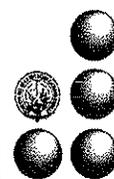


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE
CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)**



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 1

DE: 185

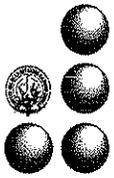
INDICE

PARTE 1. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS.

SECCION I.	INTRODUCCION.	4
SECCION II.	ANTECEDENTES.	5
SECCION III.	ORGANIZACIÓN DEPARTAMENTAL Y RECURSOS HUMANOS. Organigramas organización general e interna. Plantilla de servicio. Recursos humanos en formación.	8
SECCION IV.	ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y REGLAMENTACION INTERNA. Reglamento interno. Características especiales de las notas de evolución en la UMDCP. Notas de primera vez. Notas subsecuentes. Notas de procedimientos especiales. Servicios de apoyo. Reglamento interno en hospitalización. Lineamientos básicos para los residentes en la UMDCP.	11
SECCION V.	ENSEÑANZA Y ENTRENAMIENTO. Normatividad de los médicos residentes UMDCP. Medidas disciplinarias. Estímulos y recompensas. Programa enseñanza (contenidos temáticos).	22
SECCION VI.	INVESTIGACION EN DOLOR.	40

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 2
			DE: 185

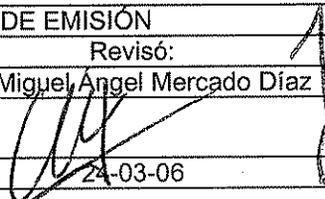
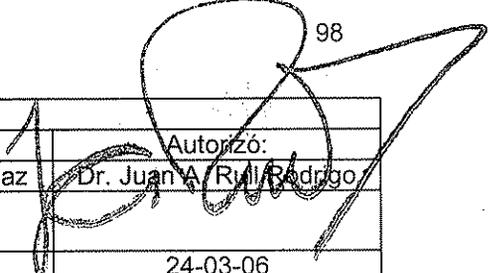
Líneas de investigación.

Recepción de trabajos y cronograma de investigación para residentes de la UMDCP.

SECCION VII.	FORMATOS ESPECIALES. Permisos para la obtención de recetarios con código de barras. Requisitos para obtención de código de barras. Formato para solicitud de código de barras. Formato de hoja frontal UMDCP. Formato de control de medicamentos. Formato de consentimiento de informado. Formato de resumen clínico. Formato de solicitud de ínter consulta. Formato de solicitud de internamiento. Formato para estudio de electrofisiología. Formato para evaluación y caracterización del dolor. Cuestionario breve de dolor. Cuestionario de McGill. Historia clínica paliativa. Historia algológica.	42
--------------	--	----

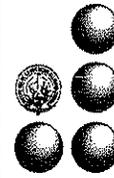
PARTE 2. ABORDAJE CLINICO.

SECCION VIII.	DEFINICIONES DE LOS TERMINOS UTILIZADOS FRECUENTEMENTE EN EL MANEJO DEL DOLOR.	79
SECCION IX.	MEDICION CLINICA DEL DOLOR.	82
SECCION X.	EXPLORACION DEL SISTEMA NERVIOSO.	87
SECCION XI.	APARATO RESPIRATORIO.	98

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

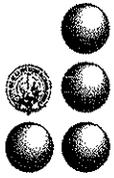
HOJA: 3

DE: 185

SECCION XII.	APARATO DIGESTIVO.	100
SECCION XIII.	APARATO MUSCULOESQUELETICO.	109
SECCION XIV.	APARATO CARDIOVASCULAR.	114
SECCION XV.	DOLOR EN CANCER.	117
SECCION XVI.	DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS.	123
SECCION XVII.	PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS.	129
SECCION XVIII.	MANEJO FARMACOLOGICO DEL DOLOR.	152
SECCION XIX.	MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DOLOR	164
SECCION XX.	ASPECTOS PSICOLOGICOS / OTROS SINTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTES CON DOLOR.	171
SECCION XXI.	MANEJO DE ENFERMERIA	175

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 4
			DE: 185

SECCION I. INTRODUCCION.

El presente Manual de Normas y Procedimientos de la Unidad de medicina del dolor y cuidados paliativos (UMDCP) antes clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), forma parte de las experiencias acumuladas por profesionales dedicadas al manejo del dolor y áreas afines, obtenidas durante las tres décadas de atención a pacientes con diversos síndromes dolorosos enviados por diversos especialistas del instituto.

Tiene como propósito fundamental facilitar las tareas asistenciales de enseñanza e investigación de los profesionales de la salud interesados en la medicina del dolor y paliativa. Contiene generalidades acerca de la semiología del Dolor, las principales técnicas, procedimientos intervencionistas y las destrezas orientadas al alivio del dolor y los síntomas asociados a este, de manera tal que sirva como una referencia breve y objetiva de información que complementada con otras fuentes ayude a resolver los cuestionamientos mas frecuentes en pacientes con esta entidad.

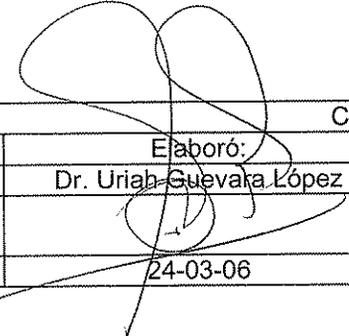
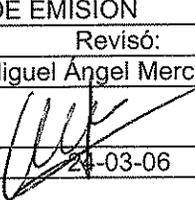
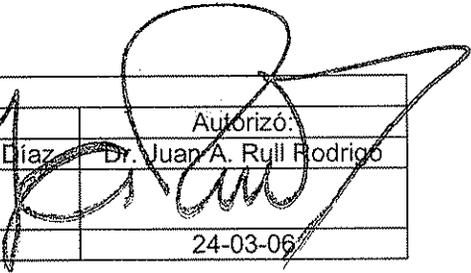
Incluye algunas particularidades debido al tipo de unidad hospitalaria y al tipo de pacientes y padecimientos tendidos en el INCMNSZ. Este manual es perfectible y requiere de ser actualizado con regularidad ya que el avance tecnológico y científico obliga a la inclusión de nuevos métodos y conocimientos que agregados a los previas den como resultado una atención de excelencia calida y humanista.

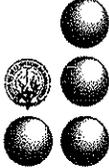
Los contenidos de este manual revisados periódicamente serán complementados con las opiniones de diversos especialistas que concurren en el tratamiento transdisciplinario del paciente con dolor y los pacientes considerados como terminales.

Dr. Uriah Guevara.

Jefe del departamento de medicina del dolor y paliativa.

Abril 2005.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 5
			DE: 185

SECCION II. ANTECEDENTES.

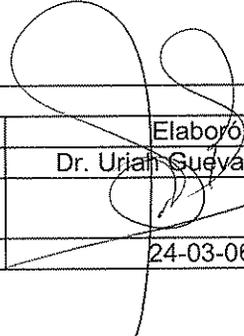
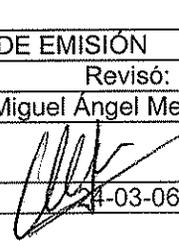
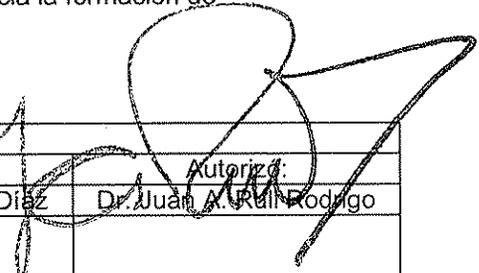
La Clínica del Dolor se fundó en junio de 1972, por iniciativa del Dr. Ramón De Lille Fuentes, quien en ese entonces fungía como médico de base del Departamento de Anestesiología, inicio el manejo de pacientes con dolor en forma esporádica y sin lugar físico determinado. Es en ésta época el Dr. De Lille invita al Dr. Vicente García Olivera a crear la Clínica del Dolor del INNSZ, contando con el apoyo del Dr. Javier Ramírez Acosta, entonces Jefe del Departamento de Anestesiología, quien otorgó al Dr. García Olivera el nombramiento de Médico Honorario.

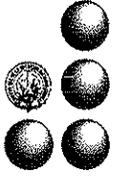
El Dr. García Olivera se entreno bajo la tutela del Dr. Duncan Alexander en el Hospital de Veteranos de Mc Kinney Texas, centro hospitalario reconocido por la International Association for the Study of Pain, como el primero en establecer una Clínica del Dolor. A su regreso a México el Dr. Salvador Zubirán A., director general del Instituto y el Dr. Juan Cruz Khron, jefe de Medicina Interna, después de entrevistar al Dr. García Olivera, aceptan la propuesta, creando así la primera clínica del dolor de la República Mexicana.

Inicialmente las actividades propias de la clínica eran realizadas por el Dr. García Olivera y el Dr. Ramón De Lille, utilizando un consultorio del área de consulta externa, la Sala de la Unidad de Cuidados Especiales y Recuperación. Los procedimientos invasivos se efectuaban en las salas de cirugía y radiología con la ayuda y guía de los rayos X (método de placa por placa) hasta que en el año de 1975 se emplea un fluoroscopio con intensificador de imágenes, con brazo movable en C.

En noviembre de 1984, el Departamento de Biología de la Reproducción a cargo del Dr. Gregorio Pérez Palacios, permitió el uso de la Unidad Fármaco-Quirúrgica para mejorar la atención y evitar los tumultos de pacientes que se formaban en el área de Recuperación, permaneciendo así hasta principios del mes de agosto de 1989, momento en que la Dirección del Instituto proporciona el espacio físico ocupado hasta el mes de junio de 1997. Área con recursos apropiados para el desempeño de las labores asistenciales de la época (área de bloqueos, un consultorio y área administrativa).

En 1972, al iniciar las labores de la Clínica del Dolor los residentes de Terapia Intensiva y Anestesia asisten ocasionalmente a los procedimientos realizados, Siendo hasta 1984 en que se inicia la formación de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 6
			DE: 185

Especialistas en Dolor, bajo el denominado Curso Tutorial de la Clínica del Dolor, orientado para alumnos de postgrado, en especial para anestesiólogos ó psicólogos con seis meses de duración.

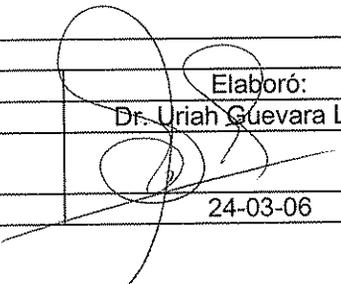
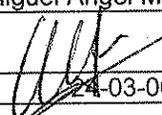
Debido a razones naturales de enseñanza y desarrollo de habilidades y destrezas se extiende a doce meses. En 1986 se cambió de denominación a Curso Monográfico de la Clínica del Dolor. Y desde el año 2001 reconocido por la UNAM como curso de especialización para médicos especialistas en ALGOLOGIA. La presencia de alumnos dedicados al estudio de esta disciplina genero un aumento de pacientes por lo que se incorporo en el año de 1983 el Dr. José Adolfo Islas Velasco como Profesor Adjunto permaneciendo en la Clínica hasta 1989.

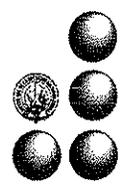
En el año de 1974 a su regreso de Taiwan China el Dr. Rodolfo Rodríguez Cantú introdujo la acupuntura, pero es hasta 1985 en que se inician trabajos de investigación clínica con este método por un grupo de médicos entrenados en acupuntura en la República China: la Dra. Raquel Huerta y posteriormente las Doctoras Claudia Romero y Rosa Margarita Durán. En 1984 el Dr. Ricardo Plancarte Sánchez establece la Clínica del Dolor el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) de México DF. Iniciándose el intercambio académico entre ambas clínicas del dolor, en 1985 inicia el curso interinstitucional en Clínica del Dolor hasta la fecha.

En 1991 se agrega al equipo el Dr. Uriah Guevara López, como subjefe, profesor adjunto e investigador asociado, quien funda y dirige el laboratorio de dolor experimental del instituto. En 1993 el mencionado Dr. Guevara crea el área de cuidados paliativos dando origen al servicio conjunto de "Clínica de Dolor y Cuidados paliativos". A partir de ese año queda integrada la clínica con dos médicos Algologos a tiempo completo, una trabajadora social , una enfermera, una secretaria, una psicóloga y una psiquiatra estas ultimas asistentes voluntarias.

En el año de 1999 se Jubila el Dr. Ramón de Lille fuentes, asumiendo esta responsabilidad con el nombramiento de jefe de la sección de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos el Dr. Uriah Guevara López hasta la fecha. En el año 2000 se integra como medico algologo adscrito la Dra. Argelia Lara Solares y en el año 2003 el Dr. Antonio Tamayo Valenzuela. En el año 2000 para conmemorar el 30 aniversario de su creación se reinauguran las nuevas instalaciones de la clínica integrándose la unidad de Medicina de dolor y paliativa. Con un área física especifica hasta la fecha.

El Servicio de la Clínica del Dolor quedo integrada a la División de Medicina Crítica, recibiendo la denominación de departamento a partir del año 2003, su personal se rige por las normas administrativas del INNSZ al igual que otros

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 7
			DE: 185

servicios, siguiendo también los lineamientos de la Subdirección de Enseñanza en lo que respecta a las actividades académicas y de la Subdirección de Investigación.

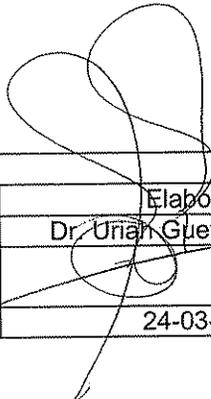
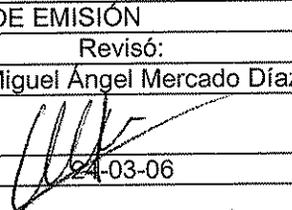
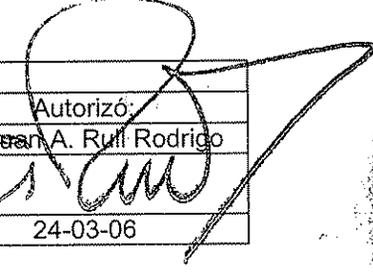
La Unidad de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, surgió en México al igual que en otros países debido a la necesidad, de contar con un grupo de profesionales especializados en el estudio y tratamiento del dolor y síntomas asociados quienes ofrecieran su apoyo a las diversas especialidades medico-quirúrgicas. Debido a el incremento de las demanda de servicios la Unidad de Medina de dolor y paliativa del INCMNSZ ha sufrido una constante transformación hasta colocarse como un servicio ínter consultante que atiende a mas de 4000 pacientes al año generando investigación y formando un promedio de Seis nuevos especialistas por año de los diversos estados de la republica y del extranjero con lo que se coadyuva al logros de los objetivos del INCMNSZ.

La Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa efectúa actividades en cuatro actividades primordiales:

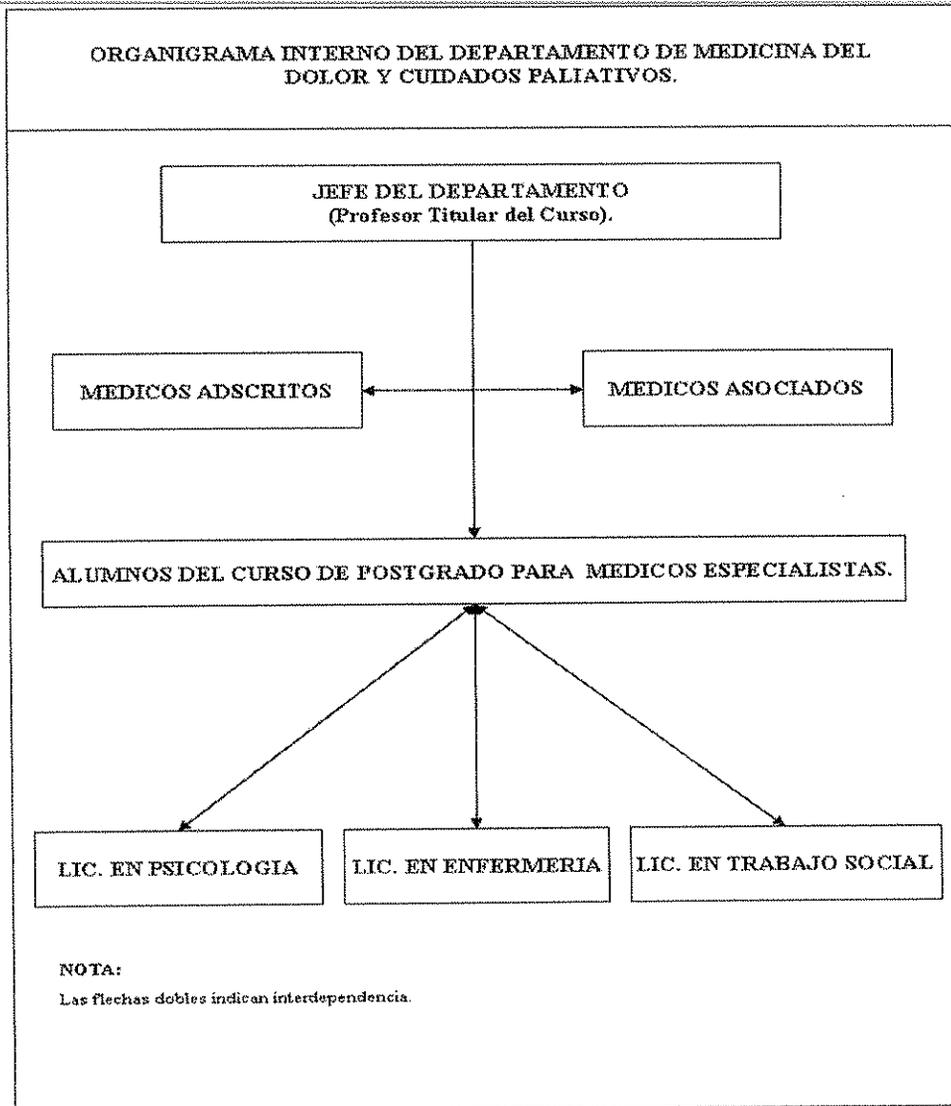
- 1.- ACTIVIDADES ASISTENCIALES.
- 2.- DE INVESTIGACION.
- 3.- ENSEÑANZA.
- 4.- COMUNICACIÓN Y DIVULGACION.

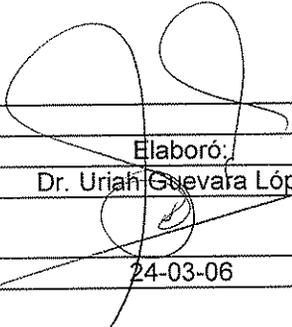
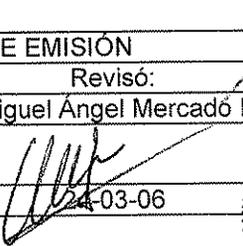
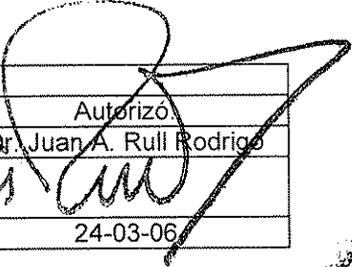
LECTURAS RECOMENDADAS:

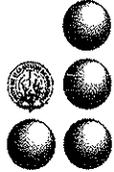
1. Plancarte R. Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev Inst Nac Can. 1989: 3: 834-5.
2. De Lille R. La Clínica del Dolor en el INNSZ. En Enlace SZ-INN. Crónica de un Instituto, editado por Enrique Cárdenas de la Peña, México, D.F., 1991: 1007-8.
3. Raj PP. Practical Management of Pain. Year Book Medical Publishers, Inc: Chicago, 1986: 896.
4. De Lille R, Igartúa L, Carballar C, Díaz-Perches R, Bravo-Bernabé PA, Valle-Mayorga S. Simposio: Las clínicas del dolor en los hospitales de México. Sesión mensual de la sociedad mexicana de anestesiología, A.C. Rev Mex Anest. 1980: 3: 245-55.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

SECCION III: ORGANIZACION DEPARTAMENTAL Y RECURSOS HUMANOS.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 9
			DE: 185

PLANTILLA DE SERVICIO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y PALIATIVA DEL INNSZ (2005).

~~Dr. Uriah M. Guevara López.~~

Jefe del Departamento de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos.

Profesor Titular del Curso de Postgrado para Médicos Especialistas en Clínica del Dolor (Algología).

Dra. Argelia Lara Solares

Medico Adscrito y Profesor Adjunto.

Dr. Antonio C. Tamayo Valenzuela.

Medico adscrito y Profesor Asociado.

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez

Medico Algologo Asistente.

Dra. Edurne Austrich Senosiain

Psiquiatra Asistente.

Psic. Sofía Sánchez

Psicóloga Asistente.

Lic. TS Elisa Villaseñor

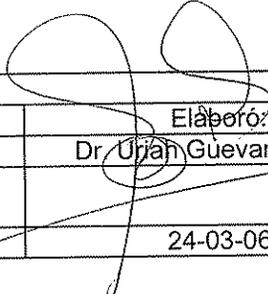
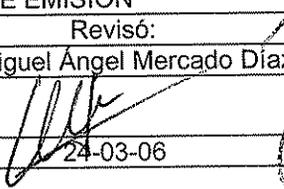
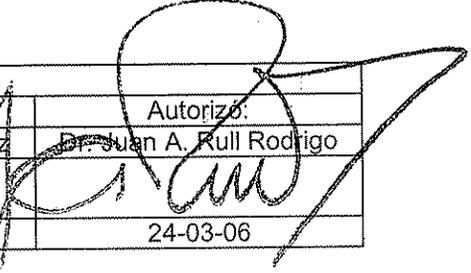
Trabajadora Social.

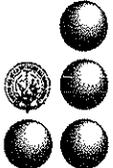
Enf. Esp. Leticia Tlatempa Leyva.

Enfermera.

Lic. Miriam Reyes Oviedo

Secretaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 10
			DE: 185

RECURSOS HUMANOS EN FORMACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS (2005-2006).

MEDICOS ESPECIALISTAS DEL CURSO DE POSTGRADO PARA ESPECIALISTAS EN CLINICA DEL DOLOR (ALGOLOGIA) DE LA UNAM.

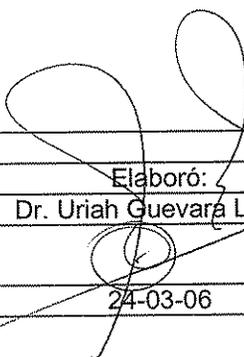
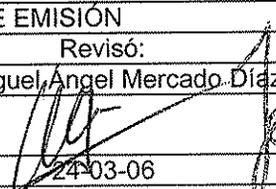
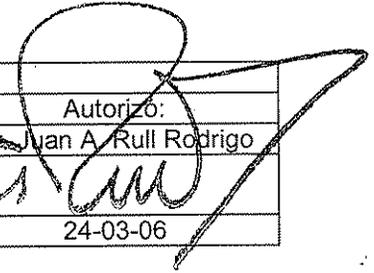
- Dr. Ronald A. Collado Asillo.
- Dr. Antonio J. Córdova Domínguez.
- Dra. Sandra P. Gaspar Carrillo.
- Dr. Andrés Hernández Ortiz.
- Dra. Leticia Leal Gudiño.
- Dra. Mariana Rivera Benítez.
- Dra. Bertha Trejo Angeles.

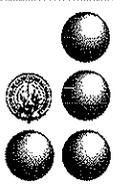
LICENCIADOS EN PSICOLOGIA RESIDENTES EN MEDICINA CONDUCTUAL.

- Psic. Heidi Marli Hernández Valencia.
- Psic. Areli Resendiz Rodríguez.

PASANTES DE SERVICIO SOCIAL DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

- Enf. Fernando A. Rodríguez Farfán.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 11
			DE: 185

SECCION IV. ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y REGLAMENTACION INTERNA.

REGLAMENTO INTERNO.

La Unidad de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativa (UMDCP) efectúa actividades en cuatro actividades primordiales:

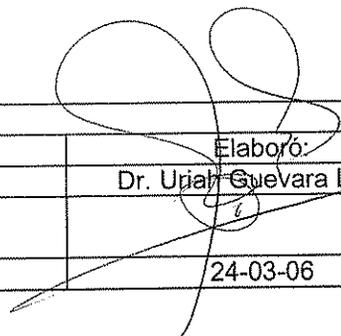
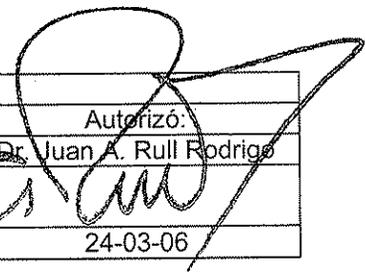
1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES.
2. ENSEÑANZA.
3. DE INVESTIGACION.
4. COMUNICACIÓN Y DIVULGACION.

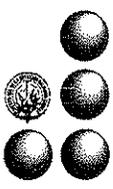
ACTIVIDADES ASISTENCIALES:

La UMDCP ofrece atención a la población de pacientes que ocurren al INCMNSZ, como externos o como hospitalizados, referidos por los diversos servicios del hospital, así mismo a pacientes no derechohabientes enviados por otras instituciones con las que existen acuerdos interinstitucionales de intercambio y que en sus unidades no cuentan con este servicio.

A nuestra participación se le considera como inter consultante, de tal manera que los pacientes atendidos en la clínica son previamente valorados y diagnosticados por los servicios considerados como primarios. Los pacientes son enviados acompañados de una solicitud escrita (hoja de inter consulta). En el caso de pacientes externos, el paciente será enviado a la consulta externa en donde será programado y atendido por primera vez para realizar una evaluación preliminar en la que se considera si es candidato ó no para su atención y seguimiento por la Clínica. Esta labor la realiza el médico residente de Algología bajo la supervisión de un médico adscrito de Lunes a Viernes de 9 a 17.00 hrs. en el área de consulta externa del hospital.

Los pacientes internados, serán vistos por el médico residente de Algología supervisados por un medico algologo adscrito al sector correspondiente, efectuando todas las visitas que sean necesarias hasta su egreso o alta del servicio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 12
			DE: 185

En el caso de pacientes ambulatorios sin cita serán enviados al servicio de urgencias, en donde serán vistos por un medico residente algologo bajo la supervisión de un medico algologo adscrito a urgencias.

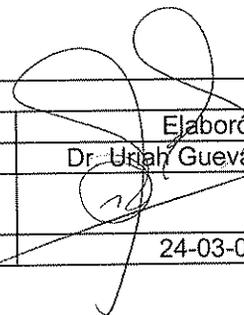
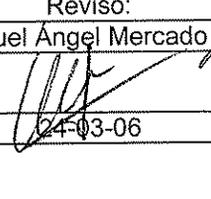
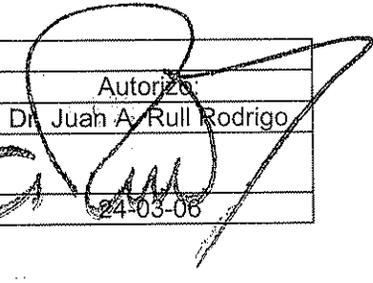
~~Este mismo procedimiento se efectuara en los pacientes considerados como paliativos o terminales. La consulta externa se efectuara bajo la normatividad de la jefatura de la consulta externa del hospital.~~

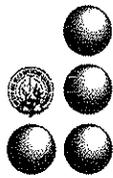
CARACTERISTICAS DE LAS NOTAS DE EVOLUCION DE LA UMDCP:

NOTAS DE PRIMERA VEZ:

En la hoja debe aparecer arriba a la izquierda el nombre del paciente y arriba a la derecha su número de expediente o registro.

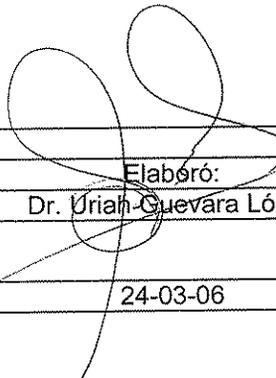
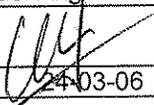
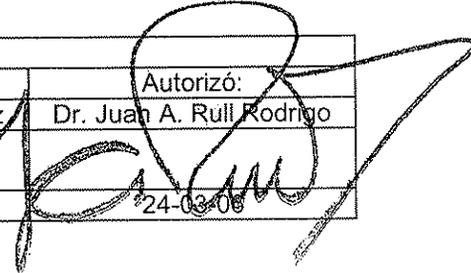
1. Fecha, edad y peso actual. Antecedentes de importancia en relación al motivo de la consulta.
2. Semiología del dolor: Fecha de inicio, sitio principal, tipo de dolor o variedades, intensidad en por lo menos 2 escalas (EVA, EVERA, EFA, etc), distribución o irradiaciones y características a distancia (tipo e intensidad). Duración, desde que inicia hasta que desaparece o disminuye: continuo, discontinuo, 1 hr., intercambiable, paroxístico, incidental, etc. Características de inicio y terminación: súbito, lento escalonado, rápido, otros: Factores que lo precipitan, aumentan y/o disminuyen.
3. Diagnóstico Algológico: Dolor somático, visceral, neuropático, mixto, vascular, óseo, protopático, epicrítico, por desaferentación, central, c/mantenimiento simpático.
4. Terapéutica previa y su efecto. Terapia actual y su efecto. Incluir efectos secundarios.
5. Alteraciones concomitantes al dolor y/o a su enfermedad de base que efectuaran:
 - A. Actividades físicas: Movilidad, fuerza, desplazamiento, actitudes, reposo, sueño, comida.
 - B. Actividades psíquicas: Estado psíquico-emocional, humor, relaciones humanas, recreativas.
 - C. Actividades sociales: Efecto en su trabajo, en sus relaciones interpersonales, en la economía personal o familiar.
7. Diagnostico etiológico presuntivo.
8. Plan de estudio y/o tratamiento a seguir.
9. Mostrar la nota a su Revisor y firmarla (anotar) con los nombre conjuntos del alumno y revisor.

