismos.
- Retraso de médicos en tratar el dolor
- Resultado: “reclutamiento,” “dar por terminado,” “suma temporal,” “sensibilización central”
- Esto puede conducir a un dolor más severo y prolongado que pacientes se sufrirían de lo contrario.
- Escasos instrumentos para la evaluación del dolor



Otras Causas de “Oligoanalgesia”

- Incomprensión de “adicción,” “pseudoadicción,”
- Esto causa el no estar dispuesto a tratar posibles “buscadores” de drogas
- Amenazas del gobierno—regulaciones y miedo de acciones reguladoras—excusas para la inercia
- Falta de personal adecuado, tiempo, comunicación interpersonal dentro de los miembros del equipo de proveedores de cuidados médicos.
- Costo (g.e., gabapentina) y indisponibilidad (narcóticos de liberación sostenida)
- Pocos estudios sobre el tratamiento del dolor agudo.



¿Conclusiones: Qué Podemos Hacer?

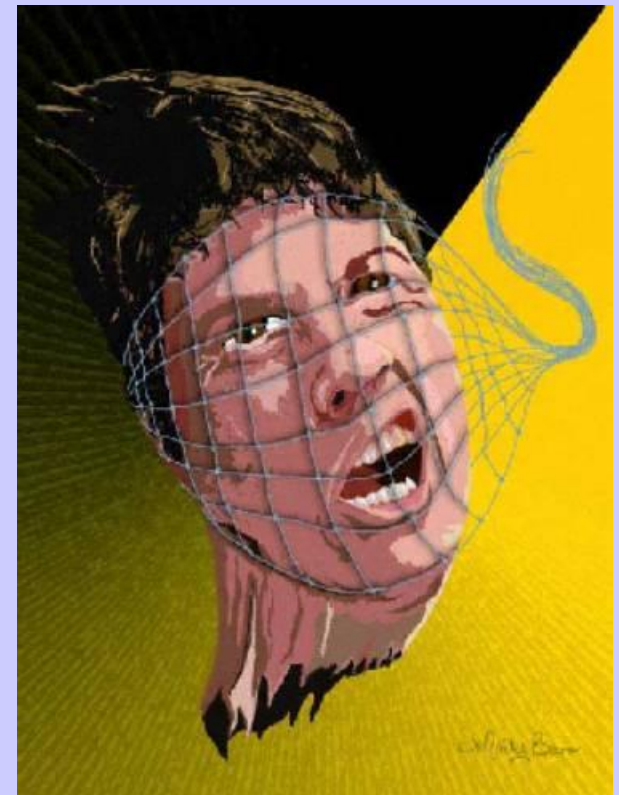
Como Médicos

- ⚡ Reconocer áreas en nuestras prácticas donde podemos aliviar sufrimiento agudo—especialmente si la norma es ignorarla—actuar como modelos para otros.
- ⚡ Creer a nuestros pacientes cuando nos dicen que tienen dolor.
- ⚡ Humildad: Sólo porque no podemos categorizar o nombrar una enfermedad no quiere decir que no es real.

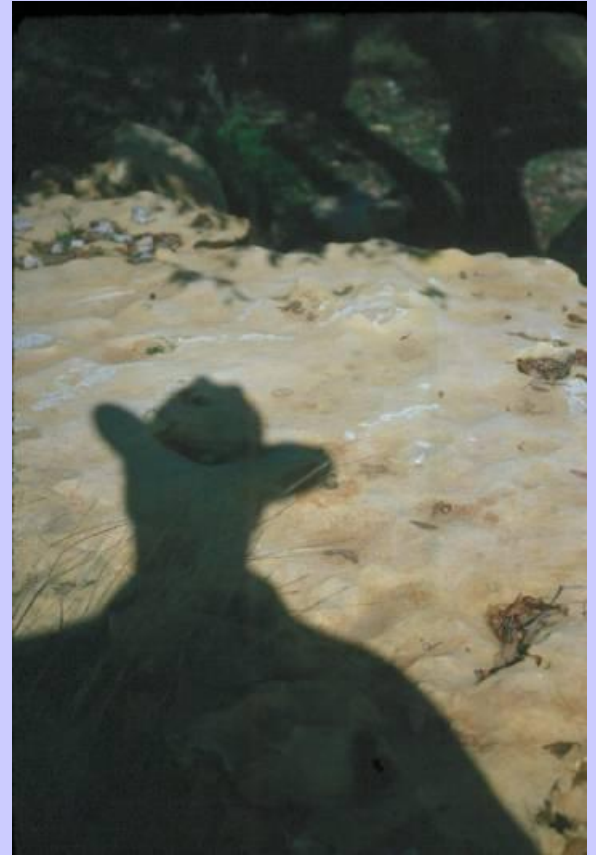


¿Conclusiones: Qué Podemos Hacer?

- Una obligación moral: ¡Trata el dolor de nuestros pacientes!
- Mejorar la imagen de nuestra profesión.
- Es buen cuidado medico.
- Es buen tratamiento medico.
- Es lo nuestro deber hacer lo correcto.
“¡Aliviar siempre!”
- Es nuestro deber mas importante.



El Caso—La Resolución



- ◆ El paciente recibió una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER).
- ◆ Tiene una funduplicación con hernia y estrangulación intermitente.
- ◆ Una operación abierta.
- ◆ Se alivia el dolor.
- ◆ Regresa al trabajo sin analgésicos.

TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO

¿Qué es lo que no estamos haciendo?



Kenneth V. Iserson, M.D., MBA

Profesor de Medicina de Emergencia

Director, del Programa de Bioética de Arizona

Universidad de Arizona Colegio de Medicina

Tucson, AZ, EE.UU.