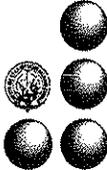
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Diaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 13
			DE: 185

En toda intervención en pacientes externos y hospitalizados se efectuara una nota en el expediente. En el caso que sea la primera ocasión que el paciente asiste al servicio se denominara: "nota de primera vez", y deberá incluir:

1. Ficha de identificación: Sexo, edad.
2. Referencia del servicio que solicita la interconsulta.
3. Antecedentes de importancia (heredo familiares. APNP, AGO y APP).
4. Diagnóstico (s) del Servicio Primario (Incluir tiempo de evolución y fecha de inicio, así como estado actual de la (s) enfermedad (es) de base. También agregar terapia farmacológica previa y actual, anotando nombres genéricos, dosis y lapso de tratamiento.
5. Semiología del Dolor:
 - a) Fecha de inició del cuadro doloroso.
 - b) Sitio del dolor y su distribución.
 - c) Factores precipitantes ó coexistentes.
 - d) Duración (Agudo ó crónico).
 - e) Patrón doloroso (Ritmicidad, permanencia, paroxismos etc.).
 - f) Características somatosensoriales (Epicrítico, protopático).
 - g) Intensidad del dolor (Escala Análogas EVA, EVERA, EFA).
6. Tratamiento analgésico previo: Anotar nombres genéricos, dosis, lapso de tratamiento y respuesta individual, incluyendo efectos secundarios. Agregar los motivos del abandono de la terapéutica.
7. Terapéutica antiálgica actual: Anotar nombres genéricos, dosis, lapso de tratamiento y respuesta individual, incluyendo efectos secundarios.
8. Alteraciones en el patrón usual de sueño y empleo de fármacos hipnótico-sedantes.
9. Cambios en el patrón alimenticio.
10. Anotar impresión general del área psicoafectiva y cognitiva.
11. Evaluación de Mini-mental.
12. Escala de Karnofsky.
13. Exploración física detallada:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 14
			DE: 185

- a) Registrar la impresión causada por la inspección general: Hábitos, faciales, postura, movimientos anormales, marcha, estado de la conciencia, actitud frente a la enfermedad y cooperación para su estudio.
- b) Anotar signos vitales y de ser posible somatometría cuando se considere necesario (Presencia de edema de las extremidades, posibilidad de atrofia, etc.)
- c) Se deberá contar siempre con un equipo de exploración que comprenda de manera mínima:

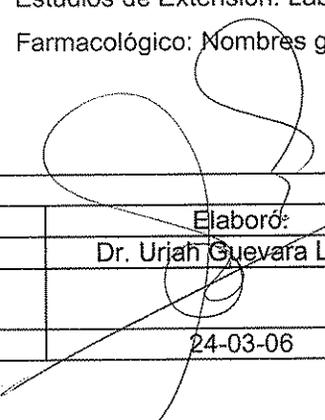
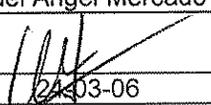
* Lámpara eléctrica	* Baumanómetro	* Oftalmoscopio
* Termómetro clínico	* Estetoscopio	* Martillo de reflejos
* Guantes de hule	* Abatelenguas	* Lubricantes

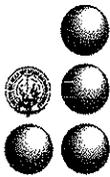
La exploración física deberá ser orientada al cuadro doloroso, y se realizará de preferencia estando el paciente con bata de exploración, idealmente acompañado por una enfermera y obligatoriamente cuando se trate de exploración de genitales.

Se consignarán únicamente los datos positivos; los negativos sólo se anotarán cuando tengan importancia para el diagnóstico.

Dado que el dolor es mediado por el Sistema Nervioso, una parte importante de la exploración física será la exploración neurológica, particularmente en los pacientes que refieran trastornos de la sensibilidad, motricidad ó datos compatibles con neuropatología.

14. Diagnóstico algológico:
 - a) Etiología probable del dolor.
 - b) Diagnóstico sindromático (Neuralgia trigeminal, lumbalgia, etc).
15. Plan:
 - a) Estudios de Extensión: Laboratorio, RX, EMG, etc.
 - b) Farmacológico: Nombres genéricos, dosis, presentación y posología.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urijah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 15
			DE: 185

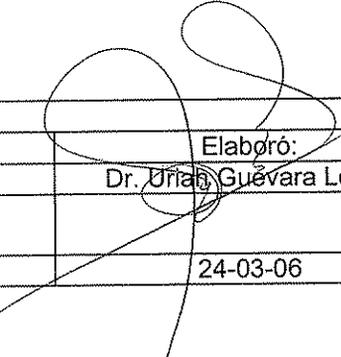
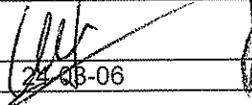
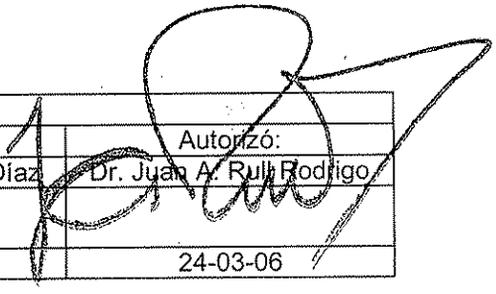
- c) No farmacológico: Medidas locales (Calor, frío, masajes), ENET, Acupuntura, Fisioterapia, etc.
- d) Necesidad de interconsultas.
- e) Estudios de evaluación psicoafectiva.
- f) Estudios de evaluación del impacto socioeconómico.
- g) Citas subsecuentes.

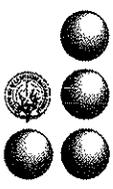
CARACTERISTICAS DE LAS NOTAS DE EVOLUCION DE LA UMDCP:

NOTAS SUBSECUENTES:

(Notas de evolución) tendrán como finalidad:

1. Evaluar los resultados de las pruebas de laboratorio y gabinete.
2. Indicar que consultas de especialidades, aparte de las especificadas en las notas de ingreso y de revisión, deben solicitarse.
3. Mencionar las dificultades que se hubieran encontrado en el establecimiento del diagnóstico.
4. Comentar cual ha sido el curso seguido por el padecimiento causa del dolor, así como de los problemas de base, y la respuesta a la terapéutica establecida, indicando el porcentaje de alivio y el patrón de actividades cotidianas del paciente (Karnofsky).
5. Mencionar los resultados de los estudios realizados con fines de investigación, indicando, cuando así sea, que el paciente forma parte de un protocolo.
6. Siempre, y con objeto de realizar un buen seguimiento, se revalorará la semiología del dolor y las escalas de evaluación análogas (EVA, EFA, EVERA), anotándose en el expediente así como en el archivo interno de la Clínica del Dolor y en el registro diario de pacientes, incluyendo las modificaciones al tratamiento, un plan a seguir y un comentario general.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guévara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 16
			DE: 185

CARACTERÍSTICAS DE LAS NOTAS DE EVOLUCION DE LA UMDCP:

NOTAS DE PROCEDIMIENTO ESPECIALES:

Se considerarán procedimientos especiales:

1. Colocación de dispositivos subcutáneos.
2. Bloqueos peridurales ó subaracnoideos diagnósticos.
3. Bloqueos terapéuticos (con anestésicos locales, esteroides u opioides).
4. Bloqueos líticos (con alcohol o fenol).
5. Rizolisis.
6. Infiltraciones de esteroides y/o anestésicos locales.

A. Nota previa al procedimiento:

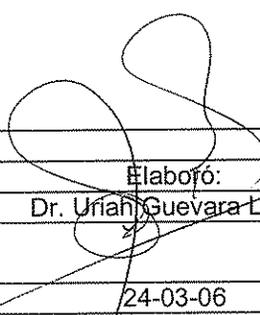
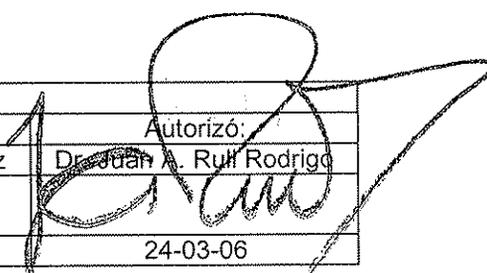
Deberá incluir:

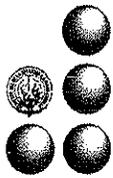
1. Autorización firmada del procedimiento por el paciente ó familiar responsable.
2. Consideraciones acerca del diagnóstico establecido por el Servicio.
3. Fundamentación del procedimiento proyectado.
4. Comentario sobre el riesgo del procedimiento proyectado y factores que lo agraven si existen.
5. Indicaciones de la preparación previa al procedimiento; exámenes de laboratorio, ayuno, sedación, etc.
6. Conveniencia de contar con recursos extraordinarios en Rayos X, recuperación, sala de operaciones, etc.

B. Nota posterior al procedimiento:

Deberá incluir:

1. Procedimiento realizado.
2. Descripción detallada de la técnica empleada.
3. Resultados al término del procedimiento y los que se esperan a corto y largo plazo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 17
			DE: 185

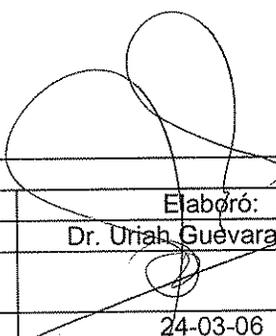
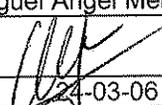
4. Recomendaciones especiales para la vigilancia del período posterior al procedimiento, así como de los cuidados que se tendrán con los dispositivos colocados (Catéteres, filtros, equipos de infusión) y del tiempo estimado de permanencia de estos, así como los posibles hallazgos que indicarían su retiro.
5. En el caso de que el procedimiento no ofrezca los resultados inmediatos esperados y se considere fallido, deberá proponerse un plan a seguir.
6. Anotar la presencia de complicaciones, el manejo y la probable evolución de estas en caso de haber ocurrido.

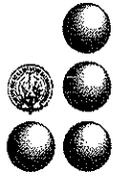
C. Notas de evolución posteriores a un procedimiento:

Serán similares a las notas de evolución comunes, con la salvedad de que se hará hincapié en la respuesta al procedimiento, y un comentario acerca del área corporal en que se realizó y del dispositivo empleado. Si se requiere de dosis de fármacos a través de los mismos, deberá asentarse con toda claridad la dosis en peso y en volumen del fármaco, así como las sustancias de dilución empleadas y la posología, medida dietéticas y otras.

Ordenes médicas:

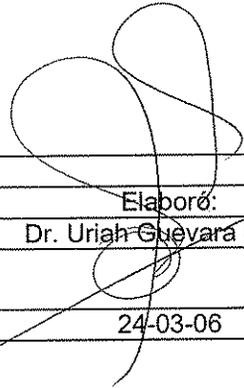
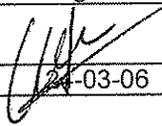
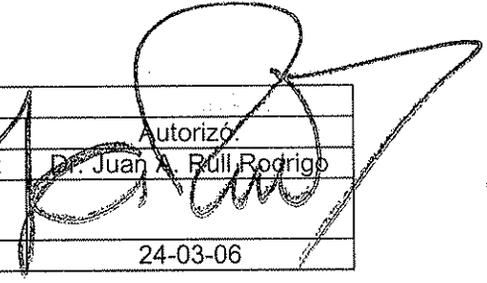
Los pacientes en internamiento llevan un registro de órdenes médicas separado del expediente clínico, en donde deberán anotarse las terapias farmacológicas y los regímenes dietéticos. Siempre que haya alguna modificación, deberá avisarse verbalmente además a la Jefa de enfermeras del piso y al residente encargado del caso en el mismo, poniéndose al día con la regularidad necesaria.

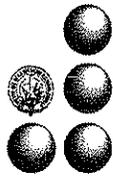
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 18
			DE: 185

SERVICIOS DE APOYO

1. Cuando se requiera de algún ínter consulta con otros especialistas, se deberá llenar la forma especialmente diseñada para ello, con letra clara y la firma del médico solicitante y preferiblemente con un resumen breve del caso.
2. Rayos X: las solicitudes deberán ser llenadas y firmadas personalmente y en forma clara por el residente que solicita el estudio. Cuando se trate de solicitar sala para procedimientos invasivos, deberá realizarse con anticipación, anotando la fecha de la programación en el pizarrón y en la agenda de actividades.
 Todo estudio radiológico solicitando fueran del INNSZ deberá hacerse por escrito a máquina y señalando el área de interés especial, así como la impresión diagnóstica. Se requiere la autorización del paciente para que sus estudios pasen al archivo del INNSZ.
 Durante las revisiones de casos con el médico adscrito, el residente se hará responsable de que se cuente con todos los estudios, así como de su devolución al término de las mismas. Toda placa de RX debe ser regresada al Departamento de Radiología, incluyendo la Solicitud del mismo. Ningún estudio debe permanecer en la UMDCP después de su revisión.
3. Los estudios de electrodiagnóstico (EKG, EEG, PE, EMG, VC) requieren formas especiales para su solicitud y los reportes deberán anexarse al expediente clínico.
4. Los exámenes de laboratorio tienen formas especiales de solicitud y los resultados son colocados en los expedientes por el departamento respectivo.
5. Cuando se considere que algún paciente presenta un problema de salud agudo que requiera atención inmediata, será enviado al Servicio de Urgencias con una solicitud de Ínter consulta especificando la causa del envío.

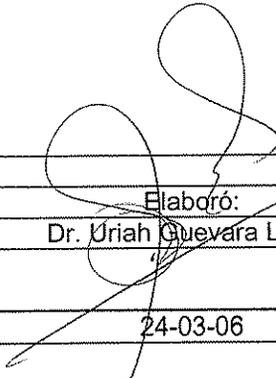
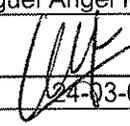
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

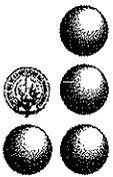
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 19
			DE: 185

REGLAMENTO INTERNO EN HOSPITALIZACION.

1. Los residentes de algología acompañarán al médico adscrito al paso de visita por los diferentes pisos de internación, la cual se realizará de lunes a jueves a las 8:30 a.m. y los viernes a las 9:05 a.m.
2. El médico residente se encargará de hablar con el residente de piso para informarle de los cambios en la terapéutica y la solicitud de exámenes de extensión, así como de la necesidad de interconsultar a otros especialistas.
3. Anotará después del paso de visita los cambios en la terapéutica, asentándolos en la hoja de indicaciones y en el expediente clínico, anotando los medicamentos con el nombre genérico y entre paréntesis con el nombre comercial, la presentación farmacéutica y la dosis, así como el número cronológico de días de tratamiento.
4. Se actualizarán las indicaciones por lo menos dos veces a la semana.
5. Durante el paso de visita se comentarán los hallazgos encontrados en los estudios de extensión y se revisarán las radiografías, etc., junto al médico adscrito, así como las opiniones expresadas por el ínter consultantes en relación al caso.
6. Los médicos residentes tienen la obligación de proponer un esquema terapéutico, farmacológico ó de otra clase, el cual será autorizado ó modificado por el adscrito de la Clínica del Dolor encargado del Sector.
7. Se tendrá a la mano el cuadro básico de medicamentos (que siempre se encontrará en las salas de internación), ya que como regla, la farmacia sólo atenderá la prescripción de medicamentos que se ajusten a él.
8. En caso de que exista indicación para utilizar un medicamento que no se encuentre en el cuadro básico, la solicitud será hecha a la Jefa de Farmacia ó a la Subdirección Médica,
(En la práctica se le solicita a la Jefa de Enfermería del piso y ella se encarga del trámite, en general).

Este reglamento es también válido para los Servicios de Urgencias y de Medicina Crítica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

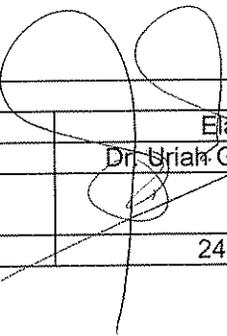
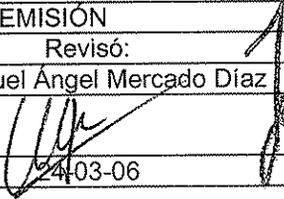
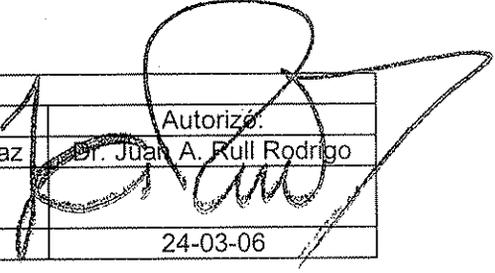
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 20
			DE: 185

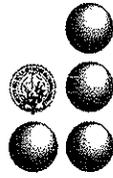
LINEAMIENTOS BASICOS PARA LOS RESIDENTES DE LA UMDCP.

1. La entrada es a las 7:00, de lunes a viernes, a sesiones académicas. Los viernes asistencia obligatoria a las 8:00 a.m. a la sesión general del hospital.
2. Se dispondrá de 30 min., para desayunar de 8:00 a 8:30 hrs.
3. La hora de salida es a las 17:00 hrs.
4. Todo desacuerdo o problemática, deberá comunicarse al médico algólogo adscrito del sector para su solución, especialmente cuando esto se refiera a problemas con interconsultantes, empleados del Instituto, pacientes ó sus familiares.
5. Es obligación de todos los miembros del Servicio mantener limpia el área de trabajo, así como el cuidado de todo el material e instrumental del mismo. No se permite fumar en ninguna de las áreas del Servicio ni del hospital, excepto en los exteriores.
6. Se deberá tener discreción en los comentarios que se hacen en el Servicio y guardar el respeto debido a pacientes y familiares, así como al personal que labora en el Instituto.
7. Se deberá tener especial cuidado en la presentación personal.
8. Se nombrará un Jefe de Residentes de la Clínica del Dolor en base a su curriculum y a su desempeño.

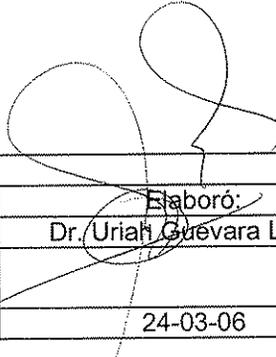
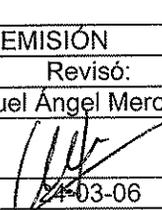
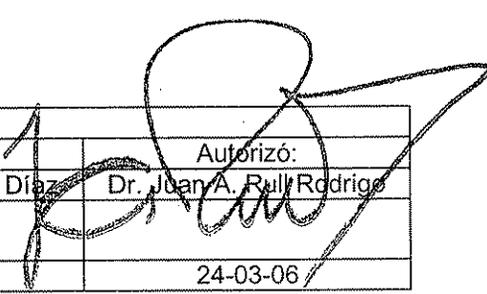
* Los alumnos correspondientes a otras áreas (neurología, psicología, etc) son designados a asistir a servicios afines en éste horario, siendo elegido por los médicos de base, y el cual tendrá a su cargo funciones organizativas, como la realización del programa de guardias y vigilancia del desempeño de los demás residentes.

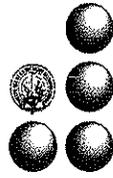
9. Las guardias serán rotatorias para realizarse el fin de semana y los días festivos, el residente de guardia comentara con su revisor los casos y los incidentes de la guardia.
De Lunes a viernes pasaran visita a las 8.00 y a las 14.30 hrs., elaborando el reporte de guardia correspondiente el cual se entregara a primera hora del día siguiente.
De lunes a jueves a las 8.30 hrs. y los viernes de 9.00 a 930 hrs. se efectuara una revisión de los pacientes internados en conjunto con todos los integrantes del servicio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Brian Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 21
			DE: 185

10. Cuando se haya realizado un procedimiento que requiera vigilancia de paciente externo, esta podrá llevarse a cabo dentro de las instalaciones de la Clínica del Dolor hasta no más de las 15:00 hrs. Si se considera necesario ampliar este período en beneficio del paciente, se recurrirá al área de Recuperación o a Urgencias, especialmente en los casos en que algún paciente debe internarse.
11. El medico residente que atiende a un paciente de primera vez hará su seguimiento durante su estancia anual.
12. Cuando un residente se encuentre en período de vacaciones ó rotando fuera del INNSZ, deberá presentar sus casos especiales a los residentes que permanecerán en la Clínica, quienes se harán cargo de recabar estudios pendientes y valorar la eficacia de la terapéutica, retomando los casos a su cargo al regresar.
13. Los residentes deberán ser los responsables de llenar la libreta de registro, las bases de datos y la hoja frontal de cada uno de sus pacientes atendidos.
14. Los residentes tendrán derecho a gozar de dos períodos vacacionales de 10 días hábiles c/u, cuyas fechas será determinadas al inicio del curso por el Jefe del departamento.
15. Durante el período de adiestramiento, los residentes podrán estar sujetos a rotaciones fuera del INNSZ, con el objeto de ampliar sus conocimientos, estando sujetas al criterio del Jefe del Departamento, tanto en el sitio en que se realizarán, como en el tiempo necesario.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 22
			DE: 185

SECCION V. ENSEÑANZA Y ENTRENAMIENTO.

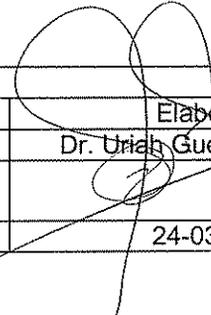
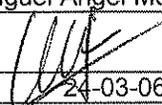
La indiscutible evolución, el progreso científico y tecnológico, obliga a las instituciones de salud a formar recursos médicos y paramédicos que con en forma eficaz y segura brinden servicios de excelencia, con calidez y con un alto sentido humanista.

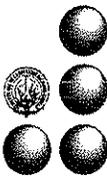
Por esta razón es para la UMDCP una prioridad su programa de enseñanza formativa denominada "curso universitario de postgrado para médicos especialistas reconocido por la UNAM.

Este curso con duración de un año permite capacitar y entrenar a seis o siete médicos anestesiólogos y diversos especialistas en esta disciplina, otorgando al final del curso un diploma institucional y uno universitario que acredite su desempeño como tal.

Estas actividades académicas comprenden varios puntos:

1. Formación de especialistas en dolor a través del Curso de postgrado para médicos especialistas en Clínica del Dolor (Algología) con duración de un año y orientado a médicos especialistas en Anestesiología.
2. Presencia de la Clínica del Dolor en actividades extramuros para difundir sus funciones, así como la importancia del estudio y tratamiento del dolor, en cursos monográficos, asambleas y publicaciones de asociaciones civiles de especialistas en toda la Nación y el Extranjero.
3. Promover la necesidad del manejo del dolor en áreas básicas durante la formación de profesionales médicos.
4. Sensibilizar a la población a través de medios de comunicación masiva de la existencia de la Clínica del Dolor y de sus actividades.
5. Intercomunicación con otros centros de enseñanza en dolor, para actualización y mejoramiento de programas académicas y de intercambio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 23
			DE: 185

NORMATIVIDAD DE LOS MEDICOS RESIDENTES EN LA UMDCP.

El curso monográfico de la Clínica del Dolor tiene una duración de un año natural, iniciando el primero de marzo de cada año y terminando el día último de febrero del año siguiente. Sus actividades académicas se pueden dividir en:

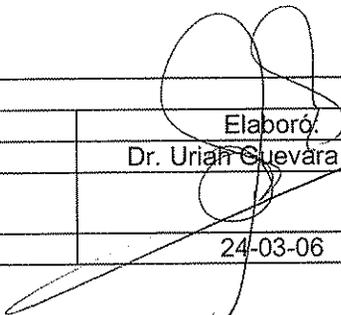
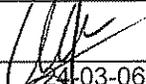
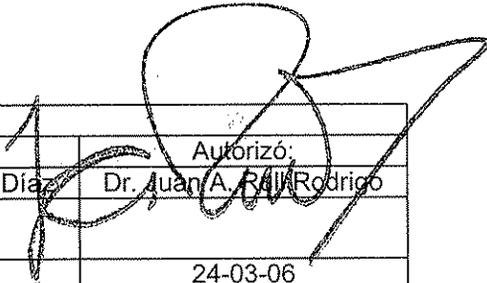
1. Clases ó sesiones ordinarias.
2. Sesiones clínicas.
3. Sesiones bibliográficas.
4. Actividades académicas extraordinarias.
5. Sesiones generales del INNSZ.

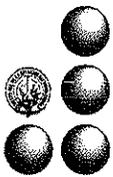
Clases o sesiones ordinarias:

Se realizan de 7:00 a 8:00 hrs., con carácter de obligatorias los días lunes A jueves y de 11:00 a 14:00 los miércoles, siendo presentadas generalmente como conferencias magistrales, contando con el apoyo de profesores invitados, adscritos del servicio ó el alumnado, siguiendo un programa preestablecido y del que se hace conocimiento público con por los menos, un mes de anticipación.

Sesiones clínicas:

Son presentadas los miércoles de 11:00 a 12:00 hrs., y tienen como finalidad, ampliar los criterios diagnósticos y terapéuticos del alumnado, así como proponer alternativas al diagnóstico y terapia de casos difíciles. Idealmente se deberá contar con un resumen que se entregará a los asistentes, como máximo el día previo a la sesión, y que contendrá los detalles más representativos del caso, incluyendo los estudios de laboratorio y gabinete que podrán ser revisados en el transcurso de la presentación. También de ser posible, se preferirá la presencia del paciente en algún momento de la sesión para ampliar el interrogatorio y realizar la exploración física, siempre apegándose al código de Nuremberg y a la declaración de Helsinki. El moderador de la sesión será el presentador del caso, e idealmente debe invitar a los especialistas médicos y otros relacionados a la problemática que se presenta en dicha ocasión, quienes

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ramírez Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 24
			DE: 185

harán énfasis en relación a su experta experiencia, y al final de la sesión se hará un comentario con las conclusiones finales, las propuestas y los pendientes, quedando ésta parte a cargo del médico revisor.

Las sesiones clínicas serán hechas del conocimiento del ponente, por lo menos un mes de anticipación, aunque de hecho, la fecha será predecible con facilidad, debido a que se programará en forma rotatoria y en un orden establecido.

Para apoyarse durante la presentación de la sesión, además del resumen se podrán emplear transparencias, proyector de cuerpos opacos, acetatos o videos, así como referencias bibliográficas que apoyen el diagnóstico ó el manejo del caso.

Sesiones Bibliográficas:

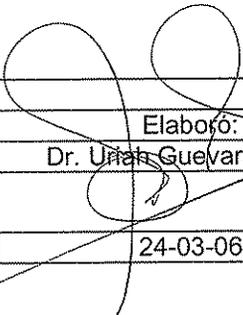
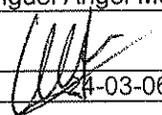
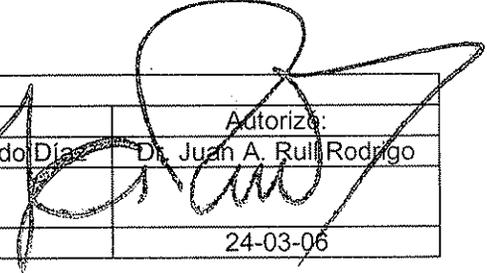
Todos los residentes deberán presentar el resumen de un artículo de no más de tres años de publicado, escrito a máquina a doble espacio y con una cuartilla de extensión como máximo, incluyendo la referencia bibliográfica de donde se tomó el artículo, elaborada de acuerdo a las normas internacionales. Se tratarán de omitir artículos de revisión y de experimentación animal con productos inexistentes en el mercado, a menos de que se otorgue autorización previa, debido a la importancia de algún tema en particular.

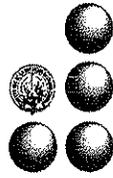
La presentación de dicho artículo se hará los miércoles posterior a las sesión académica, siendo la lectura de éste, con una duración no mayor a 5 minutos y dando espacio para comentarios y aclaraciones por un máximo de 10 minutos, fungiendo como moderador uno de los profesores del curso.

Actividades Académicas Extraordinarias:

A juicio del Jefe de la Clínica del Dolor, se realizará la asistencia a actividades académicas extraordinarias tanto dentro, como fuera del INNSZ, las cuales serán anunciadas con anticipación, siendo de carácter obligatorio cuando estas se realicen dentro de los límites de la Ciudad de México y del horario establecido de actividades diarias.

Una vez al año se realiza el congreso AMETD, al cual se espera la asistencia de los residentes y de ser posible la presentación de trabajos libres, para lo cual es necesario se preparen estos con la debida anticipación, de tal manera

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 25
			DE: 185

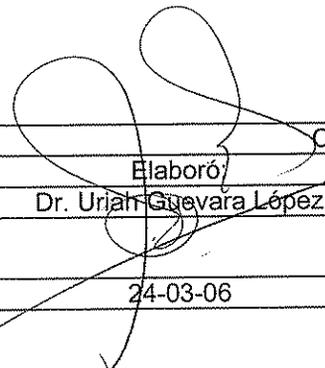
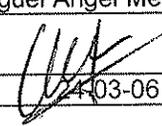
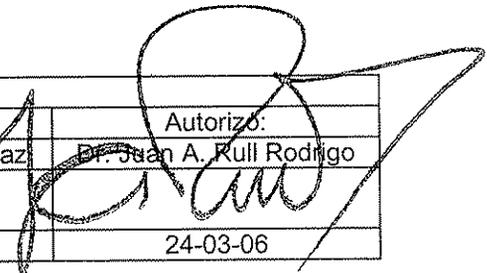
que pueda recurrirse al patrocinio de laboratorios y organizaciones afines para la cobertura de los gastos de transporte, hospedaje y alimentación, disminuyendo de esta manera la erogación por parte del residente. La asistencia a dicho congreso no es obligatoria, pero es deseable debido a que, de alguna manera, es la presentación del alumnado frente al resto de la comunidad médica dedicada al estudio y tratamiento del dolor.

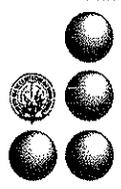
Sesiones Generales del INNSZ:

Las Sesiones Generales del INNSZ se realizan los viernes a las 8:00 hrs., en el auditorio del mismo y tienen como fin la presentación de casos clínicos, avances en algún área específica ó interés especiales de algún servicio frente a la comunidad del Instituto. Dentro de éstas sesiones, la Clínica del Dolor es responsable de un espacio una vez al año, situación en la que la presentación ocurre a cargo de los médicos adscritos a la misma y los residentes y/o invitados especiales.

** Programa Académico Interinstitucional con el Instituto Nacional de Cancerología: (INCAN).

La UMDCP del INNSZ, realiza actividades académicas conjuntas con el INCAN en el programa de formación de subespecialidad desde 1986, reuniéndose los alumnos de la CD., de ambas Instituciones durante las sesiones académicas ya referidas. Los dos últimos de cada mes, las actividades se desarrollan en las aulas del INCAN.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 26
			DE: 185

MEDIDAS DICIPLINARIAS.

SANCIONES

I. GENERALIDADES

Para calificar las infracciones o incumplimientos de este reglamento se distinguirán tres esferas ó áreas:

- A) La administrativa
- B) De servicio
- C) La académica

a) Área administrativa:

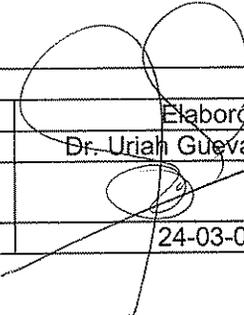
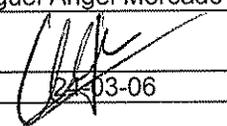
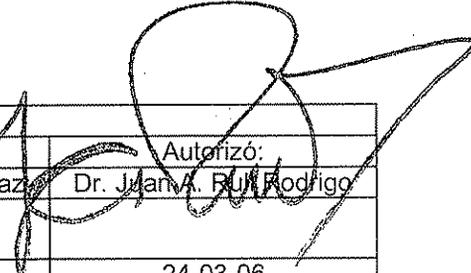
Comprende todo lo relativo al cumplimiento de los horarios, los períodos vacaciones, el uso adecuado de identificaciones (gafetes), el comportamiento adecuado fuera de los servicios clínicos, el uso adecuado de material clínico (instrumentos de diagnóstico), académico (libros, revistas, etc.) y demás mobiliario a su servicio; el cuidado de la presentación personal y el respeto a las jerarquías.

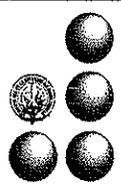
b) Áreas de servicio:

Comprende lo relacionado con el trato a los pacientes y sus familiares, el trato con el personal paramédico y el cumplimiento con todas las actividades asignadas.

c) Área académica:

Incluyen el cumplimiento con los niveles de rendimiento exigidos por el sistema en las Múltiples actividades y en particular en aquéllas incluidas en la resolución de problemas clínicos. También pertenecen a esta área el cumplimiento con las reuniones y sesiones académicas, el desempeño de las labores de supervisión y evaluación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 27
			DE: 185

II. TIPIFICACION DE INFRACCIONES

Se hará la diferenciación entre infracciones menores y mayores.

a) Administrativa:

1.- Infracciones menores: Retardos; uso de la identificación personal incumplimiento con las fechas de entrega de libros y revistas de la Biblioteca; la avería por negligencia de aparatos o instrumentos; el descuido en la apariencia personal.

2.- Infracciones mayores: prolongar indebidamente un período de vacaciones; comportamiento inapropiado en área no clínicas; insubordinación con las jerarquías; pérdida de material bibliográfico, de diagnóstico-u otros instrumentos.

b) En Servicio:

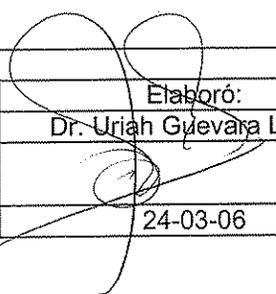
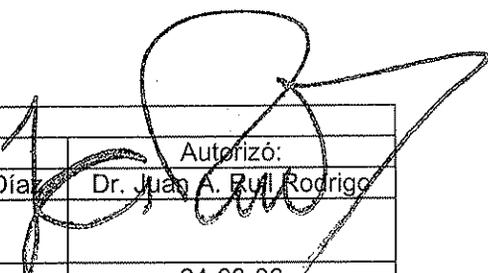
1.- Infracciones menores: negligencia por exceso u omisión en el manejo de los pacientes; errores por no revisar la información necesaria o no solicitar ayuda o asesoría; ocultamiento de información de los pacientes; comportamiento inapropiado en las áreas clínicas; retraso u omisión en la entrega de órdenes médicas.

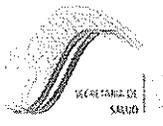
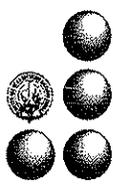
2.- Infracciones mayores: irresponsabilidad en el cuidado de los pacientes (ausencia, abandono, etc.); maltrato a pacientes, familiares de pacientes o personal paramédicos; ausencias injustificadas al servicio ó a una guardia programada; incumplimiento de labores clínicas (Elaboración de historias clínicas, paso de visita, consultas, etc).

c) Académicas:

1.- Infracciones menores: ausencia injustificada a sesiones académicas, olvido de realizar resúmenes clínicos para las sesiones, incumplimiento en labores de supervisión o evaluación.

2.- Infracciones mayores: incumplimiento con los niveles de rendimiento exigidos por el sistema en cualquier actividad. Esto es particularmente importante en las actividades clínicas. La persistencia de este tipo de situaciones, ameritará la reunión del consejo de enseñanza para decidir acerca de la permanencia del infractor en la Institución.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urijah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 28
			DE: 185

III. SANCIONES

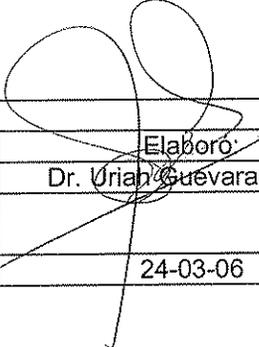
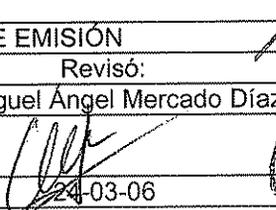
Todas las infracciones menores cometidas por primera vez serán objeto de un extrañamiento verbal; las reincidencias serán sancionadas con guardias de compensación, notas de demérito (extrañamiento escrito con copia a la División de Enseñanza y al expediente, con valor negativo en la evaluación de la residencia), suspensión temporal o suspensión definitiva, según sea el número de las mismas.

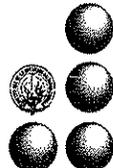
Todas las infracciones mayores darán lugar a una nota de demérito y en su caso al pago ó restitución de lo perdido o a guardias de compensación. En este tipo de infracciones será necesario escuchar la versión de los hechos de parte del sancionado antes de tomar la decisión. La reincidencia de infracciones mayores, dará lugar como mínimo a una nota de demérito con cambio de servicio y/o suspensión temporal, pudiendo llegar hasta la suspensión definitiva.

Sanciones por orden de importancia:

Menores

- 1.- Extrañamiento verbal.
- 2.- Extrañamiento verba + guardia de compensación.
- 3.- Nota de demérito (Con copia al expediente) +:
 - Pago o restitución del material perdido
 - Guardias de compensación (Factor multiplicado por 2 por cada ausencia injustificada o retardo reiterado a labores o guardia).
 - Días laborales de compensación (Factor multiplicado por 2 por cada día de Vacaciones que rebase el periodo estipulado).
- 4.- Nota de demérito + suspensión temporal (durante 1 ó 2 semanas, el sancionado es privado de sus derechos y obligaciones).
- 5.- Suspensión definitiva.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 29
			DE: 185

Mayores

1.- Nota de demérito (con copia al expediente) +:

- Pago ó restitución del material perdido.
- Guardias de compensación (factor multiplicado por 2 por cada ausencia injustificada a guardia).
- Días labores de compensación (factor multiplicado 2 por cada día de vacaciones que rebase período estipulado).

2.- Nota de demérito +:

- Cambio de Servicio.
- Suspensión temporal.

3.- Suspensión definitiva.

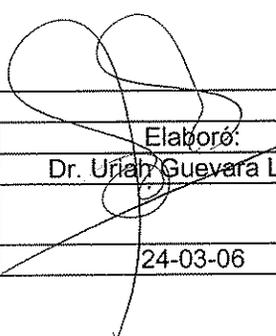
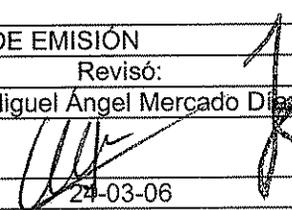
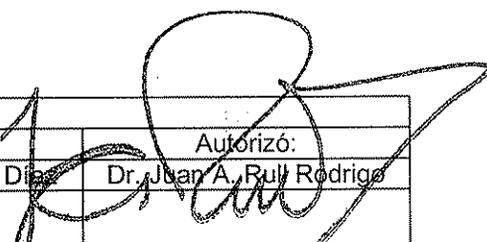
ESTIMULOS Y RECOMPENSAS.

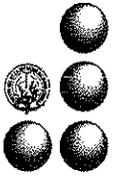
DISTINCIONES

El cumplimiento cabal con el reglamento y especialmente el haberse destacado en el desempeño de las actividades será motivo de diversas expresiones de reconocimiento por parte de la Institución.

1. Distinción verbal: Es la forma más común en que el Instituto expresa su reconocimiento a una labor destacada en alguno de sus miembros y en este caso, de un médico residente.
- 2.- Distinción escrita: Es un nivel superior de reconocimiento, que implica una labor destacada de mayor mérito y/o durante mayor tiempo. Este testimonio escrito queda asentado en el expediente con valor curricular para promociones o acceso a otras especialidades dentro de la Institución.
3. Reconocimiento al mérito: es la máxima expresión de reconocimiento que se otorga a aquellos que cumplieron una labor sobresaliente por un tiempo mínimo de un año.

Tiene valor curricular en cualquier circunstancia.

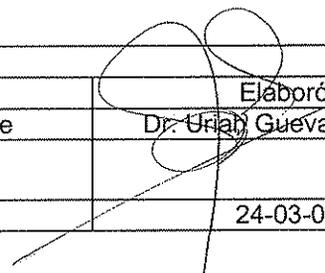
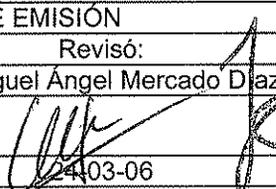
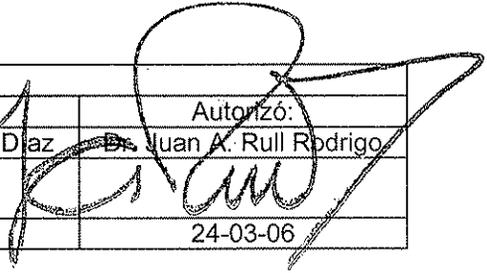
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

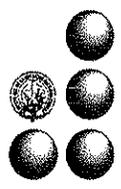
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 30
			DE: 185

PROGRAMA DE ENSEÑANZA (CONTENIDOS TEMATICOS).
AÑO LECTIVO 2004-2005

MARZO

- Bienvenida a los residentes
- Fisiología de la nocicepción
- Modelos experimentales para el estudio del dolor
- Sinergismo farmacológico
- Historia clínica algológica
- Metodología de las sesiones clínicas
- Concepto de dolor y abordaje clínico
- Protocolo de investigación I
- Bioneuroquímica en relación a sistemas nociceptivos
- Hiperalgesia secundaria, abordaje experimental
- La medición del dolor
- Taxonomía de los síndromes dolorosos
- Protocolos de investigación
- El manejo psiquiátrico del paciente con dolor
- La exploración clínica neurológica
- Mecanismos espinales del dolor
- ¿Qué son los cuidados paliativos?
- Anatomía de las vías sensitivas
- Utilidad de los estudios neurofisiológicos en pacientes con dolor
- Exploración psicológica del paciente con dolor crónico
- Preguntas de sesiones exitosas
- Manejo clínico de los aines
- Teorías de propagación del dolor
- Recursos psicológicos en el manejo del dolor

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

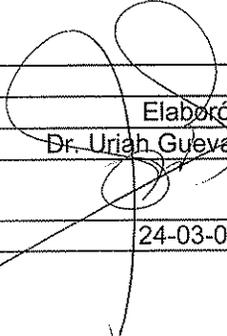
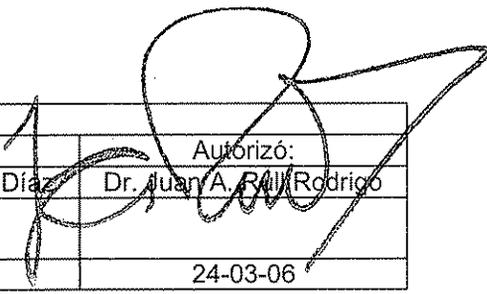
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 31
			DE: 185

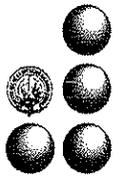
ABRIL

- Membranas biológicas, receptoras membranales
- Evaluación socioeconómica de pacientes en el Instituto
- Modulación espinal del dolor
- Manejo neuroquirúrgico del dolor
- Mediadores del dolor involucrados en el modelo experimental PIFIR
- Que son los cuidados paliativos II
- Farmacometría en Dolor
- Adherencia al tratamiento
- Mecanismos de acción de la combinación Rofecoxib más morfina
- Anestésicos locales
- Infiltraciones y bloqueos locales técnicas
- Relación médico paciente
- Rutas para la administración de analgésicos
- Bloqueos del plexo lumbosacro
- Exploración física al sistema músculo esquelético
- Trauma psicológico
- Actualidades de los inhibidores COX-2
- Criterios de terminalidad en el paciente en cuidados paliativos
- Aspecto psicológico en cuidados paliativos.

MAYO

- Síntomas neuropsiquiátricos I
- Toxicidad por quimioterapia
- Técnicas conductuales para el manejo del dolor
- Inhibición del ganglio eseno palatino y estelar
- Morfina principios farmacodinámicos
- Dolor por cáncer

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 32
			DE: 185

Clasificación de las enfermedades reumatológicas

Evaluación del paciente con dolor crónico

Rutas para la administración de analgésicos II

Dolor mixto conceptos

Interacciones farmacológicas en CP

Exploración física al sistema músculo esquelético

Farmacología

Dextropropoxifeno, codeína y tramadol.

Hidromorfona, bupremorfina, oxycodona

JUNIO.

Dolor y sueño I

Dolor y sueño II

Dolor óseo metabólico

Síndrome doloroso regional complejo I

Dolor miembro fantasma

Síntomas Neurológicos C7 P I

Anales interacción COX2 Morfina

Síntomas neurológicos C/P II

Exploración física

Plexo lumbosacro

Síndrome doloroso regional complejo II

Empleo e indicación de los bifosfonatos

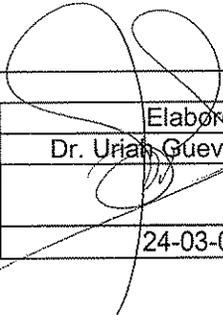
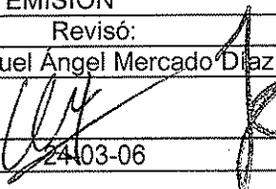
Síntomas neurológicos en C/P II

Neuropatías por atropamiento

Dolor de espalda baja

Bloqueo del plexo braquial

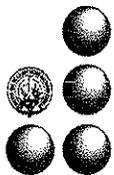
Vertebro plastias

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06

Autorizó:

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 33
			DE: 185

Empleo de opioides en dolor crónico no oncológico

Sexualidad en el anciano

Estimulación eléctrica transcutánea

Dolor en niños

JULIO

Neurocirugía funcional en el tratamiento del dolor

Plexo lumbosacro

Dolor miembro fantasma II

Prueba Lusher

Fentanyl transdérmico y transmucoso.

Radioterapia en dolor

Neuralgias cervicobranquiales

Radiofármacos en dolor

Urgencias oncológicas

Biofeedback

Corticoesteroides en C/P

Dolor de origen discogénico

Bloqueo diagnóstico pronóstico

Dolor central

Interacción COX 2 y morfina

Abordaje del paciente psiquiátrico con dolor

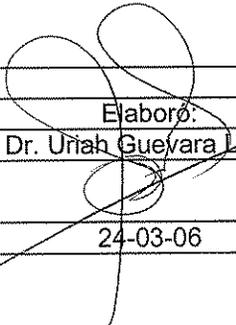
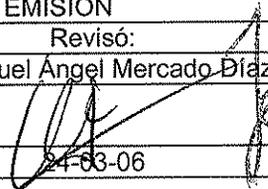
Sx. Miofaciales

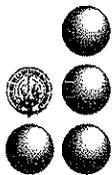
Síntomas respiratorios en el paciente terminal

Dolor orofacial

Neuralgia postherpética

Antidepresivos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 34
			DE: 185

AGOSTO

Dolor orofacial

Progresión rostral de los opioides espinales

Terapia racional emotiva en el paciente con dolor

Toxina botulínica: farmacología y empleo clínico

Ziconotido, octreotido y adenosina en dolor

Evaluación del cambio clínico

Dolor bajo de espalda (tratamiento)

Dolor en pediatría

Metástasis cerebrales

Dolor de origen discogénico

Dolor de origen discogénico II parte

Metadona

Presentación de protocolos

Antidepresivos

Inhibición del plexo, hipogástrico superior

Radioterapia en dolor

Anatomofisiología del V par

Relajantes musculares

Fisioterapia y dolor

Dolor en VIH

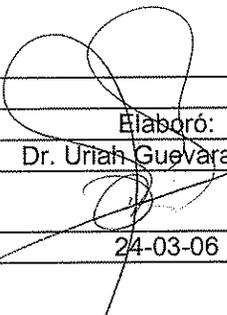
Impacto del dolor crónico sobre el sueño

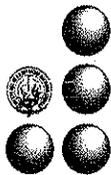
Síntomas bioquímicos en cuidados paliativos

SEPTIEMBRE

Dolor en HIV

Neuromoduladores y

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 35
			DE: 185

Dolor Neuropático

Familiograma

Trastornos del sueño en el paciente terminal

Síntomas digestivos en cuidados paliativos

Dolor abdominal I

Dolor abdominal II

Inhibición del plexo hipogástrico superior

Medicina complementaria y alternativa

Radioterapia en dolor

Biofeedback

Dolor episódico I

Manejo del dolor en pacientes con deterioro cognitivo

Clasificación de las enfermedades osteoartríticas

Antidepresivos y dolor

Inhibición del simpático lumbar

Fisioterapia en dolor

Neuralgia trigeminal II parte

Canabionoides

Respuesta nociceptiva y ciclos circadianos

Acupuntura en dolor

Dolor torácico

OCTUBRE.

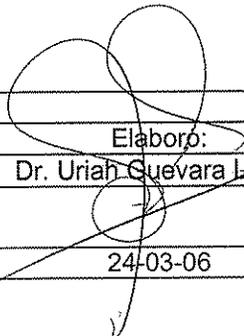
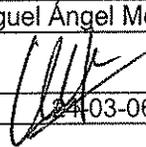
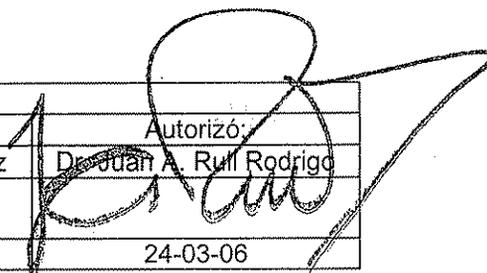
Manejo del dolor neuropático

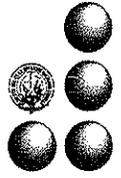
Fisioterapia en dolor

TENS

Opiáceos y dolor neuropático

Sexualidad en el anciano

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 36
			DE: 185

Clasificación de las enfermedades osteoartríticas

Personalidad tipo A

Tratamiento intervencionista de dolor de espalda

Actualidades en el manejo del hipo

Terapia física en el dolor bajo de espalda

Cervicobraquialgia

Bloqueo simpático lumbar

Disfunción intestinal opiácea

Dolor episódico

Cuidados paliativos en la piel

Ansiedad y depresión en el paciente con dolor

Síntomas alimenticios en CP

Dolor oftálmico

Dolor origen no cardiaco

Terapia espinal implantable

NOVIEMBRE

Anatomía fisiológica de pelvis

Transfusión en cuidados paliativos

Nutrición y dolor

Fundamentos de la acupuntura moderna

Ansiedad y depresión en el paciente con dolor II

Higiene del sueño

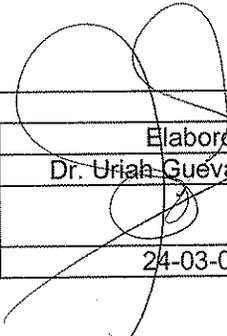
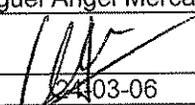
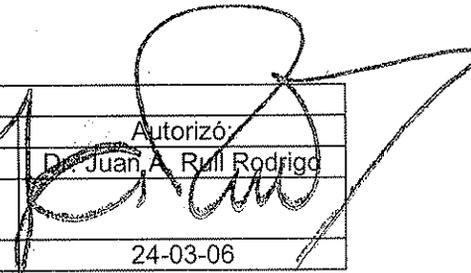
Toxicidad por quimioterapia

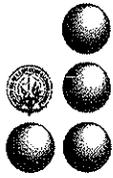
Técnicas quirúrgicas para síndromes radicales

Inhibidores no competitivos de los NMDA

Fisioterapia en dolor

Cervicobraquialgias II

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guévara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 37
			DE: 185

Actualidades en el manejo de hipo

Singulotomía

Medicina del deporte y dolor

Técnicas de relación

Disfunción intestinal opiácea

Dolor torácico de origen no cardiovascular

Manejo de dispositivos subcutáneo

El paciente terminal en cuidados paliativos

Sx. Doloroso de origen visceral

DICIEMBRE.

Sx. de Burnout

Imagenología en intervencionismo

Ascitis, ictericia y encefalopatía en el paciente terminal

Uso de opiáceos espinales

Sx. Dolorosos cervicales por causas mecánicas

Manejo del dolor de la columna cervical

Radiofármacos

Dolor en esclerosis múltiple

Acupuntura moderna II

ENERO.

Tesis Alumnos

Hemotrasfusión en cuidados paliativos

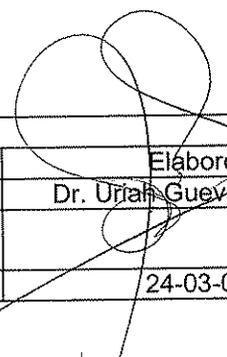
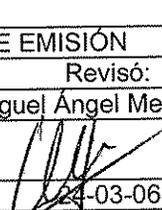
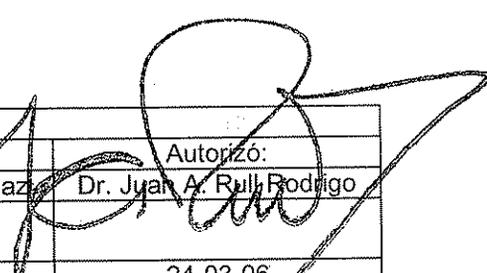
Dolor persistente SEC. A Herpes Zoster

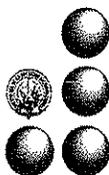
Movilidad en pacientes con Dolor crónico

Dolor no oncológico en pacientes con cáncer

Analgésicos no opiáceos en el perioperatorio

Vertebroplastias

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 38
			DE: 185

Dolor pélvico de origen ginecológico

Administre su consultorio como una empresa de servicios

~~Los pacientes border con dolor~~

Neuroestimulación espinal

Dolor ocular

Presentación posters

Presentación posters

Evaluación

Empleo de la medicina complementaria en el campo del dolor

FEBRERO.

Nutrición e hidratación en el paciente terminal

Síndrome de cauda equina

Tanatología

Dolor talámica

Cuidados de enfermería de la piel y estomas

Toxina botulínica en dolor

Personalidad y dolor. Tipo A.

Diagnóstico y manejo del dolor cervical

Opiáceos espinales

Pacientes border con dolor

Linfedema en el paciente terminal

Aracnoiditis

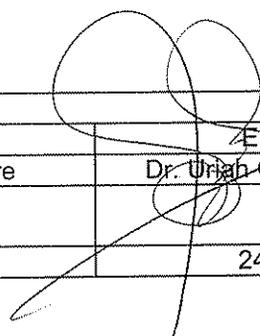
Abordaje analgésico de plexos nerviosos

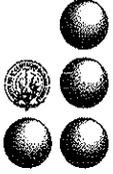
Nutrición y dolor

Dolor no oncológico en el paciente con cancer

El paciente "border" con dolor

Complicaciones secundarias de intervencionismo del RAQUTZ

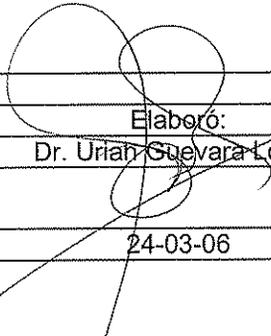
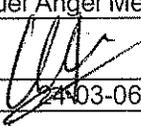
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

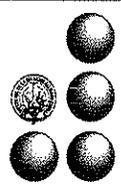
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 39
			DE: 185

Imagenología y dolor

Evaluación final

Participación de la glicina en la nocicepción.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Suevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 40
			DE: 185

SECCION VI. INVESTIGACION EN DOLOR.

LINEAS DE INVESTIGACION.

La investigación en dolor será considerada como una actividad prioritaria, debido al rápido progreso de programas multidisciplinares de terapia del dolor y al desarrollo de avances en ciencia y tecnología con aplicaciones en dolor. Por esta razón la UMDCP del INNSZ se encuentra inmersa en el desarrollo de líneas de investigación básica o clínica en materia de dolor y cuidados paliativos internamente o en colaboración con otros servicios o departamentos del INNSZ u otras instituciones.

RECEPCION DE TRABAJOS Y CRONOGRAMA DE INVESTIGACION PARA MEDICOS RESIDENTES DE LA UMDCP.

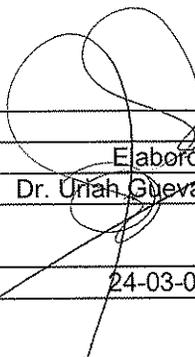
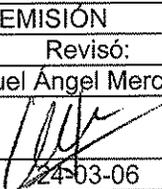
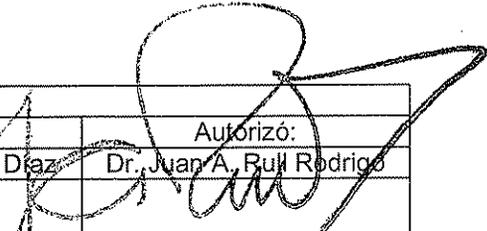
Los residente en formación, deberán realizar un trabajo de investigación a manera de tesis para obtener su diploma Universitario, el cual deberá ajustarse a las normas preestablecidas por el Departamento de Enseñanza, comité de investigación, ética del instituto y los de la Facultad de Medicina de la UNAM, cubriendo un calendario como se especifica a continuación.

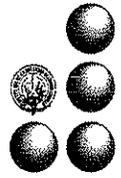
Propuesta: Del primero de Mayo al 31 de junio.

Realización: Del primero de Julio al 31 de diciembre.

Análisis: Del primero de enero al 15 de Enero.

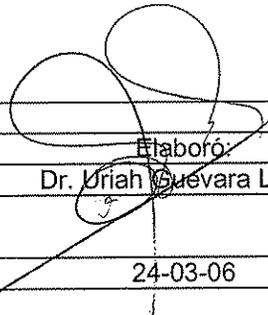
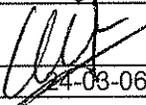
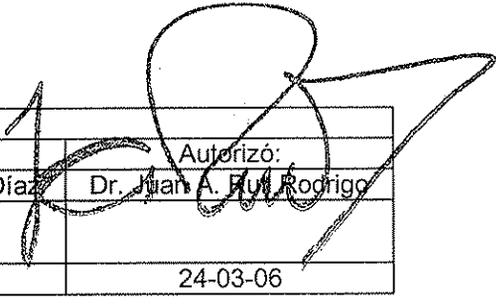
Presentación: 10 de febrero.

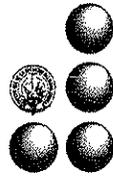
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 41
			DE: 185

El reporte de este estudio se presentara en forma de cartel en las fechas que señale la División de estudios de postgrado de la facultad de medicina de la UNAM y enviado para su publicación a revistas con sistema de evaluación por pares.

El no cubrir este requisito, impide la obtención del diploma correspondiente, y solo en casos especiales se podrán dar un plazo no mayor de un año para la entrega de la tesis, si al término de este tiempo no se cumpliera este requisito, se perderá el reconocimiento al curso.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 42
			DE: 185

SECCION VII. FORMATOS ESPECIALES.

FORMATOS ESPECIALES PARA LA OBTENCION DEL RECETARIO DE ESTUPEFACIENTES.

PERMISOS Y RECETARIOS PARA PSICOTRÓPICOS Y ESTUPEFACIENTES.

En materia de estupefacientes, los procedimientos para la prescripción, compra y venta, quedarán como a continuación se detalla :

I. PERMISO PARA UTILIZAR RECETARIOS ESPECIALES (ESTUPEFACIENTES) Y CÓDIGO DE BARRAS

a) Llenado de solicitud para obtener el recetario especial en el formato correspondiente ;

b) Identificación del solicitante con título, cédula profesional y comprobante de domicilio.

Si se cumplen los requisitos mínimos anteriores, la autoridad sanitaria estatal o federal procederá a :

c) Entrega de bloc de recetarios especiales al solicitante.

d) Entrega de etiquetas adheribles con código de barras por duplicado (para original y copia de la receta), y

e) Entrega del permiso que tendrá vigencia por cinco años.

Se transcriben al respecto, las modificaciones a los artículos 241 y 242 de la Ley General de Salud, que entrarán en vigor sesenta días después de su publicación.

Artículo 241. La prescripción de estupefacientes se hará en recetarios especiales que contendrán para su control un código de barras asignado a la Secretaría de Salud, o por las autoridades sanitarias estatales en los siguientes términos :

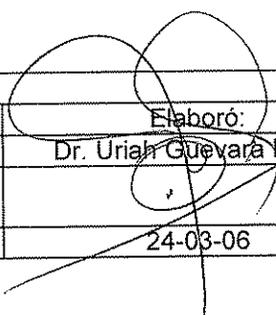
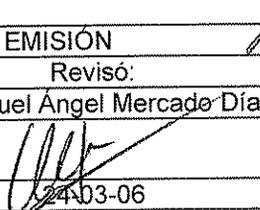
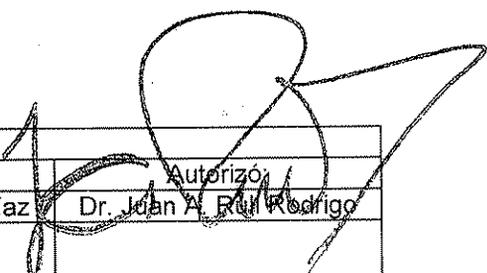
I. Las recetas especiales serán formuladas por profesionales autorizados en los términos del artículo 240 de esta Ley, para tratamientos no mayores de treinta días, y

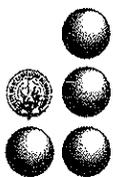
II. La cantidad máxima de unidades prescritas, deberá ajustarse a las indicaciones del producto.

Artículo 242. Únicamente se surtirán prescripciones de estupefacientes, cuando procedan de profesionales autorizados conforme al artículo 240 de esta Ley y que contenga los datos completos requeridos en las recetas especiales y las dosis cumplan con las indicaciones terapéuticas aprobadas.

Los recetarios especiales presentarán modificaciones en el formato y deberán traer adherida la etiqueta del código de barras asignado al médico tratante; el número de unidades prescrito también presentará cambios, pues podrá prescribirse el tratamiento por treinta días.

(*) Fundamentos de la Ley General de Salud.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 43
			DE: 185

**LISTADO DE DOCUMENTOS ANEXOS PARA OTROS
TRAMITES.**

2. PERMISOS.

2.1 Permiso para utilizar recetarios especiales con código de barras para prescribir estupefacientes.

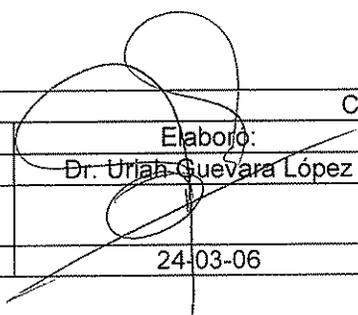
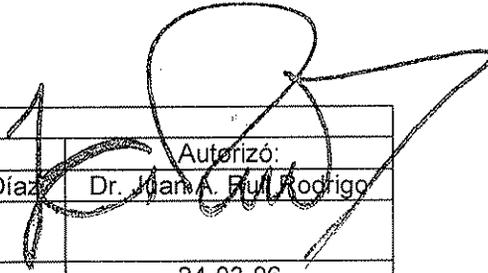
2.1.1 Recetarios, en cualquier caso.

2.2 Además del documento anterior, en caso de solicitar por primera vez la expedición de recetarios especiales se deberá incluir lo siguiente:

2.2.1 Identificación oficial, pasaporte o credencial de elector.

2.2.2 Escrito en el cual se especifique la designación de los profesionales responsables de la prescripción, en papel membretado y firmado por el director de la institución, cuando se trate de instituciones hospitalarias (original y dos copias).

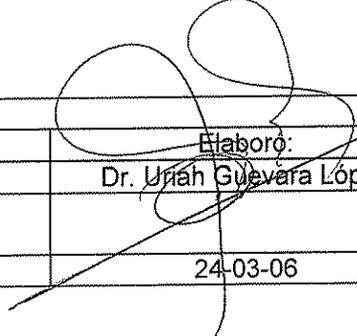
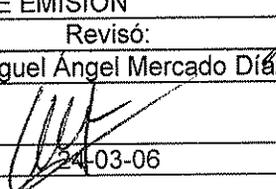
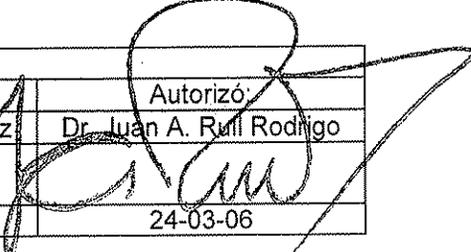
(*) Requerimientos solicitados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

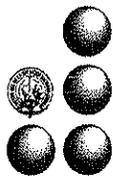
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urijah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

3. PERMISO DE RECETARIOS ESPECIALES CON CÓDIGO DE BARRAS PARA PRESCRIBIR ESTUPEFACIENTES.

NOMBRE		R.F.C.		FECHA	
DOMICILIO, CALLE No. Y LETRA				DÍA	MES
COLONIA		DELEGACION POLITICA O MUNICIPIO			
CODIGO POSTAL	TELEFONO	LOCALIDAD	ENTIDAD FEDERATIVA		
TITULO PROFESIONAL DE:			No. DE CEDULA PROFESIONAL		
EXPEDIDOS POR:			FECHA DE EXPEDICION		
ESPECIALIDAD:			PERIODO		
EXPEDIDO POR:			FECHA DE EXPEDICION		
USO PERSONAL <input type="checkbox"/>			USO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/>		
PERMISO PARA UTILIZAR RECETARIOS PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>			ACTUALIZACION <input type="checkbox"/>		
RECETARIOS ESPECIALES		NO. DE FOLIO		AL	
PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>	SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>				
CODIGO DE BARRAS		PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/>		SUBSECUENTE <input type="checkbox"/>	

(* Sección del formato otorgado por la COFEPRIS para ser llenado por el médico solicitante del permiso sanitario para la utilización de recetarios especiales con código de barras para la prescripción de estupefacientes o solicitud subsiguiente de adhesivos con código de barras

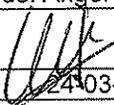
CONTROL DE EMISION		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06
	Autorizó:	
	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 45
			DE: 185

FORMATOS INTERNOS.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN Departamento de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. HOJA FRONTAL				
NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____ REGISTRO _____ FECHA DE INGRESO A LA UMDCP _____ SERVICIO DE PROCEDENCIA _____ NOSOLOGIA (S) DE BASE _____ DIAGNOSTICO ALGOLOGICO _____ DX. INICIAL UMDCP _____				
FECHA	PRUEBA DX/ PROCEDIMIENTO	MEDICAMENTOS	EVA	MEDICO

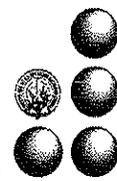
(*) Formato de hoja frontal.

CONTROL DE EMISION		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 47

DE: 185

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y PALIATIVA
CONSENTIMIENTO DE INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

México, D. F. a	de	de
NOMBRE	REGISTRO	
SEXO	EDAD	CARTA
SECTOR	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	

Por este conducto, doy mi autorización a los médicos del departamento de Medicina del Dolor y Paliativa para que se me practique un

procedimiento que es necesario para el diagnóstico o tratamiento de mi enfermedad.

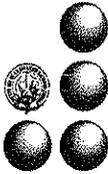
Conozco y acepto los riesgos, así como las posibles complicaciones que este procedimiento pueda provocar en mi persona, ya que me han sido explicados con claridad y todas las dudas que tuve sobre el mismo me fueron resueltas por el médico (s) responsable de la realización de este.

Me han informado que los riesgos y posibles complicaciones que se presentan con una frecuencia mayor al 1% son los siguientes:

Estoy informado sobre otros riesgos que pueden aparecer con menor frecuencia, sin embargo, de acuerdo a la información que he recibido, los beneficios potenciales del procedimiento son mayores a las posibles complicaciones del mismo.

(*) Formato para la obtención del consentimiento de informado.

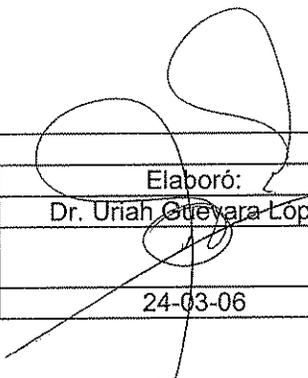
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

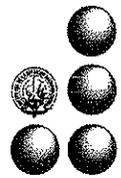
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 48
			DE: 185

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN".
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

FORMATO DE RESUMEN CLINICO.

NOMBRE			REGISTRO	
EDAD	SEXO		REFERENCIA	
FECHA	ESTADO CIVIL			
DIRECCION				
OCUPACION	TELEFONO			
ADSCRITO	RESIDENTE			
INICIO DEL DOLOR				
DURACION DEL DOLOR				
FACTORES ASOCIADOS AL DOLOR				
TRATAMIENTOS PREVIOS				
EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL DEL DOLOR				
LOCALIZACION E IRRADIACIONES DEL DOLOR				
TIPO Y NATURALEZA DEL DOLOR				
DOLOR ESTIMADO (EVA / EVERA)				
MAYOR INTERVALO LIBRE DE DOLOR				
ULTIMA VEZ CON DOLOR AL 100%				
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA				
APARATOS Y SISTEMAS				
HISTORIA FAMILIAR				
HISTORIA PERSONAL				
AMBIENTE SOCIO-ECONOMICO-FAMILIAR				
PRUEBA PSICOLOGICA REALIZADA			CALIFICACION	
EXPLORACION FISICA				

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 49
			DE: 185

FORMATOS INSTITUCIONALES.

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SALVADOR ZUERAN

SOLICITUD DE CONSULTA DE ESPECIALISTA

REG. _____
FECHA _____

NOMBRE _____ SALA _____ CAMA _____

CONSULTA DEL ESPECIALISTA EN: _____
SOBRE: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

OPINION DEL ESPECIALISTA

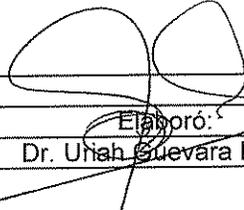
SE ENCONTRO _____

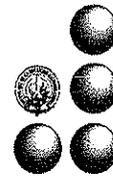
DIAGNOSTICO _____

RECOMENDACIONES _____

FIRMA DEL ESPECIALISTA

(*) Formato institucional para la solicitud de interconsulta.

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Unah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV: _____
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 50
			DE: 185

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
SALVADOR ZUBIRAN

SOLICITUD DE INTERNACION

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 PROCEDENCIA _____ FECHA DE LA SOLICITUD _____
 REGISTRO _____ INTERNACION ANTERIO: FECHA _____ NO. DE CAMA _____
 DIAGNOSTICO PRINCIPAL _____

GRADO DE APREMIO 0 1 2 3

POR GRAVEDAD DEL PADECIMIENTO

POR MOTIVOS SOCIECONOMICOS

POR OTRAS RAZONES (ACLARARLAS) _____

ESPECIFICAR LOS FINES QUE SE PERSIGUEN CON LA INTERNACION _____

ES INDISPENSABLE NUEVA RADIOGRAFIA DE TORAX PARA EL INGRESO ACTUAL SI NO

CALCULO APROXIMADO DE LA ESTANCIA EN DIAS O SEMANAS _____

SI EL ENFERMO TIENE UN PADECIMIENTO QUIRURGICO HA RECIBIDO PREPARACION ESPECIAL COMPLETA (CUANDO NECESARIA) EN LA CONSULTA EXTERNA _____

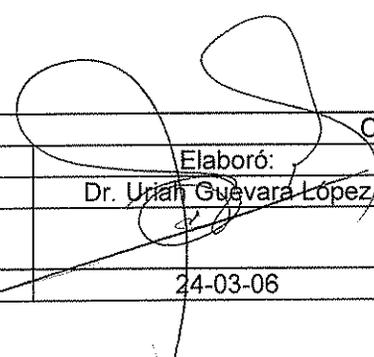
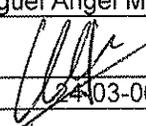
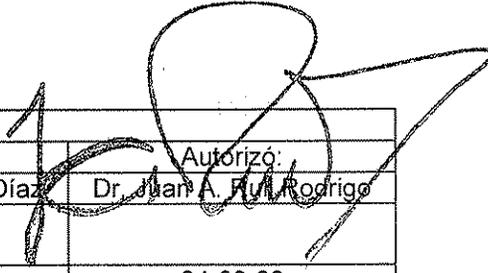
EN CASO CONTRARIO CUANDO SE ESPERA QUEDE CONCLUIDA _____

EL PACIENTE ES DERECHO HABINETE DE ALGUNA INSTITUCION _____ EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICARLA _____

NOTIFICAR LA RESOLUCION A _____
 (INTERESADO, FAMILIAR, U OTRA PERSONA RESPONSABLE)

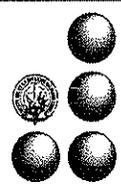
DOMICILIO _____ TEL. _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE _____

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV: _____
 HOJA: 51
 DE: 185

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN".
 DEPARTAMENTO DE ELECTROENCEFALOGRAFIA.
 SOLICITUD DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGIA.

NOMBRE _____ EDAD _____ REGISTRO _____
 EXTERNO _____ CAMA _____ MEDICO SOLICITANTE _____

DIAGNOSTICO O DATOS CLINICOS POR LOS QUE SE SOLICITA EL ESTUDIO.

TIEMPO DE VOLUCION

ANOS	MESES	DIAS
------	-------	------

SE INVESTIGA:

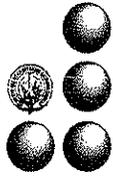
<input type="checkbox"/>	NEUROPATIA DISTAL SIMETRICA SECUNDARIA A:	_____
<input type="checkbox"/>	POLIRADICULOPATIA IDIOPATICA (GUILLAIN BARRE).	
<input type="checkbox"/>	NEUROPATIA SENSITIVA.	
<input type="checkbox"/>	MONONEUROPATIA:	NERVIO AFECTADO (FACIAL, MEDIANO ETC.) DER. IZO. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MONONEURITIS MULTIPLE (NERVIOSA AFECATADOS)	_____
<input type="checkbox"/>	RADICULOPATIA RAIZ PLEXOPATIA	_____
<input type="checkbox"/>	MIOPATIA	
	* INFLAMATORIA	<input type="checkbox"/>
	* DISTRÓFICA	<input type="checkbox"/>
	* ESTEROIDEA	<input type="checkbox"/>
	* CONGENITA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OTRA	_____
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE PLACA NEUROMUSCULAR	MIASTENIA GRAVIS <input type="checkbox"/>

ESTUDIO SOLICITADO

VELOCIDAD DE CONDUCCION NERVIOSA MOTORA.
 VELOCIDAD DE CONDUCCION NERVIOSA SENSITIVA.
 ESTIMULACION REPETITIVA SUPRAMAXIMA (JOLLY).
 ELECTROMIOGRAFIA (INDIQUE MUSCULOS)

CONTROL DE EMISION

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 52
			DE: 185

FORMATOS ESPECIALES PARA UTILIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

ESCALAS PARA EVALUAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR.

ESCALAS PARA EVALUAR LA INTENSIDAD Y SEVERIDAD DEL DOLOR.

ESCALA VERBAL ANALOGA.

Sin dolor. Dolor leve. Dolor moderado. Dolor severo. Dolor muy severo. El peor dolor imaginable

ESCALA VISUAL ANALOGA.

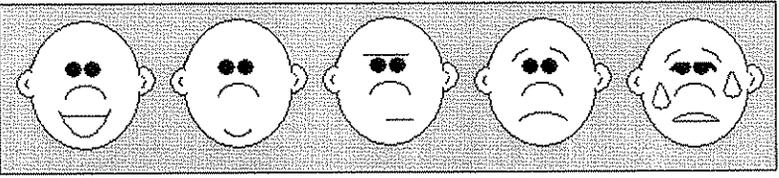
Sin dolor. El peor dolor imaginable

ESCALA NUMERICA ANALOGA.

Sin dolor. Dolor moderado. El peor dolor imaginable

0 cm. 10 cm.

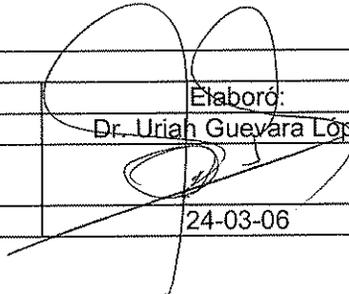
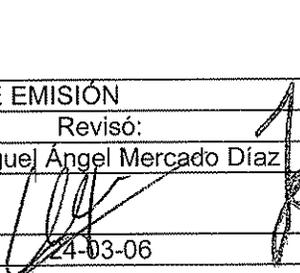
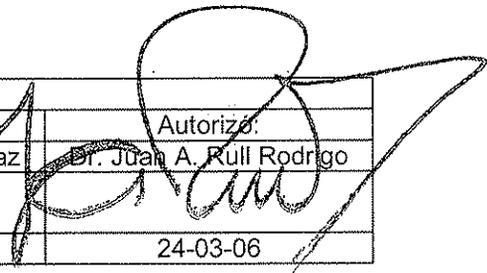
ESCALA DE CARITAS PARA LA EVALUACION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIATRICO.

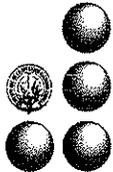


HO DOLOR. DOLOR INTENSO.

(*) Formatos para la evaluación de la intensidad del dolor.

(Adaptación gráfica: Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez)

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06
		Autorizó:
		Dr. Juan A. Rull Rodrigo
		
		24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 53
			DE: 185

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
"Salvador Zubirán".**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

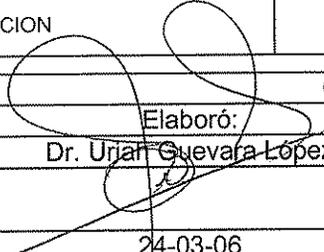
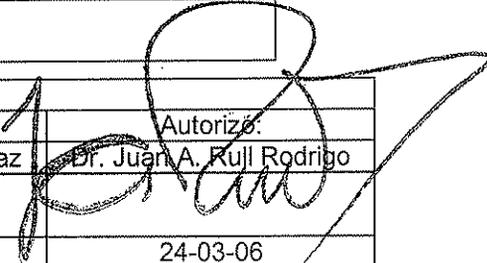
CUESTIONARIO BREVE PARA LA EVALUACION DEL DOLOR.

PAIN RESEARCH GROUP
DEPARTMENT OF NEUROLOGY
PROF. CHARLES S. CLEELAND, DIRECTOR
SPANISH VERSION
BY OLGA TEDIAS MONTERO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

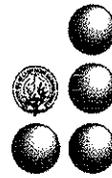
FECHA		REGISTRO		NO. ESTUDIO	
NOMBRE DEL PACIENTE					
TELEFONO		SEXO			
FECHA NACIMIENTO		REALIZADOR			
ESTADO CIVIL	1. SOLTERO (A) 2. CASADO (A) 3. DIVORCIADO (A) 4. VIUDO (A) 5. SEPARADO (A)				
EDUCACION	1. ELEMENTAL				

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevafa López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rujil Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

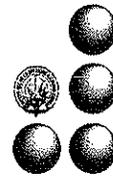
HOJA: 54

DE: 185

	2. MEDIA 3. SUPERIOR 4. UNIVERSITARIA	
OCUPACION ACTUAL		
ACTIVIDAD CONYUGE		
CUAL DE LOS ENUNCIADOS SIGUIENTES SE ADAPTA MEJOR A SU OCUPACION ACTUAL	1. EMPLEADO AFUERA DE LA CASA A TIEMPO COMPLETO 2. EMPLEADO AFUERA DE LA CASA A TIEMPO PARCIAL 3. LABORES DE LA CASA 4. JUBILADO (A) 5. DESEMPLEADO (A) 6. OTRO	
CUANTO TIEMPO HACE QUE SABE EL DIAGNOSTICO DE SU ENFERMEDAD		MESES

CONTROL DE EMISION

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 55
			DE: 185

7) HA TENIDO DOLOR A CAUSA DE SU ENFERMEDAD ACTUAL

1. SI 2. NO 3. NO ESTOY SEGURO(A)

8) ¿ERA EL DOLOR UNO DE LOS SINTOMAS CUANDO SE HIZO EL DIAGNOSTICO DE SU ENFERMEDAD?

1 SI 2 NO 3 NO ESTOY SEGURO(A)

9) ¿HA TENIDO ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA EN EL MES PASADO?

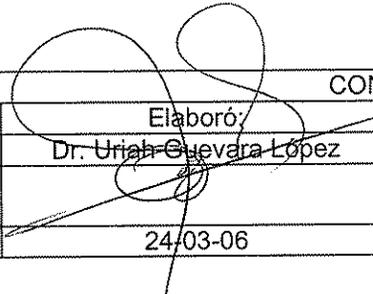
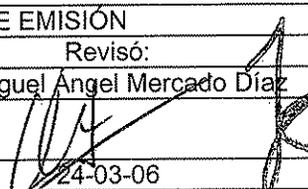
1 SI 2 NO

10) TODOS HEMOS TENIDO DOLOR ALGUNA VEZ EN NUESTRA VIDA (POR EJEMPLO, DOLOR DE CABEZA, CONFUSIONES, DOLORES DE DIETNES). EN LA ULTIMA SEMANA, ¿HA SENTIDO UN DOLOR DISTINTO A ESTOS DOLORES COMUNES?

1 SI 2 NO

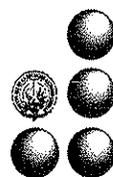
SI RESPONDIO SI, A LA ULTIMA PREGUNTA, AVANCE A LA PREGUNTA 11 Y TERMINE EL CUESTIONARIO. SI SU RESPUESTA FUE NO, CONTINUE EN LA PAGINA 7 Y COMPLETE EL RESTO DEL CUESTIONARIO.

11) INDIQUE EN EL DIBUJO, CON UN LAPIZ, DONDE SIENTE SI EL DOLOR. INDIQUE CON UNA "S" EL DOLOR QUE SIENTE ES EN LA SUPERFICIE DEL CUERPO Y CON UNA "P" EL DOLOR PROFUNDO. TAMBIEN INDIQUE CON UNA "G" LA PARTE DEL CUERPO EN LA CUAL EL DOLOR ES MAS GRAVE.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



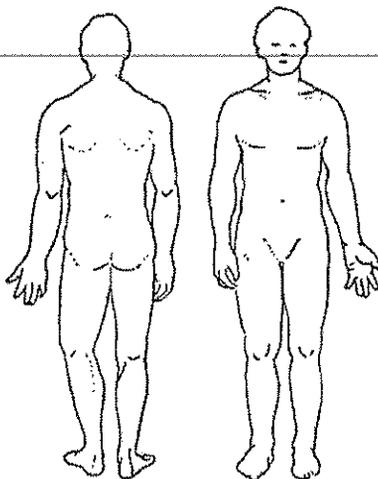
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

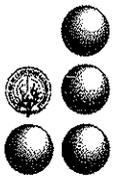
HOJA: 56

DE: 185



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 57
			DE: 185

12) CLASIFIQUE SU DOLOR HACIENDO UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBE LA INTENSIDAD MAXIMA DE DOLOR SENTIDO EN LA ULTIMA SEMANA.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NUNGUN
DOLOR

EL PEOR
DOLOR
IMAGINABLE

13) CLASIFIQUE SU DOLOR HACIENDO UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBE LA INTENSIDAD MINIMA DE DOLOR SENTIDO EN LA ULTIMA SEMANA.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NUNGUN
DOLOR

EL PEOR
DOLOR
IMAGINABLE

14) CLASIFIQUE SU DOLOR HACIENDO UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBE LA INTENSIDAD MEDIA DE DOLOR SENTIDO EN LA ULTIMA SEMANA.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NUNGUN
DOLOR

EL PEOR
DOLOR
IMAGINABLE

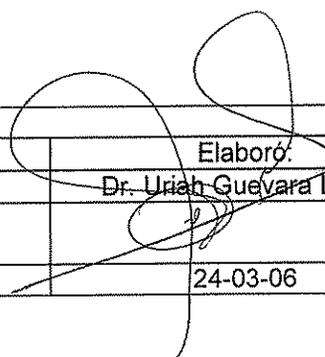
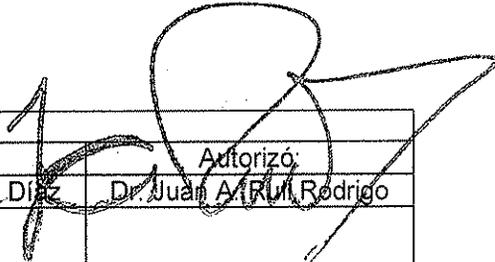
15) CLASIFIQUE SU DOLOR HACIENDO UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBE LA INTENSIDAD DE SU DOLOR ACTUAL.

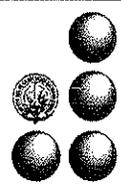
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

NUNGUN
DOLOR

EL PEOR
DOLOR
IMAGINABLE

16) QUE COSAS ALIVIAN SU DOLOR (CALOR , REPOSO, MEDICAMENTO, ETC)?

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díez	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 58
			DE: 185

17) QUE COSA EMPEORA SU DOLOR (POR EJEMPLO, CAMINAR, ESTAR DE PIE, LEVANTAR PESO)?

18) QUE TRATAMIENTO O MEDICAMENTO RECIBE PARA SU DOLOR?

19) EN LA ULTIMA SEMANA CUANTO ALIVIO HA SENTIDO CON EL TRATAMIENTO O CON EL MEDICAMENTO? INDIQUE CON UN CIRCULO EL PORCENTAJE QUE MEJOR SE ADAPTA A SU ALIVIO.

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

NINGUN
DOLOR

ALIVIO
TOTAL

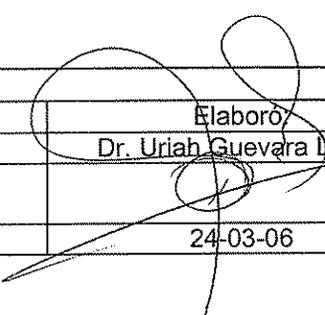
20) DESPUES DE TOMAR UN MEDICAMENTO. CUANTAS HORAS PASAN HASTA QUE VUELVE EL DOLOR?

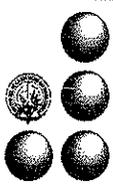
- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. EL MEDICAMENTO NO ALIVIA NADA. | 5. CUATRO HORAS. |
| 2. UNA HORA. | 6. CINCO A DOCE HORAS. |
| 3. DOS HORAS. | 7. MAS DE DOCE HORAS. |
| 4. TRES HORAS. | 8. NO TOMO MEDICAMENTOS. |

21) HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE LA RESPUESTA ADECUADA A CADA PREGUNTA. YO CREO QUE MI DOLOR SE DEBE A

- | | |
|-------|--|
| SI NO | 1. CONSECUENCIA DEL TRATAMIENTO (POR EJEMPLO, MEDICAMENTO, CIRUGIA, RADIOTERAPIA, PROTESIS). |
| SI NO | 2. MI ENFERMEDAD (REFIRIENDOSE A AQUELLA PARA LA CUAL SE LE ESTA DANDO EL TRATAMIENTO ACTUAL). |
| SI NO | 3. OTRO TIPO DE ENFERMEDAD (POR EJEMPLO, ARTRITIS). |

22) EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES LINEAS, HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO QUE INDICA DE MANERA MAS ADECUADA LA DEFINICION DE SU DOLOR.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 59
			DE: 185

CONTINUO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PALPITANTE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

DIFUSO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PUNZANTE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

COMO CALAMBRE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AGUDO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SENSIBLE AL TACTO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

QUEMANTE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

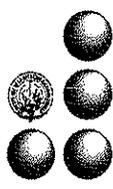
AGOTADOR
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FATIGADOR
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PENETRANTE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FASTIDIOSO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CONTROL DE EMISIÓN		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma	Firma	Firma
Fecha 24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 60
			DE: 185

SORDO
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MISERABLE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

INSOPORTABLE
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23) HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DEL NUMERO QUE MEJOR DESCRIBE LA MANERA EN QUE MEJOR DESCRIBE LA MANERA EN QUE EL DOLOR HA INTERFERIDO, DURANTE LA ULTIMA SEMANA CON SU:

A. ACTIVIDAD EN GENERAL:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO INTERFIERE IMPIDE CUALQUIER ACTIVIDAD

B. ESTADO DE ANIMO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO INFLUYE INFLUYE MUCHO

C. CAPACIDAD DE CAMINAR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO LIMITA LIMITA DEL TODO

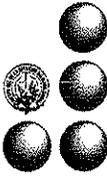
D. TRABAJO NORMAL (YA SEA EN CASA O AFUERA)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO LIMITA LIMITA DEL TODO

E. RELACIONES CON OTRAS PERSONAS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
NO INTERFIERE IMPIDE CUALQUIER RELACION

CONTROL DE EMISIÓN		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 61
			DE: 185

F. SUEÑO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO LO IMPIDE						LO IMPIDE DEL TODO				

G. CAPACIDAD DE DIVERSION

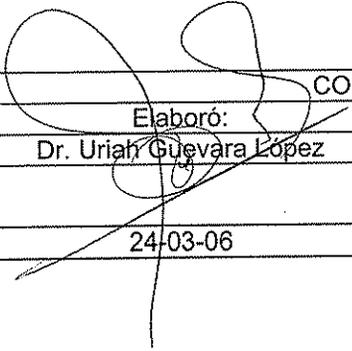
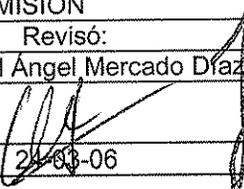
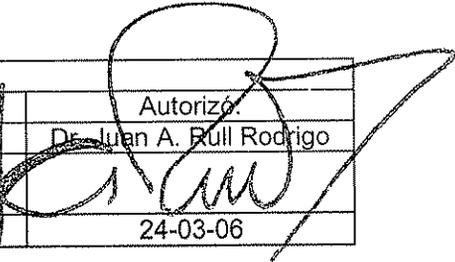
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NO INTERFIERE						IMPIDE CUALQUIER DIVERSION				

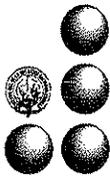
ESTA LISTA DESCRIBE DISTINTOS ESTADOS DE ANIMO. LE ROGAMOS LEER CADA UNA DE ESTAS DESCRIPCIONES CUIDADOSAMENTE Y ENSEGUIDA HAGA CIRUCLO ALREDEDOR DEL NUMERO A LA DERECHA QUE MEJOR DESCRIBE SU ESTADO DE ANIMO DURANTE LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY.

LOS NUMEROS SE REFIEREN A LAS SIGUIENTES DESCRIPCIONES:

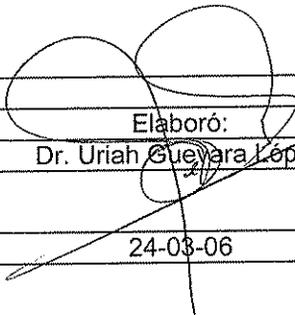
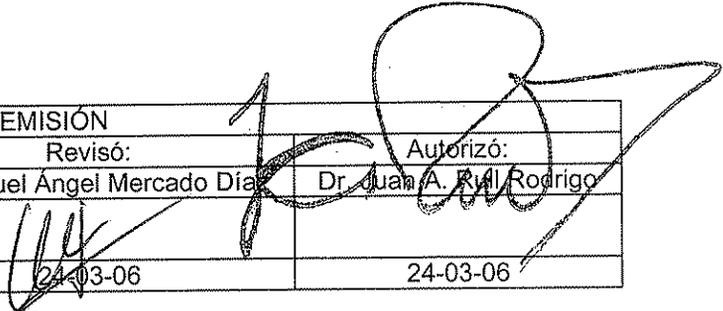
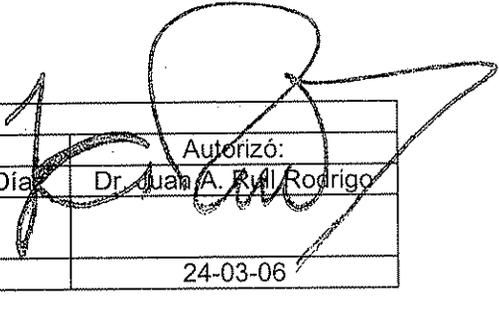
- 0 = NADA EN ABSOLUTO
- 1 = UN POCO
- 2 = MODERADAMENTE
- 3 = BASTANTE
- 4 = EXTREMADAMENTE

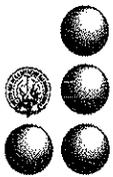
1. TENSO (A)	0	1	2	3	4
2. ENOJADO (A)	0	1	2	3	4
3. AGOTADO (A)	0	1	2	3	4
4. INFELIZ	0	1	2	3	4
5. VIVAZ	0	1	2	3	4
6. CONFUSO (A)	0	1	2	3	4
7. IRRITABLE	0	1	2	3	4
8. TRISTE	0	1	2	3	4
9. ACTIVO	0	1	2	3	4
10. IMPACIENTE	0	1	2	3	4
11. MALHUMOR	0	1	2	3	4
12. MELANCOLICO (A)	0	1	2	3	4
13. ENERGICO (A)	0	1	2	3	4
14. DESESPERANZA	0	1	2	3	4
15. INQUIETO (A)	0	1	2	3	4
16. INTRANQUILO (A)	0	1	2	3	4
17. DESCONCENTRADO (A)	0	1	2	3	4
18. FATIGADO (A)	0	1	2	3	4
19. MOLESTO (A)	0	1	2	3	4
20. DESANIMADO (A)	0	1	2	3	4
21. RENDIDO (A)	0	1	2	3	4
22. NERVIOSO (A)	0	1	2	3	4
23. MISERABLE	0	1	2	3	4

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS			REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)			HOJA: 62
				DE: 185

24. ALEGRE	0	1	2	3	4
25. DISGUSTADO (A)	0	1	2	3	4
26. EXHAUSTO (A)	0	1	2	3	4
27. ANSIOSO (A)	0	1	2	3	4
28. DESVALIDO (A)	0	1	2	3	4
29. CANSADO (A)	0	1	2	3	4
30. PERPLEJO (A)	0	1	2	3	4
31. FURIOSO (A)	0	1	2	3	4
32. PLENO (A)	0	1	2	3	4
33. INUTIL	0	1	2	3	4
34. OLVIDADIZO (A)	0	1	2	3	4
35. VIGOROSO (A)	0	1	2	3	4
36. INSEGURO (A)	0	1	2	3	4
37. EXTENUADO(A)	0	1	2	3	4
38. AMISTOSO(A)	0	1	2	3	4
39. RACIONAL	0	1	2	3	4
40. CON REMORDIEMENTOS	0	1	2	3	4
41. TEMBLOROSO(A)	0	1	2	3	4
42. APATICO(A)	0	1	2	3	4
43. ATENTO(A)	0	1	2	3	4
44. CON PANICO	0	1	2	3	4
45. RELAJADO(A)	0	1	2	3	4
46. SIN MERITO	0	1	2	3	4
47. RENCOROSO (A)	0	1	2	3	4
48. COMPASIVO(A)	0	1	2	3	4
49. UTIL.	0	1	2	3	4
50. SOLITARIO(A)	0	1	2	3	4
51. CONFUNDIDO(A)	0	1	2	3	4
52. LISTO(A) PARA PELEAR	0	1	2	3	4
53. GENEROSO(A)	0	1	2	3	4
54. DESALENTADO(A)	0	1	2	3	4
55. DESESPERADO(A)	0	1	2	3	4
56. LENTO(A)	0	1	2	3	4
57. REBELDE	0	1	2	3	4
58. ALERTA	0	1	2	3	4
59. ENGAÑADO(A)	0	1	2	3	4
60. EFICIENTE	0	1	2	3	4
61. CONFIADO(A)	0	1	2	3	4
62. DE MALGENIO	0	1	2	3	4
63. INDIFERENTE	0	1	2	3	4
64. ATERRORIZADO(A)	0	1	2	3	4
65. CULPABLE	0	1	2	3	4

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rial Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

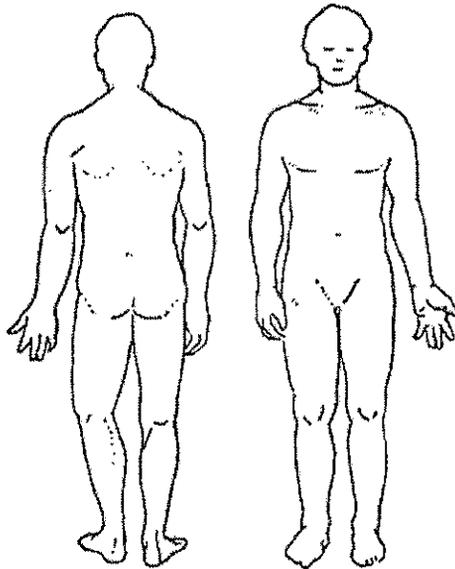
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 63
			DE: 185

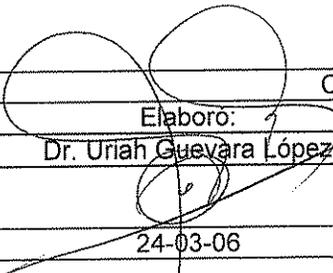
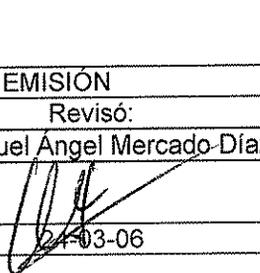
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran"
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

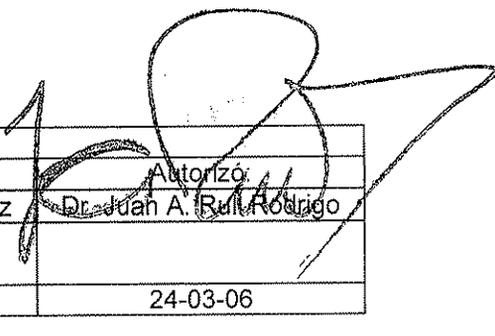
CUESTIONARIO DE MCGILL.

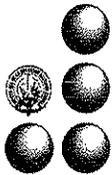
NOMBRE			REGISTRO	
EDAD		SEXO	ESCOLARIDAD	
DIAGNOSTICO BASE				
DIAGNOSTICO ALGOLOGICO				

1. ¿DONDE ES SU DOLOR?
 Marque en el dibujo las áreas en donde siente su dolor, marque con una "E" si es externo, con una "I" si es interno y con una "EI" si es externo e interno



CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06

Autorizó:

 Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez

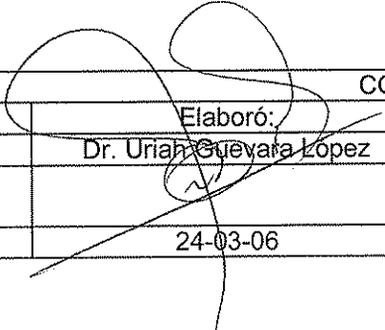
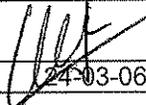
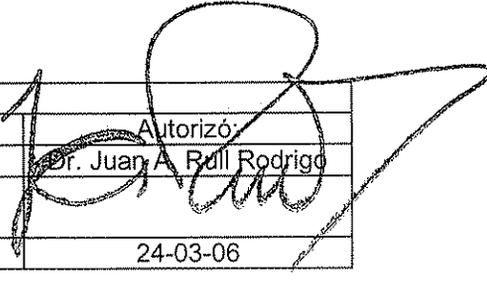
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 64
			DE: 185

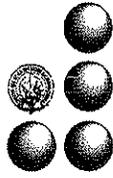
2. ¿COMO SE SIENTE SU DOLOR?

Algunas de las palabras listadas a continuación describen su dolor actual. Encierre en un círculo solo aquellas palabras que más se acerquen a como describe su dolor. Deje afuera aquellas palabras que no lo describan. Seleccione una sola palabra por cuadro.

Sensorial: 1-8 Evaluativo: 16
 Afectivo: 9-15 Misceláneo: 17-20

1	2	3	4	5
Aleteante Vibrador Pulsante Palpitante Golpeante	Brincante Relampagueante Atravesante	Pinchante Perforante Taladrante Apuñalante Lancinante	Cortante Desgarrante Lacerante	Pellizcador Regular Apresador Prensador Estrujador Retorcedor Triturador
6	7	8	9	10
Tirante Estirante Arrancador	Caliente Ardiente Quemante	Hormigueo Comezón Picazón Punzada	Apagado Tenue Adolorido Doloroso Duro	Suave Tieso
11	12	13	14	15
Cansador Fatigante Agotador	Desagradable Asqueroso Repugnante	Horrible Horroroso Espantoso Atroz	Penoso Cartigador Abrumador Despiadado Cruel Matador	Amoiador Detestable Despreciable
16	17	18	19	20
Molesto Enfadoso Fastidioso Intolerable	Extenso Difuso Penetrante Profundo	Latoso Angustiante Terrible Torturante	Fresco Frio Helado	Entumecido Aplastador Despedazador

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara Lopez	Dr. Miguel Angel Mercado Diaz	Dr. Juan A. Ball Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 65
			DE: 185

3. ¿COMO CAMBIA SU DOLOR CON EL TIEMPO?

a. ¿Cuál palabra o palabras podría usar para describir el patrón que sigue su dolor?

1 Continuo Constante Mantenido	2 Rítmico Periódico Intermitente	3 Breve Momentario Transitorio
---	---	---

b. ¿Qué tipo de cosas alivian su dolor?

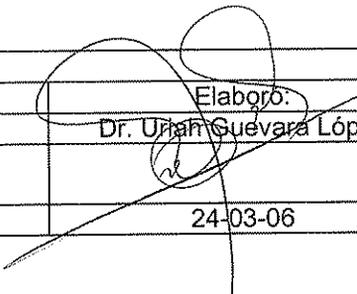
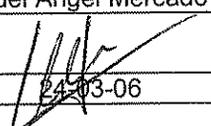
c. ¿Qué tipo de cosas incrementan su dolor?

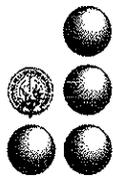
4. ¿QUE TAN FUERTE ES SU DOLOR?

1 Medio	2 Desconfortante	3 Estresante	4 Horrible	5 Terrible
------------	---------------------	-----------------	---------------	---------------

Utilice las palabras de los recuadros de arriba para contestar las siguientes preguntas

¿Qué palabra describe su dolor actual?	
¿Qué palabra describe al dolor cuando empeora?	
¿Qué palabra describe al cuando disminuye?	
¿Qué palabra describe el peor dolor de muelas que ha tenido?	
¿Qué palabra describe el peor dolor de cabeza que ha tenido?	
¿Qué palabra describe el peor retortijón que ha tenido?	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 66
			DE: 185

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
CLINICA DEL DOLOR
HISTORIA CLINICA MEDICINA PALIATIVA

ENTREVISTA INICIAL

Nombre: _____ Registro: _____ Fecha: _____

Séxo: _____ Edad: _____ Nivel educativo: _____

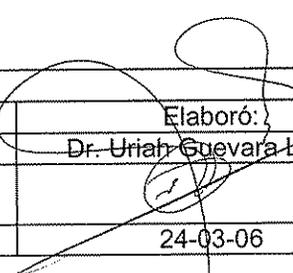
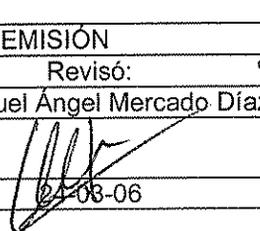
Diagnóstico (incluye estadificación)

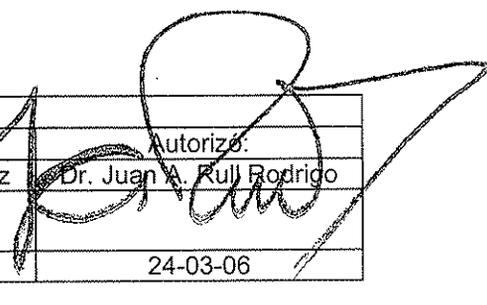
¿El paciente está enterado de los siguientes datos?

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Pronóstico de vida limitado | SI | NO |
| 2. El paciente y la familia están informados del pronóstico de vida limitado. . . | SI | NO |
| 3. Unicamente la familia está informada del pronóstico del paciente. | SI | NO |
| 4. El paciente y/o la familia eligieron la alternativa de Cuidados Paliativos. | SI | NO |
| 5. Hay documentación clínica de la progresión de la enfermedad. | SI | NO |

Evidenciada por (de acuerdo con los informes del expediente clínico):

- ___ Evaluación física seriada
- ___ Estudios de laboratorio
- ___ Estudios radiológicos o de gabinete
- ___ Múltiples visitas al Servicio de Urgencias
- ___ Varias hospitalizaciones
- ___ Cuidado domiciliario por enfermería

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06

Autorizó:

 Dr. Juan A. Rull Rodrigo

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 67
			DE: 185

6. Puntuación obtenida en el Mini-Mental State _____

(En el caso de demencia, escala FAST) _____

7. Disminución reciente en el status funcional. SI NO

Evidenciada por:

A. Estado funcional deteriorado (Palliative Performance Scale) SI NO

 Checar qué nivel tiene actualmente: _____ (%).

8. Deterioro reciente del estado nutricional. SI NO

Evidenciado por (Checar apropiadamente):

____ No intencionada, pérdida progresiva de peso de 10% sobre el peso de los 6 meses previos.

____ Albúmina sérica menor de 2.5 g/dl (puede ser útil como indicador pronóstico, pero no de forma aislada).

9. Realizar evaluación sintomática de la Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS).

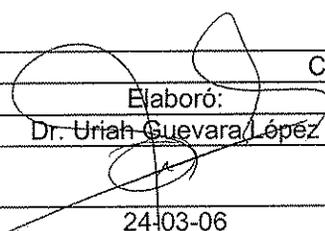
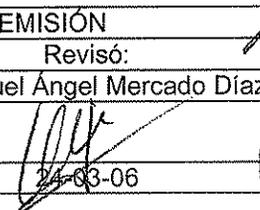
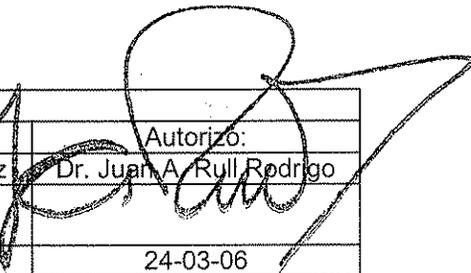
RESUMEN NARRATIVO

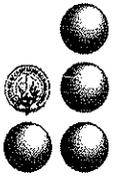
La documentación debe ser completa, consistente, concisa, específica, medible y descriptiva.

Diagnóstico: Enfermedad (es) subyacente (s) actuales y otra(s) enfermedad (es) que afectan el diagnóstico terminal:

Co-morbilidad que afecta el pronóstico:

Historia y progresión de la (s) enfermedad (es):

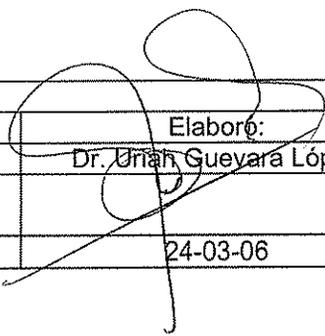
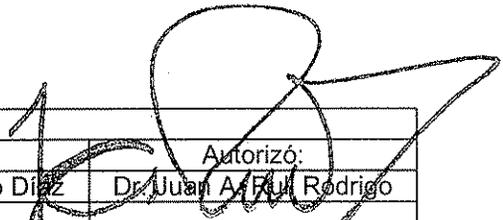
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

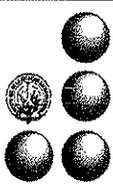
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 68
			DE: 185

Status físico basal (Ej. Pérdida o cambios en el peso, signos vitales, arritmia cardíaca, grado de edema).

Laboratorio reciente (si es pertinente)

Pronóstico y estadificación del clínico, en el que se especifique sobre qué bases se estima que el paciente tiene una expectativa de vida inferior a seis meses (Ej. Paciente con ingesta inadecuada, con astenia severa, con mala respuesta aún con manejo óptimo).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 69
			DE: 185

MINI - EXAMEN COGNOSCITIVO (M.M.S.)

ORIENTACION

"Dígame el día Fecha Mes Estación Año (5)
 "Dígame el Hospital (o el lugar) Piso
 Ciudad Estado País (5)

FIJACION

"Repita estas tres palabras: Peso - Caballo - Manzana"
 (Repetirlas hasta que las aprenda) (3)

CONCENTRACION Y CALCULO

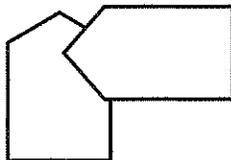
"Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántos le van quedando? (5)
 "Repita estos números: 5 - 9 - 2 (hasta que los aprenda)
 "Ahora hacia atrás" (3)

MEMORIA

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCION

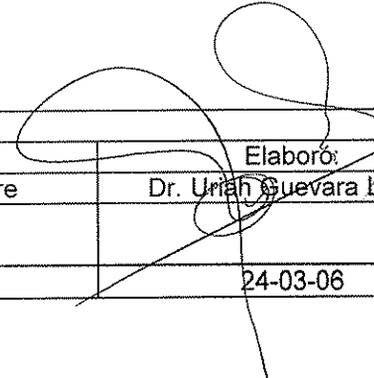
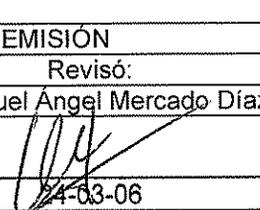
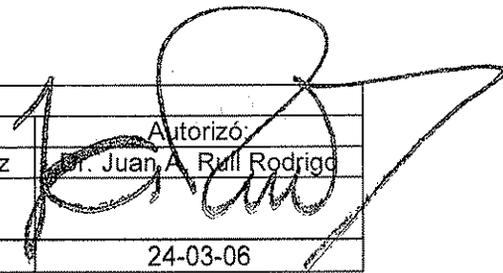
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj (2)
 "Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" (1)
 "Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"
 ¿Qué son un perro y un gato?" (2)
 "Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de
 la mesa" (3)
 "Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS (1)
 "Escriba una frase" (1)
 "Copie este dibujo":

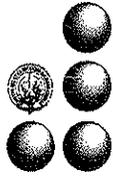


(* Un punto cada respuesta correcta) **PUNTUACION TOTAL** (35)

Nivel de conciencia (Marcar):
 Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma

PUNTOS

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 70
			DE: 185

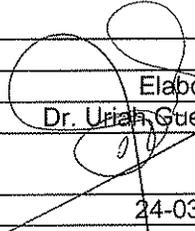
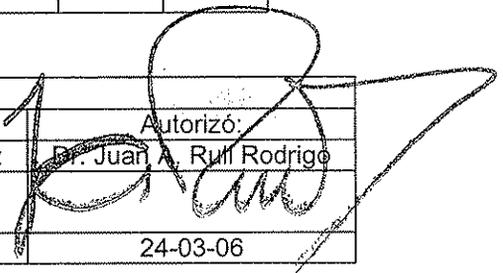
INICIAL	1ª ENTREVISTA	2ª ENTREVISTA	3ª ENTREVISTA	4ª ENTREVISTA
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL
N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.

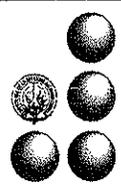
Lobo y cols. 1979 - 85.

EDMONTON SYSTEM ASSESSMENT SCALE (E.S.A.S.)

REGISTRO PERIODICO DE VALORACION DE SÍNTOMAS.

FECHA										
DIA DE SEGUIMIENTO										
DOLOR										
DEBILIDAD										
ANOREXIA										
DEPRESION										
ANSIEDAD										
SOMNOLENCIA										
DISNEA										
NAUSEAS										

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

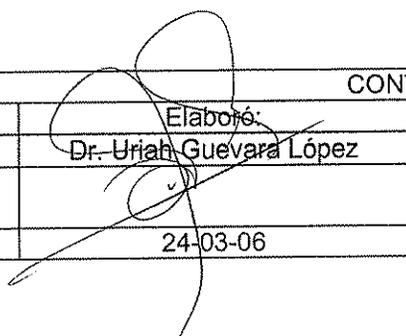
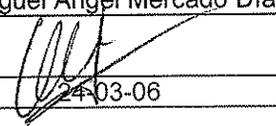
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 71
			DE: 185

PROBLEMAS BUCALES										
PROBLEMAS DE SUEÑO										
OTROS										
OTROS										

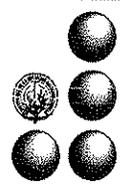
VALOR										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESCALA DE MEDICION E.V.N. (ESCALA VERBAL NUMERICA 0 A 10) O, COMO ALTERNATIVA EN CASOS SELECCIONADOS, ESCALA VERBAL CATEGORICA: NINGUN SINTOMA 0, SINTOMA LEVE 1 - 4, SINTOMA MODERADO 5 - 6, SINTOMA INTENSO 7 - 10 (ESCALA DE CLEELAND MODIFICADA).

CLAVE: VALORACION P = PACIENTE I = INVESTIGADOR.

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06



	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 72
			DE: 185

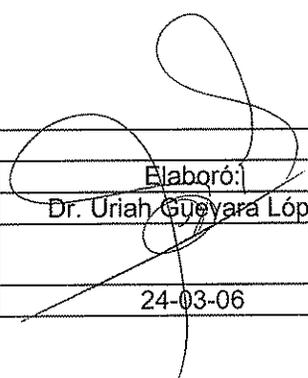
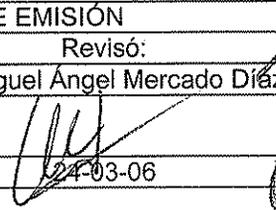
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
CLINICA DEL DOLOR
HISTORIA CLINICA ALGOLOGICA

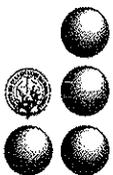
FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____
 EDAD ____ SEXO ____ SERVICIO DE REFERENCIA _____
 ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____
 DIRECCION _____
 TELEFONO _____ FECHA DE INGRESO A LA CLINICA _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

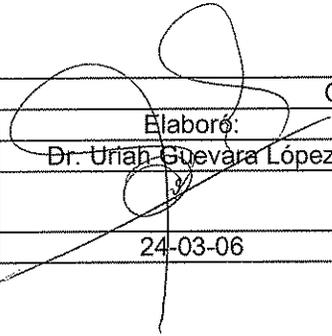
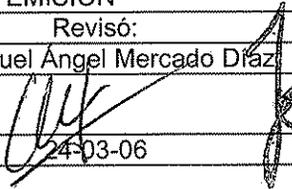
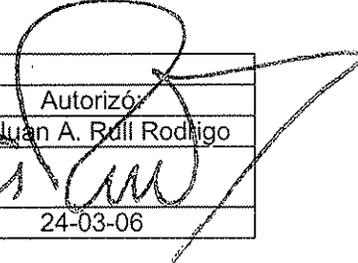
A.P.P. _____

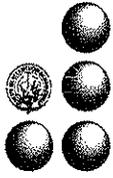
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guayara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 73
			DE: 185

APARATOS Y SISTEMAS

DX. DEL SERVICIO PRIMARIO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 74
			DE: 185

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

INICIO (FACTORES ASOCIADOS) _____

DURACION

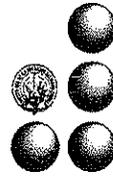
EVOLUCION Y ESTADO ACTUAL

TRATAMIENTOS PREVIOS

TIPO Y NATURALEZA DEL DOLOR

LOCALIZACION E IRRADIACIONES

CONTROL DE EMISIÓN		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma	Firma	Firma
Fecha	Fecha	Fecha
24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 75
			DE: 185

DOLOR ESTIMADO (EVA, EVERA, EFA.)

MAYOR INTERVALO LIBRE DE DOLOR

ULTIMA VEZ CON DOLOR AL 100%

FACTORES AGRAVANTES

FACTORES QUE LO ALIVIAN

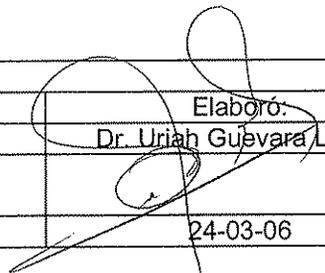
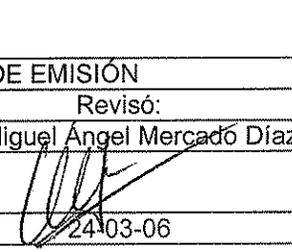
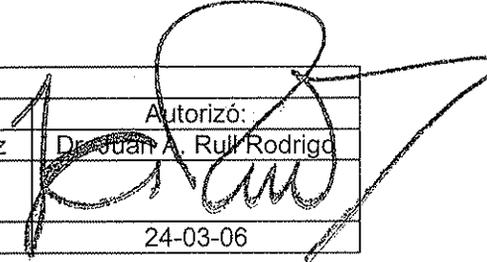
EXPLORACION FISICA

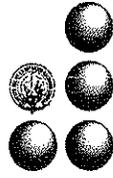
SV.: FC _____ TA _____ TEMP. _____ PESO: _____

TALLA: _____

INSP. GRAL

CABEZA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 76
			DE: 185

CUELLO _____

TORAX _____

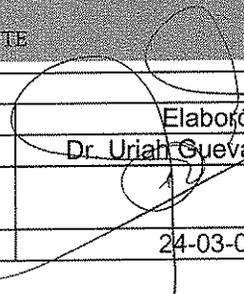
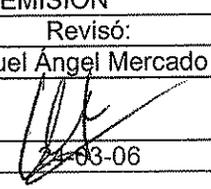
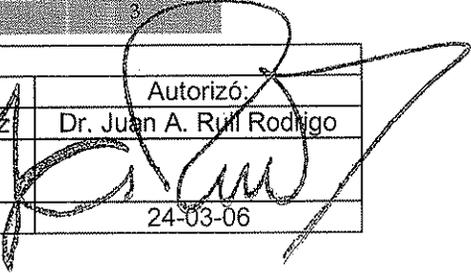
ABDOMEN _____

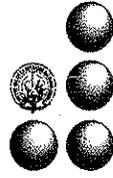
EXTREMIDADES _____

OTROS _____

FORMA CORTA DEL CUESTIONARIO DE MCGILL (RONALD MELZACK).

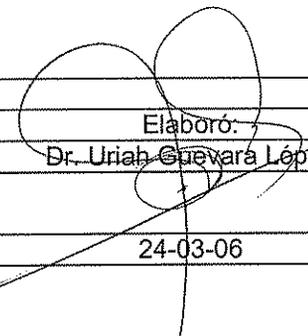
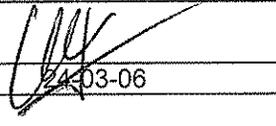
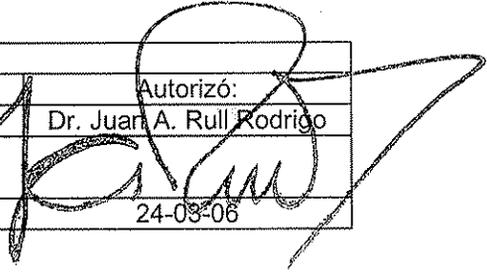
	NINGUNO	LEVE	MODERADO	INTENSO
PULSATIL	0	1	2	3
PUNZANTE	0	1	2	3
TRANSICTIVO	0	1	2	3
AGUDO	0	1	2	3
COLICO	0	1	2	3
MORDICANTE	0	1	2	3
QUEMADURA ARDOROSA	0	1	2	3
ADOLORIMIENTO CONSTANTE	0	1	2	3
INTENSO	0	1	2	3
SENSIBILIDAD DOLOROSA	0	1	2	3
'EN RAJADURA'	0	1	2	3
FATIGANTE, AGOTANTE	0	1	2	3
REPUGNANTE	0	1	2	3

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 77
			DE: 185

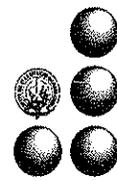
MEDROSO	0	1	2	3
PUNITIVO CRUEL	0	1	2	3

PUNTUACION: _____

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)

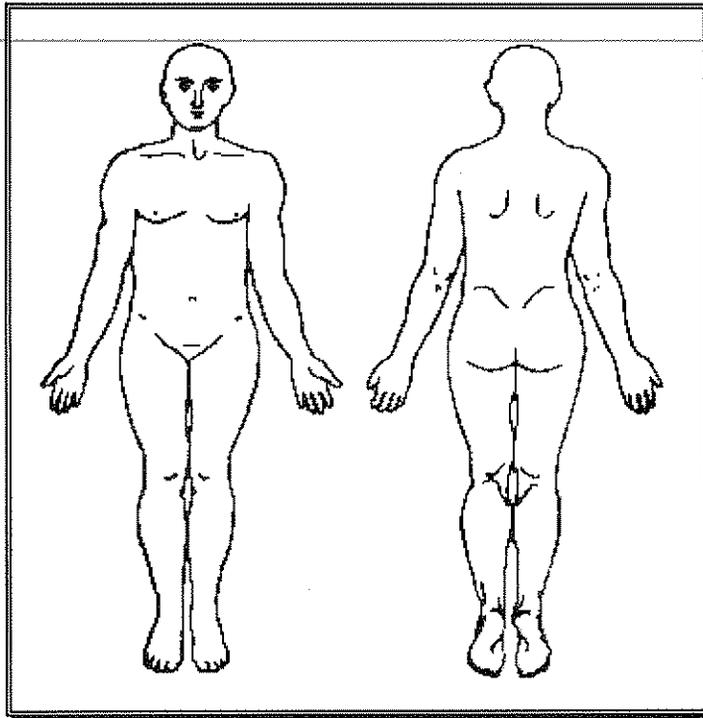


REV:

HOJA: 78

DE: 185

MAPA DE DOLOR.

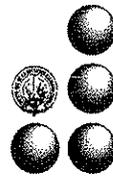


DX. ALGOLOGICO

PLAN

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 79
			DE: 185

**SECCION VIII. DEFINICIONES DE LOS TERMINOS UTILIZADOS
FRECUENTEMENTE EN EL MANEJO DEL DOLOR.**

Dolor. Es una desagradable experiencia sensorial y emocional asociada o no a un daño real o potencial de los tejidos o descrito en términos de dicho daño (IASP).

Dolor Agudo. Es una desagradable y compleja constelación de experiencias sensoriales, preceptuales y emocionales, relacionadas con respuesta autonómicas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales.

Dolor Crónico. Es aquel que persiste al curso natural de un daño agudo, concomitante con procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, en un término de tres a seis semanas, meses o años.

Dolor Somático. El producido por daño a las estructuras somáticas tales como: Piel. Tejido celular subcutáneo, fascias, músculos, periostico.

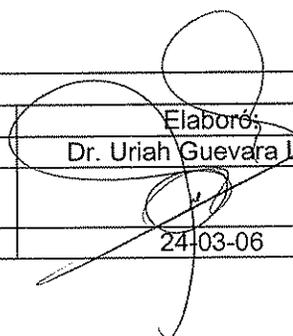
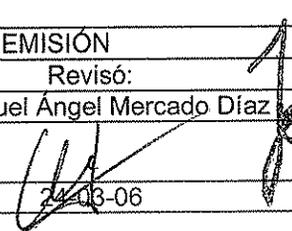
Dolor Neuropático. También es conocido como no nociceptivo, generado por lesión a las estructuras nerviosas centrales o periféricas.

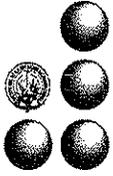
Alodinia. Dolor debido a un estímulo que normalmente no produce un estímulo doloroso o nocivo (dolor).

Analgesia. Ausencia de sensibilidad.

Anestesia Dolorosa. Dolor en un área o región anestesiada.

Causalgia. Síndrome caracterizado por dolor mantenido simpáticamente; quemante, con alodinia o hiperpatía, que es consecuencia de una lesión traumática de un nervio, generalmente combinado: disfunción vasomotora, sudoración y más tarde cambios tróficos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 80
			DE: 185

Dolor Central. Dolor asociado con una lesión en el sistema nervioso central.

Disestesia. Sensación anormal y displacentera ya sea espontánea o provocada.

Hiperestesia. Sensibilidad aumentada a la estimulación táctil, excluyendo los sentidos especiales. Conviene precisar estímulo y localización.

Hiperalgesia. Respuesta anormalmente aumentada de la sensibilidad dolorosa de la (hiperalgesia cutánea) o estructuras profundas somáticos o viscerales (hiperalgesia profunda) provocados por cualquier estímulo.

Hiperpatía. Síndrome doloroso que se caracteriza por un aumento en la reacción ante un estímulo, especialmente repetido, asociado también a un umbral aumentado.

Hipoestesia. Sensibilidad disminuida a la estimulación incluyendo los sentidos especiales.

Hipoalgesia. Respuesta disminuida del dolor ante estímulos normalmente dolorosos.

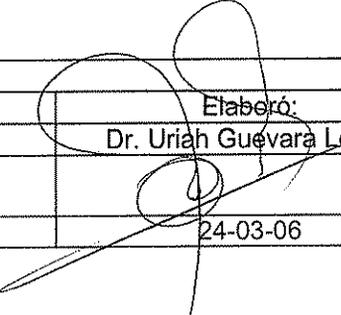
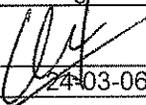
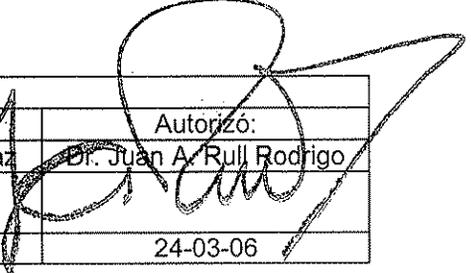
Neuralgia. Dolor en el trayecto de distribución de un nervio o nervios.

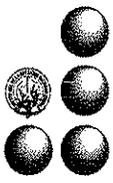
Neuritis. Inflamación de un nervio o nervios.

Neuropatía. Alteración de la función o cambio patológico de un nervio. Cuando es única se denomina mononeuropatía, si compromete varios nervios: mononeuropatía múltiple; si es difusa y bilateral: polineuropatía.

Nociceptor. Es un receptor especialmente sensible a estímulos nociceptivos a estímulos que lo serían si se prolongaran en el tiempo.

Umbral Doloroso. Es la mínima sensación que un sujeto reconoce como dolorosa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

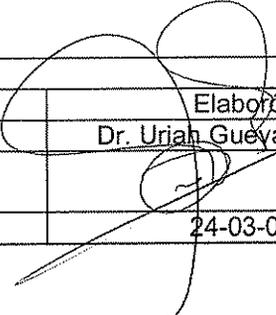
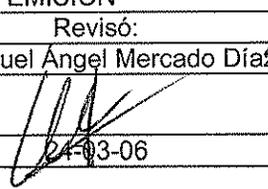
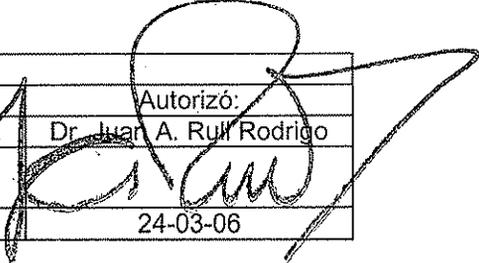
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 81
			DE: 185

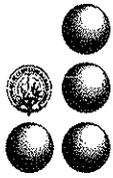
Nivel Tolerancia Dolorosa. Es el mayor grado de dolor que el sujeto está preparado para tolerar.

Parestesia. Es una sensación anormal, ya sea espontánea o provocada y no siempre molesta.

LECTURAS RECOMENDADAS.

1. International Association for the Study of Pain. Subcommittee on Taxonomy: Classification of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain. Syndromes and Definitions of Pain Syndromes and Definitions of Pain terms. PAINDB. 1986; 3 (supl 87):8225.
2. P Prithvi Raj. Practical Management of Pain. Year Book-Medical Publishers Inc. U.S.A. 1986.
3. Patrick D. Wall RM. Textbook of Pain Churchill Livingstone. Second Edition. Singapore. 1990.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 82
			DE: 185

SECCION IX. MEDICION CLINICA DEL DOLOR.

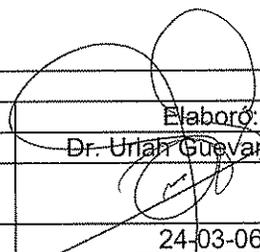
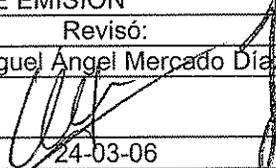
Sin duda el dolor hace que el hombre sienta la imperiosa necesidad de consultar al médico, sensación que es capaz de producir uno de los daños más temidos a las personas, vulnerando uno de los derechos humanos fundamentales que es el de vivir en equilibrado bienestar, razón por la que alrededor del 70% de las consultas otorgadas en un hospital general son por esta causa. A pesar de esto, un número considerable de integrantes del equipo de atención para la salud ignoran aspectos fundamentales de los síndromes dolorosos tales como su fisiopatología, etiopatogenia, sus componentes, formas de expresión y su estimación (medición) lo que dificulta su eficaz alivio. Siendo en dolor una compleja sensación, sus manifestaciones dependerán no sólo de aspectos biológicos y respuesta fisiológicas, sino de variables diversas tales como:

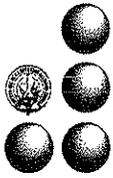
1. Personalidad
2. Experiencia dolorosa previas (memoria dolorosa).
3. Estado emocional en el momento del estímulo nociceptivo.
4. Las experiencias dolorosas de personas cercanas e importantes.

Cada individuo aprende en edad temprana la aplicación de esta experiencia, a través de vivir lecciones dolorosas, lo que da a esta sensación un carácter no repetible, personal íntimo e intransferible, pero comunicable; en suma, una experiencia multidimensional, fisiopatológica, psico-afectiva, sociocultural y espiritual. Sólo considerándola en toda su magnitud nos permitirá tratar el dolor total.

El dolor, siendo una percepción subjetiva y personal cuya magnitud es conveniente conocer para aliviarla, resulta imprescindible estimar (¿medir?) objetivando a través de la comparación con diversas escalas, la que permitirán al sujeto afectado y al clínico tratante comprender la intensidad del dolor.

- VER FORMATOS EN PAGINA 53.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 83
			DE: 185

MNEMOTECNIA DICIT PARA RECORDAR LAS CARACTERISTICAS DEL DOLOR:

Desencadenantes y paliativos.
Irradiación.
Cualidades.
Intensidad.
Temporalidad.

Escalas unidimensionales (Analógicas).

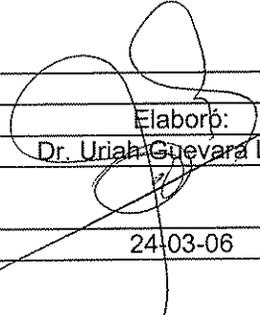
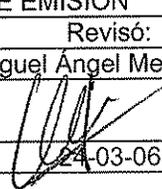
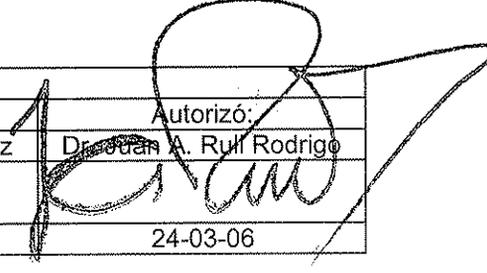
Gozan de gran popularidad por su facilidad de aplicación e interpretación permitiendo que el paciente le asigne un valor numérico a la intensidad de su dolor, la más empleada es la Escala Verbal Análoga (EVA), de otras.

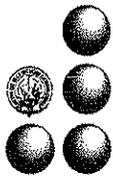
Escala Verbal Análoga (EVERA)

Consiste de cinco términos que categorizar la intensidad del dolor preguntándolos al paciente en orden creciente, si su dolor es:

1. Leve
2. Moderado
3. Fuerte
4. Muy fuerte
5. Insoportable

A cada categoría se le asigna un valor del 1 a 5 dependiendo del valor ascendente será más intenso en dolor, esta escala por su simplicidad es frecuentemente empleada por diversos grupos médicos cirujanos y en pacientes que no requieren de un gran esfuerzo intelectual.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 84
			DE: 185

Escala numérica análoga.

Consiste en una línea vertical de 10 cm de largo cuyos extremos están claramente delimitados por una marca inferior que expresa "SIN-DOLOR" y una en el extremo superior "EL PEOR DOLOR". Este método requiere que el paciente marque un punto en la línea que refleje la cantidad de dolor que experimenta en ese momento. Posteriormente se mide la distancia desde el límite inferior hasta la señal realizada, obteniéndose el valor numérico en centímetros (cm.) Es un método simple, confiable y uniforme para evaluar la intensidad del dolor, pero difícil de comprender por personas con bajo coeficiente intelectual. Esta puede representarse en posición vertical, horizontal u oblicua.

Escala Analógica de categoría Numérica (EACN).

Puede constar de diferentes puntos, y en medida en que éstos aumentan, mejora hasta cierto punto su sensibilidad. Tiene buena correlación con la Escala Verbal Análoga (EVA). En donde el 0 es ausencia de dolor y el número final de la escala (10, 100 ó 1000) es el peor que existe.

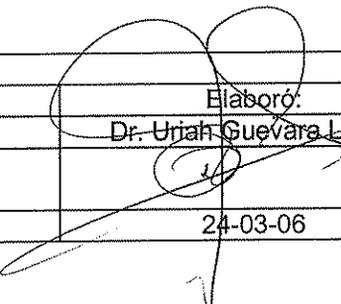
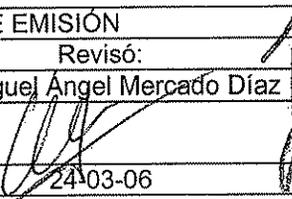
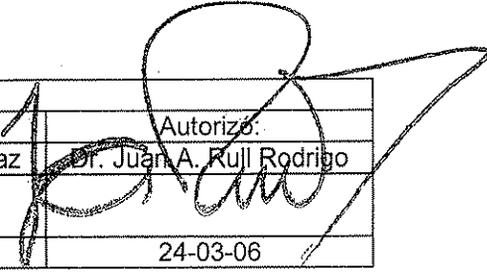
Otras escalas categóricas numéricas son las que tienen una representación gráfica de cubos de 1 cm. En cuyo interior tienen una numeración progresiva de izquierda a derecha de 10 en 10 dígitos, iniciando en el 0 y terminando en el 100. El paciente debe ser informado que el 0 significa "ningún dolor" y el 100 "el peor dolor", teniendo que marcar con una X el que representa mejor su dolor.

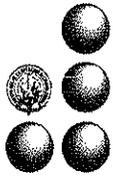
Escala Frutal Análoga (EFA).

Está conformada por la representación gráfica de 10 frutas ordenadas de menor a mayor tamaño de izquierda a derecha, en la que la más grande (sandía) representa el mayor dolor equiparable al 10 y la más pequeña (uva) representa el menor dolor. Es útil en niños y pacientes con problemas cognitivos, dificultad para la comprensión del lenguaje con escasa o nula escolaridad.

Medición del dolor en pediatría.

Tratar de medir esta compleja sensación en el adulto resulta difícil, en el niño resulta un verdadero reto para el clínico que precisa de conocer la intensidad y características de dolor de un infante, durante muchos años el debate de la inexistencia del dolor en los recién nacidos y en los niños en general impidió el avance en la comprensión y

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rujl Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 85
			DE: 185

tratamiento de este síntoma, en el momento una vez despejadas las dudas y establecido el hecho de que los niños de todas las edades padecen esta desagradable sensación, pero de diversas forma, dependiendo del grado de maduración y desarrollo del sistema nervioso así como de sus condiciones fisiopatológicas y demás variables plantean un nuevo reto: ¿cómo medir el dolor en un niño?.

Se han intentado múltiples escalas dependiendo de la edad del niño en el caso de los neonatos fundamentalmente a través de la observación conductual: llanto, caracterización gestual, actitudes corporales, vigilia prolongada, etc.

En niños entre 3 y 7 años Beber y cols estudiaron la aplicación de un escala cromática semejante a una regla de cálculo denominada ESCALA CROMÁTICA ANALÓGICA CONTINUA (ECAC) en la que los niños indican la intensidad de su dolor de acuerdo a lo largo de la escala de diversos colores que van desde el blanco (ausencia de dolor), amarillo, verde, azul o rojo (el mayor dolor posible), en el anverso de esta regla existe una escala numérica que permite cuantificar la intensidad del síntoma.

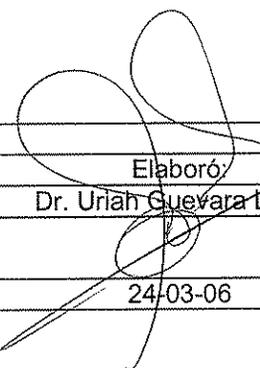
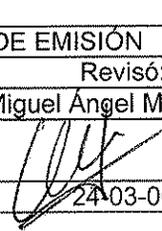
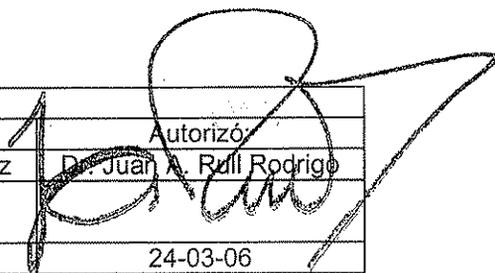
Escala muy empleada es la ESCALA DE EXPRESIÓN DE DOLOR DE OUCHER, la cual consiste en un laminado de fotografías de niños en diferentes actitudes faciales desde consciente hasta la expresión de llanto con una escala de 0 a 100 en el lado de las expresiones para categorizar el dolor, ideada para niños mayores que pueden emplear la serie numeral, la escala fotográfica de Oucher incluye 6 fotografías a color con las caras de un niño colocadas verticalmente mostrando diversas fases de incomodidad dolor o absoluto bienestar, la cual se aplica pidiéndole al niño que señale como cual de ello se siente o está.

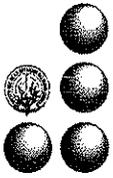
Escala multidimensionales.

Una escala recientemente explorada es la ESCALA DE DOLOR DEL HOSPITAL DE LOS NIÑOS DE ONTARIO DEL ESTE o CHEOPS. Escala conducta desarrollada específicamente para medir el dolor postoperatorio en niños de 1 a 7 años, mide seis categorías de las conductas: (Llanto, Facies, comunicación verbal, Posición de torso y pierna).

Cada categoría se califica de 0 a 3 según la intensidad de la actitud, la puntuación 0 ocurre con expresiones verbales o conductuales positivas tales como la sonrisa, el valor 1 para las expresiones neutras y la calificación de 2-3 representan conductas como las de llanto muecas o expresión de dolor movimientos de inquietud o tensión en extremidades o torso, o intento de por alcanzar o tocar el sitio de la incisión.

Merecen un apartado especial las escalas tendientes a evaluar no sólo la cantidad de dolor sino las cualidades o características de éste, una de las escalas más empleadas con este propósito es la McGill, la que permite que el

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

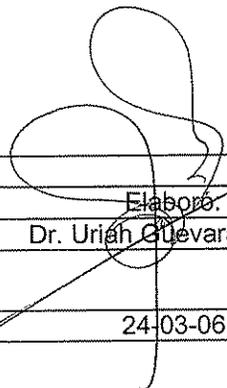
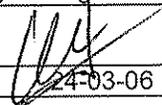
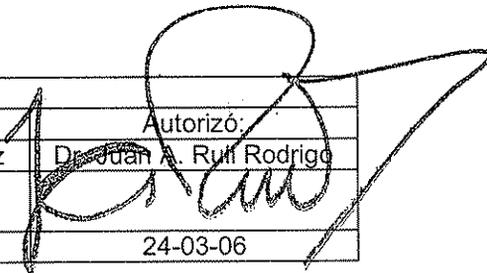
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 86
			DE: 185

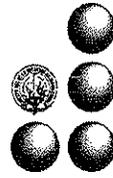
paciente de acuerdo a su percepción del dolor lo exprese empleando un número considerable de vocablos conocidos, para elaborar

Este Melzack y Torgenson en 1971, diseñaron un listado de 1002 palabras, las que categorizaron en 3 clases, 16 subtipos y 20 bloques, cada bloque presenta de 2-6 palabras, pudiendo escoger vocablos tales como picante, urente, penoso, terrible, agudísimo, punzante, toque eléctrico, entre otras acepciones, sin embargo, por estar diseñado en idioma inglés no se encuentran palabras en español equivalentes, razón por la que se han hecho un sin número de pruebas de McGill modificadas y adaptadas a diferentes idiomas, sin lograrse la exactitud del original.

Evaluación psicoafectiva.

Componente indivisible del dolor es el estado psicoafectivo del paciente que lo padece, razón por lo que es obligado a evaluar esta esfera si se quiere tener éxito en la estimación y alivio de éste. Se han diseñado múltiples pruebas con este objetivo, entre las más usadas están el MMPI o multifásico de Minnessotta, el IDARE, ZUG para ansiedad o depresión, el HAMILTON y otros más o menos complejos; el hecho mismo de existir un número tan considerable de pruebas denota no sólo la búsqueda de instrumentos ideales, sino la dificultad práctica para evaluar este importante área.

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06
		Autorizó:
		
		Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
		24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 87
			DE: 185

SECCION X. EXPLORACION DEL SISTEMA NERVIOSO.

La exploración del sistema nervioso requiere de la investigación sistemática y organizada sobre el estado mental, pares craneales, sistema motor y reflejo, actividad cerebelosa y una diversidad de modalidades sensoriales. De una manera general, tanto la historia clínica como la exploración están dirigidas a determinar primero DÓNDE se encuentra la lesión y en segundo EN QUÉ CONSISTE.

ESTADO DE CONCIENCIA Y ACTIVIDAD MENTAL.

Se debe considerar la expresión del enfermo, así como nivel intelectual, el vocabulario se puede investigar interrogando de acuerdo a su actividad profesional y otras. El decrecimiento o pérdida de la función intelectual es usualmente el resultado de una enfermedad orgánica del encéfalo; sin embargo, la lentitud en los procesos intelectuales (bradifenia) se puede encontrar en la depresión y en la angustia profunda u otras trastornos emocionales. Se debe determinar la orientación en TIEMPO, LUGAR y PERSONAS (Fecha de nacimiento, graduación, otras fechas importantes), recuerdos de hechos recientes. El período de atención se evalúa haciéndoles recordar dígitos (un adulto normal recuerda usualmente de cinco a seis regresivamente). El fondo de información general se investiga con nombres de los presidentes de la República, estados, etcétera. La capacidad de cálculo con la prueba del 7 vgr. ¿100-7?...¿93-7? Etcétera., o problemas aritméticos que pueden considerarse de alguna forma simple. El pensamiento abstracto con evaluaciones de proverbios comunes vgr: ¿Qué significa "camarón que se duerme.... etcétera. Esquema corporal evaluando la conciencia de una parte del cuerpo con la otra y del cuerpo en el espacio (arriba, abajo, etc)

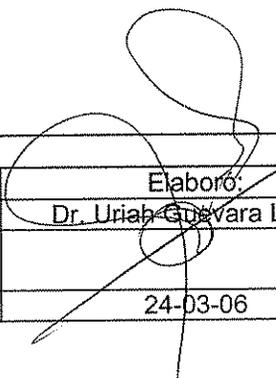
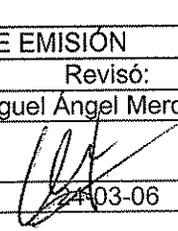
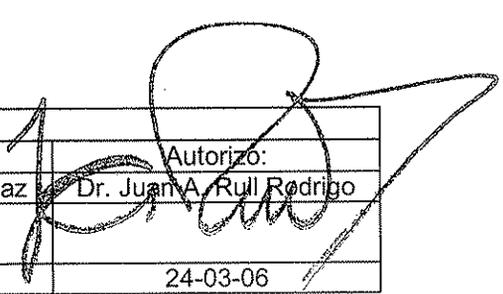
PARES CRANEALES

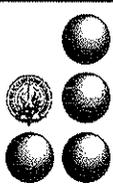
I. Olfato

Se tapa una narina y a la otra se acerca café o esencia de menta. Es más importante que reconozca la diferencia aunque no pueda definir de qué se trata.

II. Optico

- A. Examen directo del nervio óptico con el oftalmoscopio.
- B. Agudeza visual con cartas estandarizadas o con objetos que el evaluador puede identificar con claridad.
- C. Campos visuales. Se puede usar la prueba de confrontación colocando al paciente una distancia de 60-90 cm. De frente, indicándole que se cubran un ojo y fije su vista a la nariz del examinador, el cual dirigirá el dedo extendiendo el brazo hacia los campos nasal, temporal, superior e inferior, solicitando al paciente que diga cuándo ve por primera vez.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 88
			DE: 185

III, IV V. Motor ocular común, patético y motor ocular externo

Reflejo pupilar: en la oscuridad se estimula la pupila con la luz, observándose la contracción que generalmente es rápida y se mantiene por un tiempo breve, relajándose después por la fatiga.

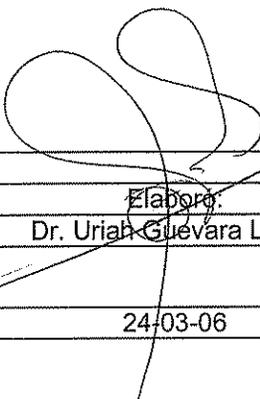
Reflejo de acomodación: La pupila se acomoda para la visión cercana o lejana.

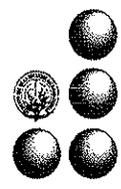
Movimientos oculares: Se pide al paciente que se cubra un ojo y dirija la mirada a los cuatro puntos cardinales. Movimientos conjugados: Se hace igual pero con ambos ojos a la vez.

Convergencia: Pedirle que vea un dedo a cierta distancia y acercarlo progresivamente a su nariz.

Se busca la presencia o ausencia de nistagmo, limitación de movimientos y diplopía.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 89
			DE: 185

IX. Glosfaríngeo.

Se explora junto con el vago. Su función principal es sensitiva inerva a la faringe y al tercio posterior de la lengua con fibras gustativas. Su única función motora es el movimiento a la faringe por medio del músculo estilofaríngeo, que es difícil de explorara.

X. Vago.

Es el principal nervio motor de la faringe y de la laringe, se explora observando los movimientos faríngeos. Se le pide al paciente que diga "A" y el paladar membranoso y la úvula se elevan en la línea media normalmente. El reflejo faríngeo se produce al tocar la pared posterior de la faringe con la consiguiente contracción de los músculos palatinos. La laringe se explora evaluando el timbre de la voz. Si hay ronquera o afonía es aconsejable una laringoscopia directa con espejo. Las funciones vegetativas se evalúan mediante el pulso y la respiración. Determina la sensibilidad de faringe, laringe, tráquea, esófago, vísceras torácicas y abdominales.

X. Espinal.

Inerva los músculos trapecio y esternocleidomastoideo. El primero se explora pidiéndole al paciente que encoja los hombros contra resistencia y el último girando la cabeza contra resistencia.

XII. Hipogloso.

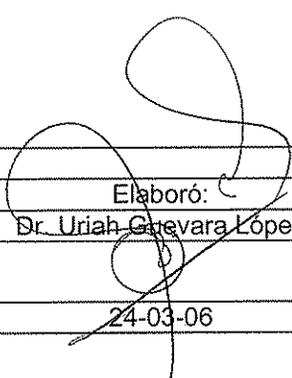
Es el nervio motor de la lengua. Se explora pidiendo al paciente que saque la lengua. En la parálisis de la lengua hay desviación hacia el lado paralítico. La fuerza de la lengua puede ser evaluada pidiendo al paciente que presione la lengua contra el carrillo.

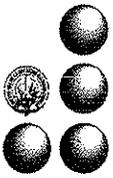
SISTEMA MOTOR

El examen del sistema motor debe incluir la determinación de la fuerza, la masa y el tono muscular, presencia de movimientos musculares involuntarios, como fasciculaciones y temblores estimación del estado de los reflejos y la evaluación de la función cerebelosa.

Manos y Brazos.

Los empuñamientos de la mano se exploran haciendo que el paciente oprima los dedos del examinador midiendo la fuerza requerida para retirar los dedos del puño cerrado. La abducción de los dedos contra resistencia y la exposición del pulgar. La fuerza de los brazos se explora haciendo que el paciente flexione y extienda los brazos contra resistencia. La abducción de los brazos a la altura de los hombros también debe explorarse.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Grevara Lopez	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 90
			DE: 185

Piernas y Pies.

Las piernas se exploran de manera similar a los brazos, haciendo que el paciente flexione cntra resistencia y extienda. La dorsiflexión del pie se explora pidiendo que empuje el pie parcialmente flexionado contra la mano del examinador y la flexión plantar empujando hacia abajo contra la mano de éste. Debe evaluarse la fuerza de extensión de la pierna a nivel de la rodilla y la cadera.

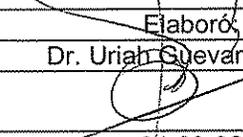
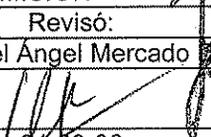
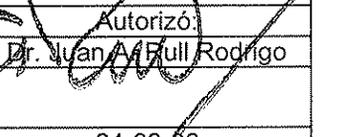
Mientras la musculatura está siendo examinada buscando signos de debilidad, el tono muscular debe ser investigado en cuanto a cambios como flacidez, elasticidad o rigidez. Si hay cambios se debe asentar si es focal o generalizad. La función cerebelosa se evalúa con la sinergia, la disidiadococinecia y la eumetría, que se manifiestan en la coordinación motora, evidentemente en la marcha y los movimientos complejos de las extremidades.

EXPLORACION FISICA.

SIGNOS NEUROLÓGICOS.
Anosocroria. Papiledema Signos meníngeos Déficit sensitivo o motor a cualquier nivel (corporal, facial) Alteraciones de la conciencia (sornolenica, estupor, coma) Alteraciones de las funciones mentales superiores (agitación, delirio, alucinaciones, etc). Crisis convulsivas Vómito Diplopia, visión borrosa, déficit campimétrico Ataxia u otra alteración aguda de la marcha.

REFLEJOS SUPERFICIALES IMPORTANTES.

REFLEJO	ESTIMULO	RESPUESTA	NIVEL
Corneal.	Tocar la córnea con un pelo.	Contracción del orbicular de los párpados.	Puente.
Faríngeo.	Tocar la pared posterior de la faringe.	Contracción de la faringe.	Médula Oblonga.
Palatino.	Tocar el paladar membranoso.	Elevación del paladar.	Médula Oblonga.
Escapular.	Estimular la piel entre las escápulas.	Contracción de los músculos escapulares	C5 a T1.
Epigástrico.	Estimular la piel de arriba hacia abajo	Contracción espasmódica	T7 a T9.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah S. S. López	Dr. Miguel Ángel Mercado Paz	Dr. Juan A. Full Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 91

DE: 185

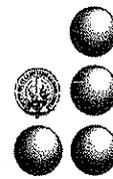
	desde los pezones.	ipsilateral del epigastrio.	
Abdominal.	Estimular la piel de bajo de los bordes costales y por arriba del ligamento inguinal.	Contracción de los músculos abdominales en el cuadrante estimulado.	T8 a T12.
Cremasteriano.	Estimular la superficie medial superior del muslo.	Elevación del testículo ipsilateral.	L1 a L2.
Glúteo.	Estimulación de la piel de la nalga	Contracción de los glúteos.	L4 y L5.
Bulbocavernoso.	Estimulación del dorso del glande	Contracción de la uretra bulbocavernosa.	S3 a S4.
Anal superficial.	Estimulación del perineo.	Contracción de los esfínteres rectales.	S5 y coccigeos.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 92

DE: 185

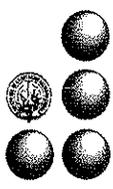
REFLEJOS PROFUNDOS IMPORTANTES DE LOS TENDONES

REFLEJO	ESTIMULO	RESPUESTA	NIVEL
Masetero.	Percusión de la mandíbula en posición semiabierta.	Cierre de la mandíbula.	Puente.
Escapulohumeral.	Percusión del borde vertebral de la escápula menor, infra-espinoso, etc.	Contracción del redondo.	C5 y C6.
Tricipital.	Percusión del tendón del tríceps.	Extensión en el codo.	C7 a D1.
Bicipital.	Percusión del tendón del bíceps.	Flexión en el codo.	C5 y C6.
Radial.	Percusión de la apófisis estiloides del radio.	Contracción del supinador largo.	D7 a C6.
Patelar.	Percusión del tendón rotuliano.	Extensión en la rodilla.	L3 y L4.
Aquileo.	Percusión del tendón de Aquiles.	Extensión en el tobillo.	S1 y S2.

REFLEJOS PATOLOGICOS DE LA EXTREMIDAD INFERIOR

REFLEJO	ESTIMULO	RESPUESTA
Babinski.	Frotamiento del borde externo de la planta del pie.	1.-Extensión del dedogrueso 2.-Flexión de dedos menores 3.-Apertura de los dedos menores 4.-Flexión de la pierna
Chaddock.	Frotamiento de la cara lateral del dorso del pie y maleolo externo.	Extensión del dedo grueso
Oppenheim.	Frotamiento firme hacia abajo de la cara medial de la tibia.	Extensión del dedo grueso

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 93
			DE: 185

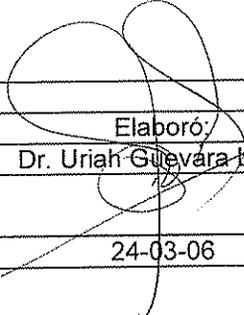
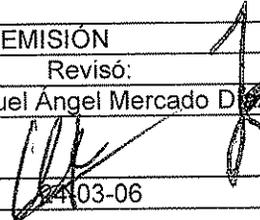
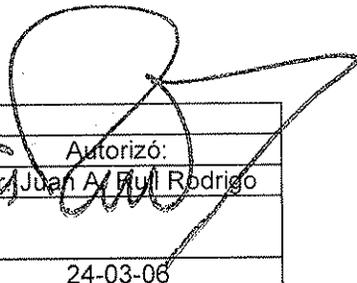
SINDORMES DOLOROSOS MAS FRECUENTES ASOCIADOS AL SISTEMA NERVIOSO.

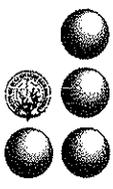
Cefalea.

La Cefalea es dolor confinado al cráneo y macizo facial, comprende estructuras intra y extracraneales. Es solamente un síntoma, pudiendo ser parte de una enfermedad banal o una señal de alarma. Puede aparecer de forma abrupta relacionada con padecimientos sistémicos o bien acompañados de algún síndrome neurológico, e cuyo caso habitualmente se trata de una urgencia que requiere de la valoración por un neurólogo. Lo más importante es diferenciar si es un síntoma general o acompaña a un padecimiento benigno, o por el contrario, es el síntoma más aparente de un padecimiento grave, neurológico o sistémico.

Clasificación de Cefaleas por la Sociedad Internacional de Cefaleas.
(International Headache Society Classification of Headache)

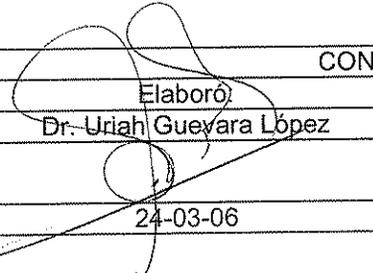
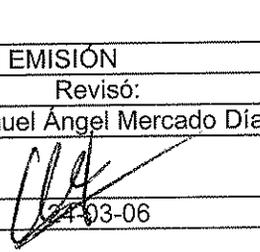
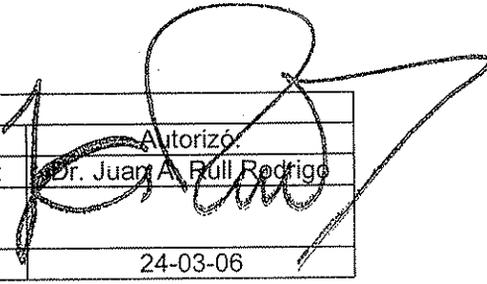
- ✓ Migraña.
- ✓ Cefalea de tipo tensional.
- ✓ Cefalea tipo Cluster y hemicrania crónica paroxística.
- ✓ Cefalea miscelánea sin asociaciones a lesión estructural.
- ✓ Cefalea asociada a traumatismo craneoencefálico.
- ✓ Cefalea asociada a desordenes vasculares.
- ✓ Cefalea asociada a desorden intracraneal no-vascular.
- ✓ Cefalea asociada a sustancias o a su retiro en la administración.
- ✓ Cefalea asociada a infecciones no encefálicas.
- ✓ Cefalea asociada a desordenes metabólico.
- ✓ Cefalea o dolor facial asociado a desordenes del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos óseos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneanas.
- ✓ Neuralgias craneales, dolor de troncos nerviosos, dolor por deaferentación.
- ✓ Cefalea no clasificable.

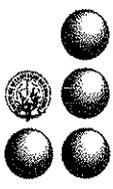
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díez	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 94
			DE: 185

Dolor neuropático.

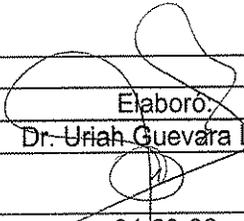
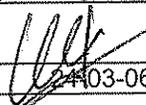
El dolor neuropático es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés), como "aquel dolor que es iniciado o causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso". El diagnóstico de esta entidad, deberá enfocarse en la búsqueda de una lesión o enfermedad que cause los signos y síntomas sensitivos. En ocasiones, la tecnología actual en ocasiones no demuestra una lesión evidente, por lo que su ausencia, no debemos descartar esta posibilidad diagnóstica. En el paciente con sospecha de dolor neuropático (así como de cualquier otra enfermedad), es importante iniciar con la historia clínica, ya que en ella, se pueden encontrar elementos que orienten hacia la identificación de una enfermedad que lo desencadene. Sin embargo, dado que esta entidad es multifactorial se debe considerar que ningún síntoma o signo es patognomónico de la misma. Además, de acuerdo a lo planteado anteriormente, la presencia de síntomas y signos sensitivos son característicos de esta nosología. Por otro lado, la descripción detallada del dolor (o los dolores) referido por el paciente, aportará la evidencia que soporte a esta sospecha diagnóstica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 95
			DE: 185

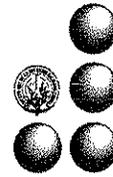
Clasificación de los síndromes neuropáticos comunes.

Síndromes de dolor neuropático periférico.
<p>Neuropatía inducida por quimioterapia. Síndrome doloroso regional complejo. Neuropatía sensitiva por HIV. Neuropatía secundaria a infiltración tumoral. Neuropatía diabética dolorosa. Dolor por miembro fantasma. Neuralgia postherpética. Neuralgia del trigémino. Neuralgia postmastectomía.</p>
Síndromes de dolor neuropático central.
<p>Dolor central posterior a un evento vascular cerebral. Dolor por esclerosis múltiple. Dolor por enfermedad de Parkinson. Dolor posterior a lesión medular.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)

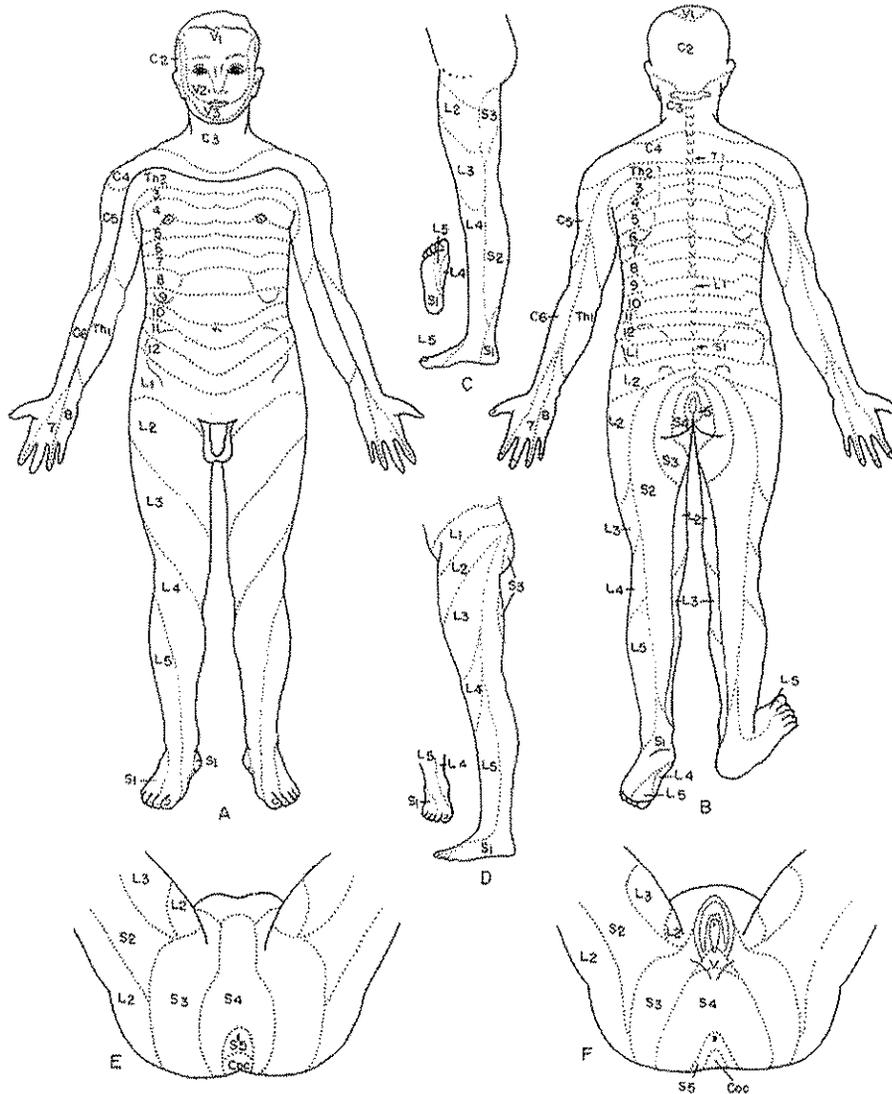


REV:

HOJA: 96

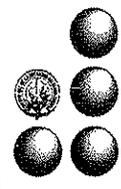
DE: 185

PRINCIPALES DERMATOMAS



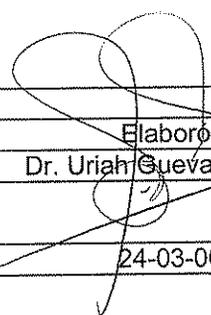
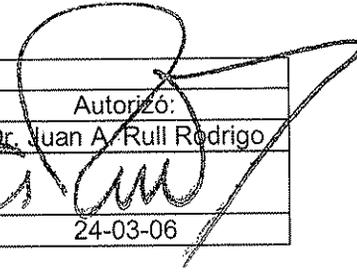
CONTROL DE EMISIÓN

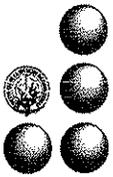
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ball Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 97
			DE: 185

LECTURAS RECOMENDADAS.

1. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979;6: 249-52.
2. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2nd ed. Seattle, WA. IASP press. 1994. 209-214.
3. Backonja MM. Defining neuropathic pain. Anesth Analg. 2003; 97: 785-790.
4. Bridges D, Thompson SW, Rice AS. Mechanisms of neuropathic pain. Br J Anaesth. 2001;87:12-26.
5. Jensen TS, et al. The clinical picture of neuropathic pain. Eur J Pharmacol. 2001;429: 1-11.
6. Dworkin RH. An overview of neuropathic pain: Syndromes, symptoms, signs, and several mechanisms. Clin J Pain. 2002; 18: 343-349.
7. Dworkin RH, et al. Advances in neuropathic pain: Diagnosis, mechanisms and treatment recommendations. Arch Neurol. 2003; 60: 1524-1534.
8. Loeser JD. Medical evaluation of the patient with pain. En: Bonica's management of pain. Loeser JD, ed. Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia. 2001: 267-278.
9. Martín-Abreu J. Historia Clínica. En: Programa de actualización continua para médicos generales PAC-MG1. Martín-Abreu J, ed. Academia Nacional de Medicina. México, D. F. 1996: 4-5.
10. Martelli RF, et al. Psychological, neuropsychological, and medical considerations in assessment and management of pain. J Head Trauma Rehabil. 2003; 19: 10-28.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 98
			DE: 185

SECCION XI. APARATO RESPIRATORIO.

Vías del dolor: Las vías de la sensibilidad dolorosa de las paredes torácica y pleura parietal, pasan por las raíces dorsales posteriores interrelacionándose con el tercio Superior de la cadena torácica ganglionar simpática; la región superior del cono torácico recibe fibras del plexo cervical. La inervación del pericardio depende del nervio frénico y el diafragma de éste y los nervios intercostales T7-T12. La sensibilidad del árbol respiratorio es transmitida especialmente por los nervios vagos, así como los ramos comunicantes de las cadenas simpáticas paravertebrales.

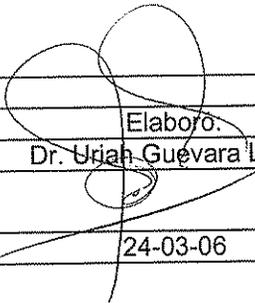
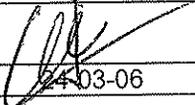
Una lesión pulmonar es dolorosa cuando:

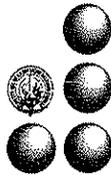
- a) Se extiende hasta la pleura parietal ó diafragmática.
- b) Alcanza la tráquea ó grandes bronquios.
- c) Coexiste hipoxia tisular secundaria a daño ó espasmo vascular (como en la tromboembolia).
- d) Existen cambios en las relaciones de presión intrapleurales ó hay desplazamiento de estructuras torácicas.

Procesos laríngeos disfuncionales: sensaciones agregadas de ardor y cosquilleo que inducen a carraspear ó toser. El dolor es muy vivo, sobre todo al deglutir, con irradiaciones a nuca, oídos, cara.

Árbol traqueo-bronquial: Se agregan sensación de sequedad, quemazón ó prurito retroesternal, que empeora con la tos, inhalación de aire frío o irritantes.

Pleura: En la pleuritis aguda hay dolor brusco intenso en la región mamaria ó submamaria, punzante, que empeora con la distensión de la pleura a la respiración profunda, tos estornudo, flexión ó extensión de la columna torácica. Disminuye o cesa al parecer el derrame ó con el decúbito lateral sobre el hemitórax enfermo ó respiración abdominal. Si la pleuritis es interlobular, el dolor en faja acompaña el trayecto de las cisuras pulmonares. La pleura mediastínica produce molestias retroesternales irradiadas y dolor en el cuello que no se agrava con la tos ni la respiración.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guévara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

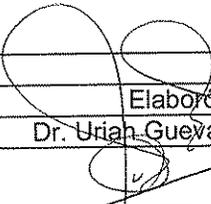
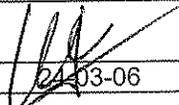
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 99
			DE: 185

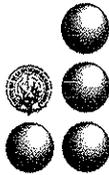
En la pleuritis diafragmática el dolor es muy agudo, sobretodo al inspirar y toser experimentándose en el límite toracoabdominal, con irradiaciones vía frénico, al cuello y hombro.

Nervios Intercostales: La irritación de las raíces torácicas ó los nervios intercostales produce un dolor vivo, urente, ardoroso superficial, con paroxismos a lo largo del nervio afectado, se agrava durante la noche y aumenta con la inspiración profunda y el esfuerzo. Hay hiperestesia cutánea y dolor exquisito en puntos gatillo (Donde el nervio se torna superficial y puede ser comprimido contra un plano óseo subyacente (Puntos de Valleix).

OTRAS CAUSAS DE DOLOR TORACICO.

Pleuritis residuales con adherencias.
Neumotórax espontáneo.
Neumonías.
Atelectasias.
Cáncer.
Tromboembolia pulmonar.
Mediastinitis.
Fracturas costales.
Osteítis.
Neuropatías.
Pleurodinia.
Miositis.
Psicógenas.

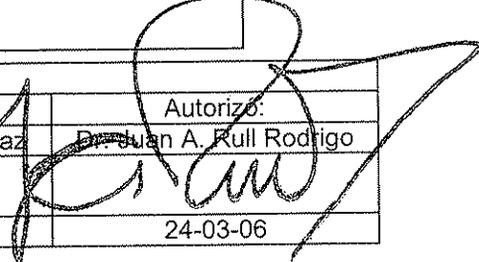
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 100
			DE: 185

SECCION XII. APARATO DIGESTIVO.

El dolor abdominal es seguramente el tipo de dolor que ocasiona el mayor tipo de consulta al facultativo y que termina en eventos quirúrgicos de muy diversa índole y magnitud, es el grupo quirúrgico y los servicios de urgencias los que frecuentemente tienen que distinguir entre una verdadera emergencia por abdomen agudo y un dolor abdominal que debe tratarse en forma conservadora, por las características de este manual que nos ocupa sólo mencionaremos los síndromes dolorosos abdominales más frecuentes, refiriendo al lector a tratados de dolor abdominal, su diagnóstico y tratamiento para una consulta a mayor profundidad.

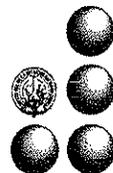
LISTA DE POSIBLE DIAGNÓSTICOS.
<p>Cólico biliar Colecistitis aguda Pancreatitis aguda Apendicitis aguda Dolor relacionado con trastorno hepático.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hepatitis aguda ✓ Alcohólica ✓ Viral ✓ Tóxica por fármacos (acetaminofén) ✓ Tetracloruro de carbono ✓ Abscesos hepáticos <ul style="list-style-type: none"> ○ Piógenos ○ Amibianos ○ Tumores hepáticos de rápido crecimiento ○ Malignos (carcinoma hepatocelular) ○ Benignos (adenoma hemangioma) ○ Colangitis obstructiva simple. ○ Congestión hepática ○ Sínd. Budd-Chiari ○ Congestión hepática aguda ○ Hemorragia hepática durante la preeclamsia <p>Dolor gastroduodenal</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perforación gastroduodenal (úlcera pilórica) ✓ Colon irritable ✓ Osteocondritis ✓ Perihepatitis (Infección Gonocócica y Clamida) ✓ Sx. Fitz-Hugh Curtis ✓ Dolor pleuroabdominal o infarto pulmonar ✓ Pielonefritis aguda. <p>Dolor renal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Abscesos corticomedulares agudos. ✓ Abscesos perinefríticos. ✓ Infartos renales ✓ Tumores renales. <p>Herpes zoster Infarto agudo del miocardio Obstrucción intestinal Oclusión vascular mesentérica Isquemia mesentérica no oclusiva Oclusión mesentérica venosa</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

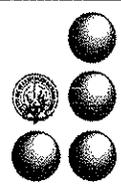
HOJA: 101

DE: 185

Perforación de úlcera péptica (gástrica o duodenal)
Trastornos agudos estomacales
Volvulus
Obstrucción pilórica
Indigestión aguda
Gastroenteritis aguda
Gastritis farmacológica
Ruptura esofágica. Sond Boerhave's

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 102
			DE: 185

Cavidad bucal:

Glosodinia: Cuadro clínico integrado por:

- a) Dolor más ó menos intenso uni ó bilateral de la lengua.
- b) Ansiedad, Angustia.
- c) Ausencia de lesiones notables.

El dolor puede manifestarse como sensación de tensión, plenitud, pesantez, adormecimiento, prurito ó, ardor. No existen trastornos de la sensibilidad ni de la motricidad, pero muchas veces se encuentran alteraciones vasomotoras localizadas como turgencia de las papilas, dilatación de las venas sublinguales. El dolor es paroxístico y se encuentra exacerbado en situaciones de estrés emocional, evolucionando de manera irregular durante meses ó años en forma continua ó intermitente, es más frecuente en mujeres añosas alrededor de la menopausia, y característicamente se cura de manera espontánea.

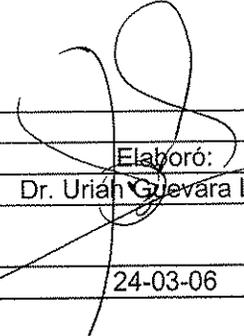
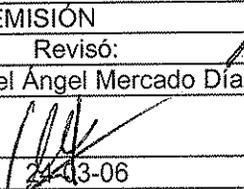
Diagnóstico diferencial

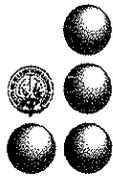
Las glosalgias motivadas por las neuralgias de los nervios lingual (dos tercios anteriores de la lengua), y glosofaríngeo (en la base de la lengua y encrucijada faucial, con irradiación hacia el oído: glosodinia posterior-Síndrome de Wilfred Harris-), y procesos glóticos: El ardor lingual acompaña a veces a procesos intestinales de evolución crónica (enterocolitis), síndrome de Plummer--Vinson y Sjögren, así como algunos procesos metabólicos (anemia, diabetes, hiperuricemia, etc).

Dolor dental: Puede ser por caries o periodontitis.

Las caries son:

- a) Del esmalte (superficial): Duele al frío y ácidos.
- b) De la dentina: Dolor al calor, frío y a lo dulce.
- c) Penetrantes (llegan a la pulpa del diente): Dolor intenso al frío con alivio por el calor. Si la pulpa se

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06
		Autorizó:
		Dr. Juan A. Rull Rodrigo
		
		24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 103
			DE: 185

inflama (pulpitis), es lancinante, terebrante, continuo, con exacerbación nocturna y rebelde a los analgésicos de uso común.

En la periodontitis el dolor se origina en las estructuras peridentarias (Alveolos, ligamentos) y periodontoclasia (piorrea alveolar), traumatismos, pulpitis, etc. El dolor espontáneo es soportable con sensación de tensión y alargamiento del diente, aumentando con la percusión vertical y lateral y al cerrar las arcadas dentarias por chocar contra la pieza dentaria antagonista. Los dientes impactados suelen ser causa de un dolor de carácter intermitente que puede referirse al maxilar superior e inferior y de éste al oído y las ramas del V par craneal (área Trigeminal).

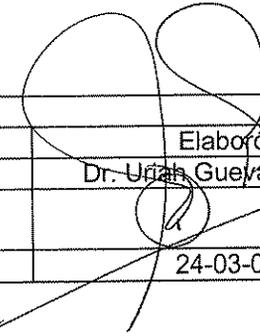
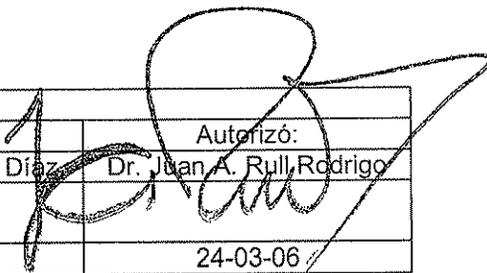
Una hipersensibilidad pasajera de los dientes al entrar en contacto con bebidas o alimentos calientes, fríos, ácidos ó dulces y también cuando se inspira aire frío ó durante el aseo de la boca, se observa de manera continua cuando los cuellos de las piezas dentarias quedan al descubierto por atrofia del tejido alveolar ó parodontosis.

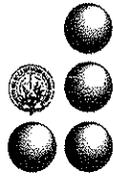
La disestesia mentoniana (Signo de Roger) es un dato diagnóstico en neoplasias óseas primarias ó metastásicas. Los pacientes advierten una sensación de adormecimiento en la mitad del mentón y labio inferior, territorio sensitivo correspondiente al nervio mentoniano. La disestesia es en general espontánea, aunque puede evocarse con el toque de la región.

El dolor puede deberse a perturbación funcional de la articulación temporomandibular, llegando a ser continuo ó intermitente (Síndrome de Costen), siendo indispensable vigilar el buen funcionamiento de prótesis dentales, particularmente cuando son totales.

Esófago:

Odinofagia: Deglución dolorosa. Debe diferenciarse de la disfagia faríngea (por faringitis, absceso retrofaringeo, parálisis nerviosa, síndrome de Plummer-Vinson, etc.) y de la motivada por espondiloartrosis cervical (las molestias son propias de sujetos añosos y más acentuadas en la deglución en seco que en la alimenticia), ó por el síndrome de la apófisis estiloidea alargada de Eagle.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 104
			DE: 185

Dolor continuo: se observa en los procesos graves como en periesofagitis y megaesófago gigante.

Dolor intermitente: Es propio de lesiones inflamatorias y ulcerosas, relacionándose con la ingesta.

Estomago y duodeno:

Gastralgia: Debe valorarse modo de comienzo, caracteres propios, localización, irradiación, factores que lo modifican y ritmo de progreso lesional.

Cronología:

1. Dolor en ayunas: Se observa en la hipersecreción continua de jugo gástrico ligada a una úlcera pilórica o duodenal complicada con estenosis parcial del píloro (síndrome de Reichmann), cede con el vómito el cual está constituido casi exclusivamente por jugo gástrico con poco residuo alimenticio.

2. Dolor Prandial: Es inmediato a la ingesta, se observa en:

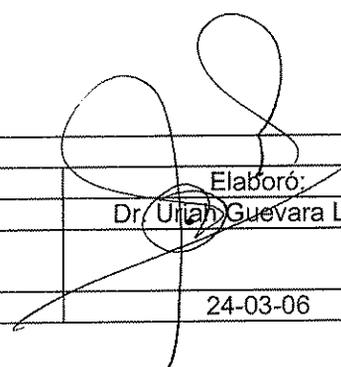
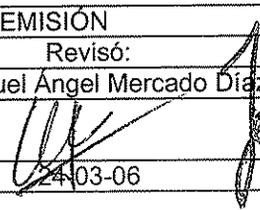
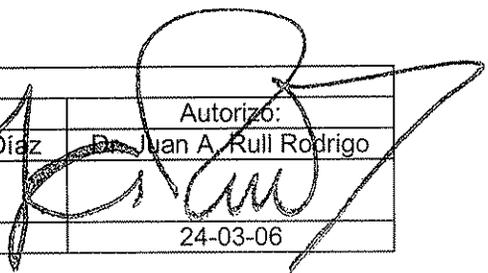
a) Úlcera yuxtacardiaca de la pequeña curvatura, es de localización retroxifoidea, propagándose hacia arriba a lo largo del esófago y entre los dos omóplatos, se acompaña de disfagia, consecuencia del espasmo reflejo del esófago terminal.

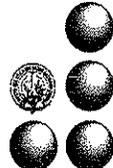
b) En la dolicogastria y miastenia gástrica con neuritis del plexo solar (síndrome solar), los sujetos experimentan molestias inmediatamente a la ingesta que duran horas y ceden ó disminuyen con el decúbito, presentan sensación de plenitud epigástrica y distensión, con eructos, palpitations de la aorta abdominal que pueden ser dolorosas, gran malestar, trastornos del sueño y ligeros ardores gástricos.

Intolerancia gástrica que los obliga a vomitar.

3. Dolor posprandial: Aparece al cabo de un tiempo de terminada la ingesta. Semitardío (Menos de una hora), Tardío (una a cinco horas), Ultratardío (se presenta más allá de cinco horas poco antes de la nueva comida, por lo que se confunde con la sensación de hambre (hambre dolorosa).

El dolor prospancial refleja la lucha del vaciamiento gástrico contra un obstáculo que se opone a su evacuación y puede verse en:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Ulises Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 105
			DE: 185

A) Úlcera gástrica y duodenal. En el primer caso el dolor es semitardío ó tardío y en la úlcera duodenal ultratardío.

La úlcera gástrica produce el ritmo de cuatro tiempos:

1er. tiempo: Ingestión de alimentos.

2º tiempo: Alivio del dolor.

3er tiempo: Reparación tardía del dolor.

4º tiempo: Alivio espontáneo del dolor.

La úlcera duodenal produce el ritmo de tres tiempos:

1er tiempo: Ingestión de alimentos.

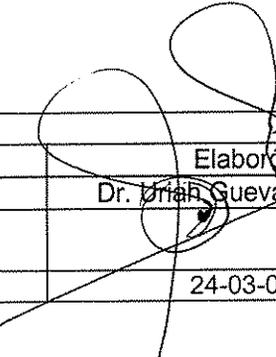
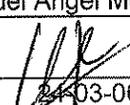
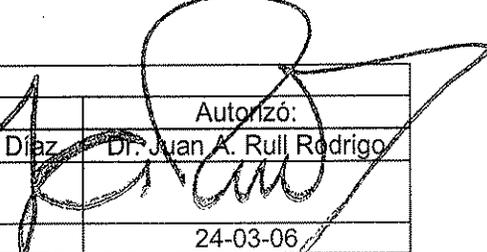
2º tiempo: Alivio del dolor.

3er tiempo: Reparación del dolor de tipo tardío.

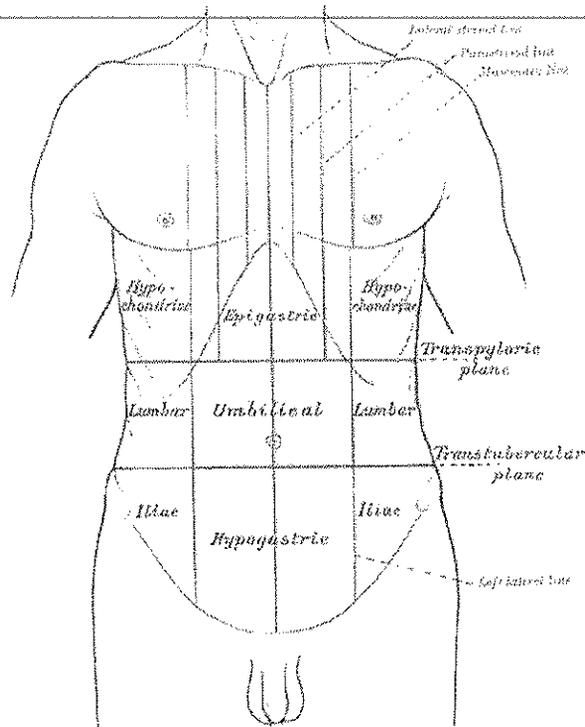
B) En la gastritis, sobre todo si se halla en el antro y en la duodenitis, la mucosa es muy sensible, motivo por el cual, la acción calmante de los alcalinos o de la ingestión de alimentos en el momento del dolor es menos franca y eficaz que en la úlcera, e incluso las molestias aumentan si las comidas contienen una cantidad excesiva de (irritantes), picantes ó alcohol.

C) Dispepsia hiperesténica y sensitivomotriz primitiva ó refleja: Las molestias son más ó menos tardías, se alivian con los alcalinos y poco o nada con las comidas.

1. Dolor nocturno: Su presencia es signo de organicidad, aparece precozmente, casi al acostarse, sobretodo si ha transcurrido poco tiempo desde la cena en la hernia del hiato esofágico y en el síndrome hiperosmótico yeyunal (dumping) tardío, y horas más tarde a medianoche en la úlcera duodenal y menos veces en la gástrica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Brian Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

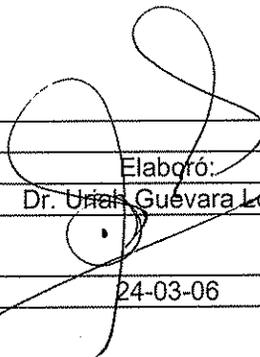
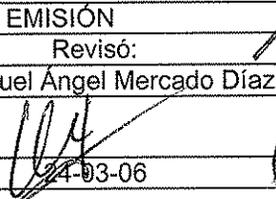
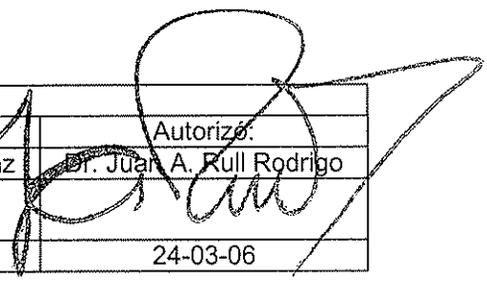
ZONAS TOPOGRAFICAS DEL ABDOMEN.

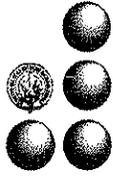


PROYECCION VISCERAL ALGIDA EN LAS ZONAS TOPOGRAFICAS DEL ABDOMEN

EPIGASTRIO

Estómago (curvatura menor, casi todo el cuerpo, antro y canal pilórico). Duodeno (bulbo y parte de la segunda y cuarta porciones). Hígado (Lóbulo izquierdo y parte del derecho), vesícula biliar, páncreas (Cabeza y parte del cuerpo). Arteria, Aorta, Vena Cava Inferior, Plexo Celíaco.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guévara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 107
			DE: 185

HIPOCONDRIO DERECHO

Hígado (Lóbulo derecho en su mayor parte), colon (ángulo derecho), riñón derecho (dos tercios superiores), glándula suprarrenal derecha.

HIPOCONDRIO IZQUIERDO

Estómago (fondo y parte del cuerpo), bazo, colon (ángulo izquierdo), páncreas (cola), riñón y glándula suprarrenal derecha.

MESOGASTRIO

Estómago (parte inferior del cuerpo), duodeno (parte de la II, III y IV porción), yeyuno (parte), colon transversal (menos los extremos), páncreas (parte de la cabeza), pelvis renales y uréteres (parte superior), mesenterio, Arteria Aorta y Vena Cava Inferior.

FLANCO DERECHO

Colon ascendente y riñón derecho (polo inferior).

FLANCO IZQUIERDO

Colon Descendente

HIPOGASTRIO

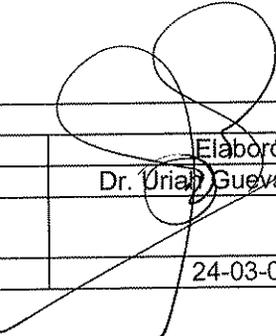
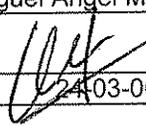
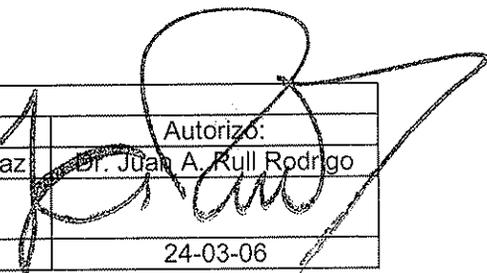
Intestino delgado (parte inferior), colon sigmoideo, vejiga, utero (mujer) ureteres (parte inferior).

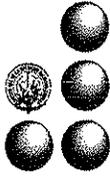
FOSA ILIACA DERECHA

Ciego, apéndice, ileon.

FOSA ILIACA IZQUIERDA

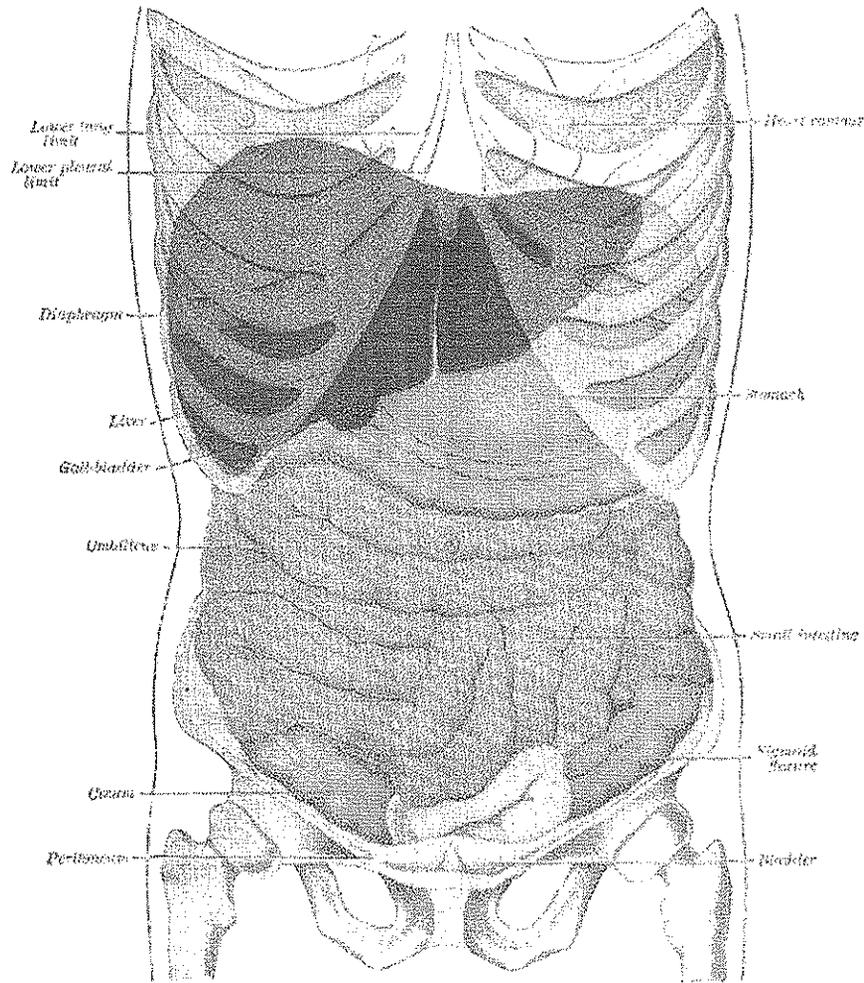
Colon sigmoideo, ovario y anexos correspondientes (mujer).

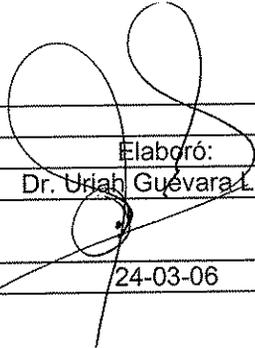
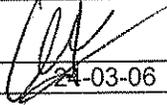
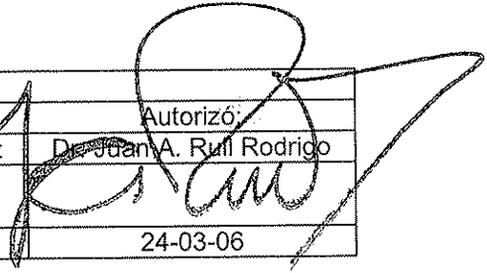
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriel Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

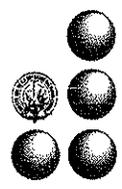
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 108
			DE: 185

La proyección descrita no es siempre la misma para todos los individuos, dependiendo mucho del hábito constitucional del individuo.

PROYECCION VISCERAL EN LAS ZONAS TOPOGRAFICAS DEL ABDOMEN



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruffi Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 109
			DE: 185

SECCION XIII. APARATO MUSCULOESQUELETICO.

La lesión o afección de las estructuras óseas y articulares por diversas causas son el asiento de síndromes dolorosos de tipo somático dolor caracterizado por ser localizado de diverso grado de intensidad rara vez con irradiaciones, constante bien descrito por el paciente generalmente producido por afectación de estructuras somáticas tales como piel, facias, tendones, músculos y periostio, este último por cubrir todos los huesos de la economía generalmente es dañado cuando ocurre una fractura; las estructuras articulares también pueden ser afectadas en cualquiera de sus componentes, cartílagos articulares, superficies o cartílagos articulares, ligamentos de inserción o no etc., generándose un dolor semejante al descrito.

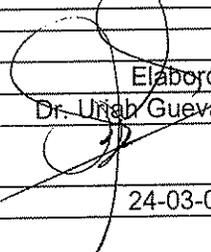
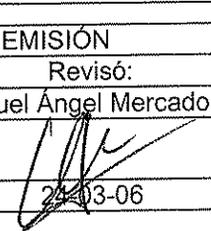
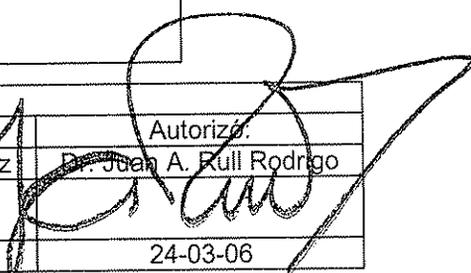
Debido a la gran cantidad de estructuras óseas y articulares de la economía los pacientes pueden referir dolor agudo como en el caso de un trauma o crónico como en el caso de las enfermedades metabólicas o degenerativas variando la representación y el tratamiento del dolor de acuerdo a la intensidad y características del síndrome doloroso.

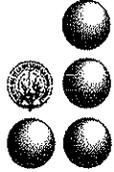
El dolor es la principal molestia en los pacientes que son portadores de una enfermedad reumática, su grado de intensidad es variable pudiendo en algunos casos ser tolerables, pero en otros afecta severamente la motilidad y dependiendo de su cronicidad debilitante e incapacitante, con frecuencia es debido a la afección articular o extraarticular, en la cápsula articular (capas superficiales o profundas), en las vainas de los vasos sanguíneos en los cojinetes grasos en los ligamentos articulares intrínsecos y extrínsecos; las causas de la afección de los receptores sensorias nociceptores, mecanorreceptores o quimiorreceptores pueden ser de muy variados orígenes; inflamatorias, física, infecciosos, químicas inmunológicas, etc. Sin embargo, el común denominador, independientemente de la causa será la afección de las fibras aferentes nociceptivas:

- ✓ Las fibras A-delta, Mecanotérmicas A o tipo III o fibras gruesas mielinizadas que conducen los estímulos articulares transmitiéndolos a una velocidad de 5-30 m/s. Dolor agudo y punzante.
- ✓ Las fibras C o polimodales tipo IV delgadas no mielinizadas o de conducción lenta 0.5-2 m. Por segundo, mismas que se activan por estímulos mecánicos de umbral alto, químicos, calor y frío, generando un dolor urente, profundo, difuso y sordo.

A. DOLOR MIOFACIAL.

SINDROME DE DOLOR MIOFASCIAL
ENFERMEDAD VISCERAL (Con dolor referido hacia la espalda) Enfermedad uterina u ovárica Patología retroperitoneal Aneurisma de la aorta Enfermedad prostática Inflamación visceral (Vgr. Hígado, páncreas, renal)
TUMORES Tumores óseos benignos Tumores óseos malignos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Ulrich Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

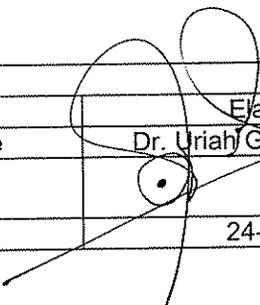
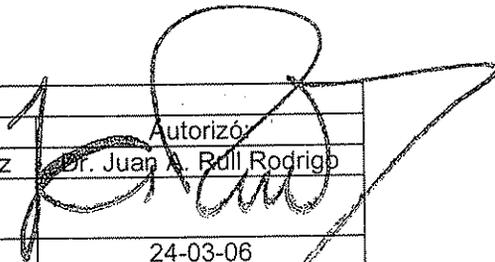
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 110
			DE: 185

Primarios : osteosarcoma, mieloma múltiple
 Secundarios : metástasis
 Tumores neurales

EXPLORACION FISICA EN EL DOLOR MIOFASIAL.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restricción de la gama de movimientos de los músculos afectados. ✓ Un mínimo de 5-7 puntos débiles en las localizaciones mencionadas. ✓ Debilitamiento de los músculos afectados sin atrofia. ✓ Por lo general, debilidad simétrica en por lo menos tres regiones. ✓ Detección de un punto desencadenante del dolor muy sensible, situado en la banda muscular tensa. ✓ Respuesta espasmódica local de la banda cuando se oprime transversalmente el punto desencadenante. ✓ Reproducción del patrón de dolor referido cuando se aplica presión suficiente para activar los puntos desencadenantes del dolor. ✓ Debilitamiento intenso en la zona en que se refiere el dolor. ✓ Por lo general, los músculos se afectan de manera asimétrica.

DIFERENCIAS ENTRE EL DOLOR MIOFASIAL Y FIBROMIALGIA.

DOLOR MIOFASIAL	FIBROMIALGIA
Síntomas que inician por elongación brusca o sobrepeso del músculo.	Al inicio hay antecedentes de traumatismo.
Un patrón de dolor referido específico característico de cada músculo del sistema músculo-esquelético.	Función muscular limitada por la fatiga.
Función muscular limitada por el dolor.	Dolencia generalizada y dolores que han persistido en tres ó más sitios por lo menos durante tres meses.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Gueyara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)

REV:

HOJA: 111

DE: 185

No hay necesariamente síntomas sistémicos, pero pueden presentarse debido a factores perpetuadores.

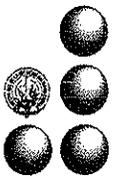
Debe tener tres de los siguientes diez criterios menores :

1. Síntomas modulados por el ambiente.
2. Síntomas agravados por la tensión y ansiedad.
3. Sueño no restaurador.
4. Fatiga general.
5. Ansiedad.
6. Cefalea crónica.
7. Síndrome de colon irritable.
8. Edema subjetivo.
9. Adormecimiento.

Los puntos desencadenantes del dolor pueden ser agudos, recurrentes o persistentes.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 112
			DE: 185

B. DOLOR LUMBAR.

Una de las áreas de mayor afectación es el raquis, por diferentes causas o patologías dando lugar a uno de los síndromes dolorosos de mayor preocupación en los países industrializados por las repercusiones socioeconómicas que genera, razón por la que se tocarán aunque de manera sucinta, características de esta patología, cuyos factores de riesgo deberán considerarse en todo momento por el clínico tratante: Pacientes de la segunda y tercera edad, sexo, postura, fatiga, ocupación incremento en la lordosis, cervicocefalagias, discrepancia en la longitud de los miembros podálicos, cefalea, estrés, ansiedad, depresión, trastornos mixtos, multiparidad, angor, tabaquismo, abuso de drogas obesidad y otros.

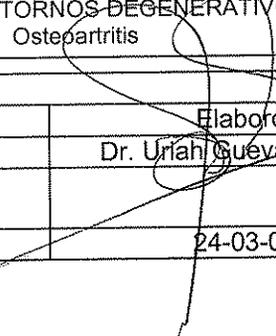
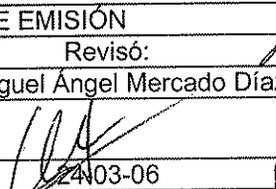
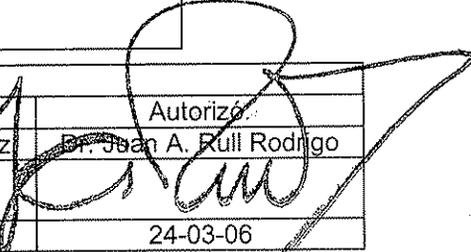
Muchas son las estructuras que integran la unidad funcional del raquis, todas ellas ricas en receptores nociceptivos, como: Piel, tejido celular subcutáneo, fascias, músculos y sus inserciones, ligamentos (interespinos, facetarios, aman II o común y posterior) cápsula articular y sinovial facetaria Grasa epidural, duramadre, raíz nerviosa disco intervertebral 8anillo fibroso y núcleo pulposo) cartílago articular, vértebra, facetas articulares y tejidos adyacentes.

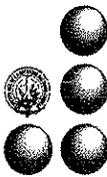
Al igual que en el dolor de origen reumático, es menester que el clínico establezca un programa de estudio de las posibles causas, estado y evolución del padecimiento tratando de establecer la etiología por medio del diagnóstico entre causas congénitas, traumáticas infecciosa, mecánico-posturales, hematológicas, ginecológicas, urológicas psiconeurosis o patologías a distancia. De igual forma establecerá un plan de abordaje buscando establecer:

1. El diagnóstico preciso de la lesión
2. La naturaleza, sitio y nivel de la lesión
3. Evaluación del grado de disfunción
4. Historia natural de la enfermedad
5. Entendimiento de la pato-mecánica.

Además de que todo paciente con dolor lumbar crónico deberá ser integralmente evaluado en forma total, biológica, mental, emocional y espiritualmente, precedido de una escrupulosa anamnesis y un exhaustivo examen físico, así como el empleo racional de los exámenes de gabinetes laboratorio e imagen. El tratamiento será muy variado y de acuerdo al tipo de padecimiento, cronicidad y severidad del mismo, pero siempre se buscará combinar el tratamiento ortopédico-quirúrgico, o conservador, la fisioterapia y el tratamiento farmacológico con apoyo psicoafectivo serán los pilares del manejo de estos numerosos pacientes.

CAUSAS COMUNES DE DOLOR LUMBAR	
TRANSTORNOS CONGENITOS Asimetría de facetas Vértebra Transicional Espondilolistesis Espina bífida	
TRAUMA Desgarro lumbar Compresión por fractura Síndrome de columna inestable Columna inestable complicada por cirugía de columna	
TRANSTORNOS DEGENERATIVOS Osteoartritis	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 113
			DE: 185

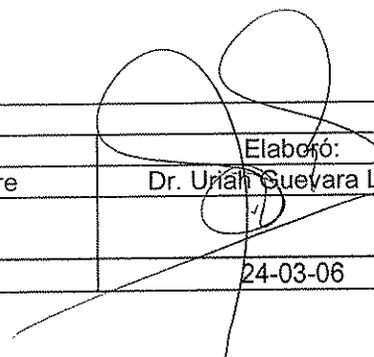
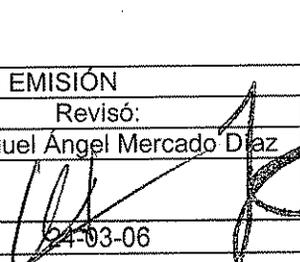
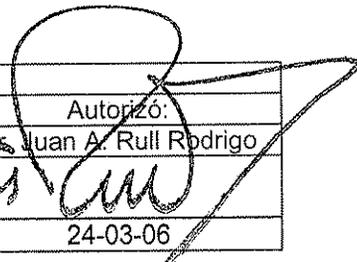
<p>Hernia discal Estenosis espinal</p> <p>TRANSTORNOS METABOLICOS E INFLAMATORIOS</p> <p>Osteoporosis Enfermedad de Paget Espondilitis anquilosante Espondilitis anquilosante Artritis reumatoide Aracnoiditis</p> <p>INFECCIONES</p> <p>Infecciones de disco Tuberculosis (Mal Pott) Abscesos epidurales Meningitis</p> <p>CAUSAS MECANICO-POSTURALES Y ESCOLIOSIS</p> <p>Hipotonía muscular Idiopática Escoliosis posparalítica Asimetría de miembros inferiores</p>

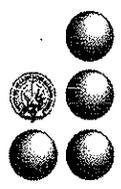
SENSIBILIDAD DE LAS ESTRUCTURAS LUMBARES.

SENSIBILIDAD AL DOLOR	INSENSIBLES AL DOLOR
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ligamento longitudinal, anterior y posterior. ✓ Periestio (cuerpo vertebral, apófisis espinosa, lámina). ✓ Faceta articular y cartílago. ✓ Apófisis transversa. ✓ Pedículo. ✓ Raíz nerviosa. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fibrosis discal. ✓ Ligamento interespinoso. ✓ Ligamento amarillo.

LECTURAS RECOMENDADAS.

- García PC. Dolor en el paciente reumático. R.ev Anest Mex. 1995; (7) 3:177-85
- Bravo BA, Enríquez CJ. Dolor lumbar: fisiopatología, diagnóstico y opciones de tratamiento. Rey Mex Anest. 1995; 87) 3:139-57.
- Wiener Staley MD Differential diagnosis of acute Pain by Body Region Mc Graw-Hill INC.USA. 1993.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Urián Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 114
			DE: 185

SECCION XIV APARATO CARDIOVASCULAR.

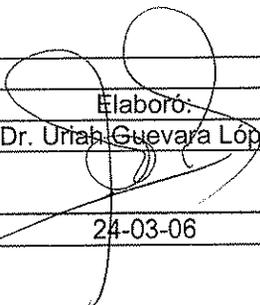
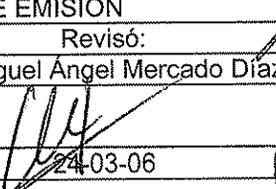
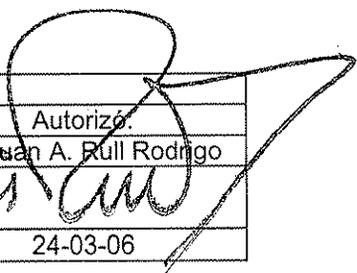
POSIBLES CAUSAS DE DOLOR PRECORDIAL NO CARDIACO

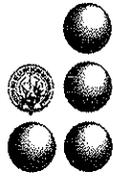
1. Mamas péndulas voluminosas, inflamadas o con tumores.
2. Mialgias en los músculos intercostales posterior a esfuerzos, hiperventilación (incluir psicógenos), hipocalcemia, presencia de tos.
3. Síndrome condrocostal de Fiegel y Kelling
4. Herpes zoster
5. Neuralgia intercostal, radiculagias de origen vertebral
6. Alteraciones del árbol bronquial y mediastino: traqueobronquitis, cuerpos extraños bronquiales, neumonía atelectasia, pleuritis, mediastinitis, tumores.
7. Patología abdominal: Hernia hiatal, esofagitis, distensión gástrica por aerofagia, enfermedad de vías biliares, pancreatitis, flexura esplénica (crisis dolorosas en hemitorax izquierdo relacionadas con movimientos respiratorios que se alivian con movimientos intestinales y expulsión de aire).
8. Neumomediastino.
9. Pneumotorax (simple o tensión).
10. Traqueorronquitis.
11. Patología de sistema nervioso: migraña acompañada, crisis convulsiva.
12. Herpes zoster vical.
13. Ruptura esofágica

DOLOR PSICÓGENO.

Se acompaña frecuentemente de datos de inestabilidad emocional como insomnio, irritabilidad, ansiedad ataques de pánico, hiperventilación, datos de depresión, etc. ES UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN.

1. Por padecimiento cardiaco secundaria
 - ✓ Puede deberse a crisis convulsivas, saturnismo, feocromocitoma, hipertiroidismo
2. Por padecimiento cardiaco primario
 - ✓ No coronario
 - ✓ Pericarditis

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 115
			DE: 185

- ✓ Miocarditis
- ✓ Distensión brusca de cavidades (v.gr. La aurícula en la estenosis mitral durante el esfuerzo).

DOLOR CORONARIO.

La insuficiencia coronario aguda motiva anoxia miocárdica que desencadena una tempestad bioquímica con producción de sustancia algógenas (lactato, polipéptidos, serotonina, histamina, bradiquinina, etc.), que estimula las fibras dolorosas de los pequeños vasos (dolor muscular isquémico). El dolor puede aparecer en coronarias sanas, siempre que haya un desequilibrio déficit entre la oferta coronaria y la demanda miocárdica.

1. Por causas vasculares no cardíacas
 - ✓ Distensión de la aorta
 - ✓ Disección aguda de la aorta
 - ✓ Aortitis
 - ✓ Arteria pulmonar (v.gr. Hipertensión aguda de la pequeña circulación)
 - ✓ Flebitis y tromboflebitis de la cava superior

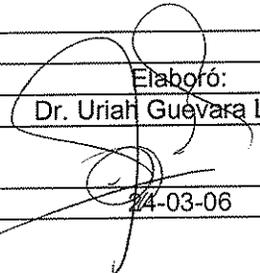
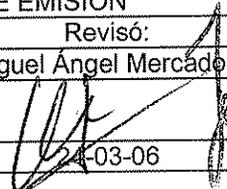
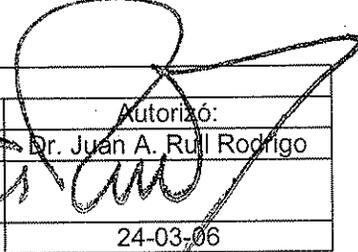
DOLOR ARTERIAL.

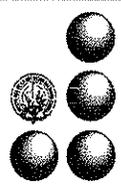
1. Síndrome isquémico agudo
 - ✓ Puede deberse a embolias, trombosis, estenosis de la arteria por engrosamiento, vasculitis, aneurisma disecante, etc. El dolor es intenso y súbito, se acompaña de impotencia funcional, frialdad y palidez marmórea. Disminución o falta del latido de arterias periféricas. En la fase final, trastornos tróficos y necrosis isquémica.
2. Síndrome no-isquémico crónico
 - ✓ El dolor al principio sólo aparece durante la marcha (claudicación intermitente) y más tarde incluso en el reposo, particularmente en la noche son el decúbito. Existe una primera fase silenciosa con fatigabilidad facial de uno o ambos miembros inferiores con sensación de pesantez y hormigueo en la pantorrilla y tobillo durante la marcha. La claudicación intermitente consiste en una cojera súbita que se produce únicamente durante la marcha y que cesa durante el reposo, incluso permaneciendo de pie, para reaparecer al emprender el camino, aproximadamente a la misma distancia, se acompaña dolor parestesias o calambres en pie, pantorrilla o muslo de la extremidad afectada (Dx. Diferencial con claudicación neurogénica secundaria a compresión de la cola de caballo: generalmente es bilateral y presenta una auténtica paraplejia espástica transitoria que cede con el reposo; o la presencia de dolor de distribución ciático-radicular, sin cambios en pulsos periféricos, ni en coloración).

DOLOR VENOSO.

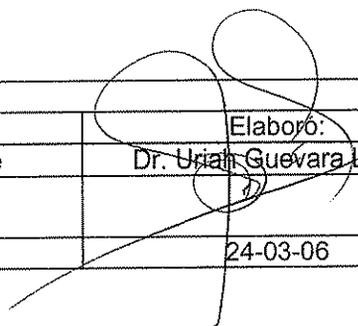
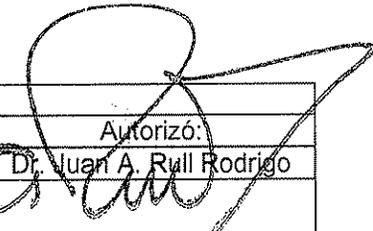
Los pacientes con várices esenciales pueden experimentar:

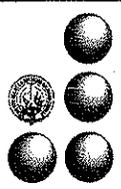
- ✓ Pesantez de piernas, fatiga (más en la posición de pie se alivian con la marcha) hormigueo, calambres nocturnos. Estas molestias se acentúan en los días cálidos, como en verano por la dilatación venosa que provoca (al contrario de lo que ocurre con la insuficiencia arterial)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 116
			DE: 185

- ✓ Neuralgias ortostáticas (o posturales) de las extremidades inferiores, que se atenúan o desaparecen con el decúbito. Según la localización de las flabectasias los nervios afectados son el obturador, crural, safeno interno y externo, tibial anterior y ciático poplíteo externo. Muy frecuentemente en tumores de pelvis.
- ✓ Síntomas de claudicación intermitente en ausencia de obstrucción arterial: El paciente percibe a nivel de los músculos de la pantorrilla una sensación de calambre y tensión que lo obliga a detenerse después de haber andado un cierto trecho (claudicación intermitente venosa). En los portadores de complejos varicosos extensos aparecen a veces síntomas de hipotensión ortostática (con reflejos vasomotores normales) al ponerse el sujeto en pie y acumularse sangre en las venas dilatadas.
- ✓ Trombosis de esfuerzos: Se puede presentar cualquiera de los miembros, tanto superiores como inferiores, en el miembro inferior se inicia con un dolor súbito e intenso en los músculos de la pantorrilla que se acompaña de ligero edema y con frecuencia de equimosis tardía. El dolor aumenta al subir escaleras y con la flexión dorsal forzada del pie, con la pierna en extensión (signo de Homans) y presionando los músculos de la pantorrilla contra el plano óseo (signo de Olow). En la tromboflebitis el inicio es también súbito pero cursa con intenso edema y dolor incapacitante que inmoviliza el miembro.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 117
			DE: 185

SECCION XV. DOLOR EN CANCER.

TIPOS DE DOLOR EN EL CANCER.

El dolor en el cáncer puede ser:

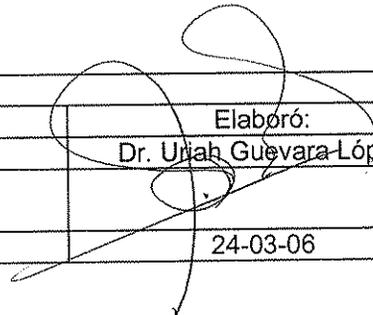
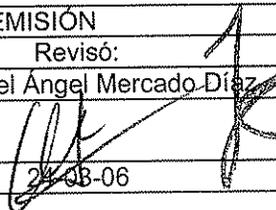
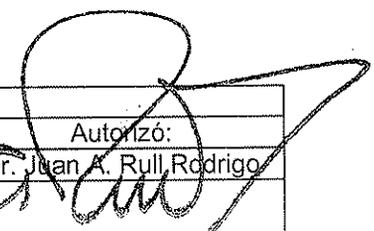
1. Causado por el propio cáncer (que es con mucho el más frecuente)
2. Relacionado con el cáncer (por ejemplo, dolor crónico en la cicatriz postoperatoria, estomatitis causada por la quimioterapia)
3. Causado por un trastorno concurrente (por ejemplo, espondilosis, artritis).

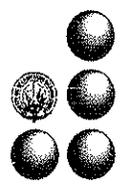
Muchos pacientes con cáncer avanzado sufren múltiples dolores vinculados con varias de estas categorías. El dolor causado por el cáncer mismo surge de la extensión a los tejidos blandos, las vísceras o los huesos, además de la compresión y destrucción de los nervios, y el incremento de la presión intracraneana. Es sumamente importante determinar tan precisamente como sea posible la causa del dolor, ya que ella a menudo puede influir en el tratamiento. Afortunadamente, la mayoría del dolor del cáncer responde a los analgésicos.

NATURALEZA DEL DOLOR EN EL CANCER

Como punto de partida para discutir la naturaleza del dolor en el cáncer, puede ser útil la definición propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor:

El dolor es una experiencia desagradable sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional. En varios estudios se han evaluado los factores psicológicos que determinan la intensidad del dolor en los enfermos de cáncer. En los casos de enfermedad avanzada, esos factores influyen decisivamente en la intensidad del dolor. La falta de esperanza y el temor a la muerte que se avecina son factores que influyen en el sufrimiento general del enfermo y exacerban el dolor. La identificación de los componentes físicos y no físicos es condición esencial para

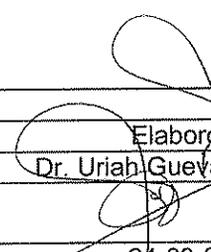
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara-López	Dr. Miguel Ángel Mercado-Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

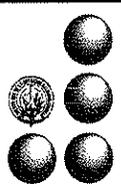
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 118
			DE: 185

poder aplicar el tratamiento apropiado. Para abarcar todos los aspectos pertinentes resulta útil el concepto de <<dolor total>>, que engloba tanto el estímulo físico nocivo, como los factores psicológicos sociales y espirituales.

El reconocimiento de la compleja naturaleza del dolor en el cáncer permite comprender más fácilmente por qué algunos pacientes siguen experimentando dolor intolerable a pesar de que se les administren dosis crecientes de analgésicos. El dolor intenso rebelde suele asociarse a otros síntomas, en particular insomnio, pérdida de apetito, disminución de la capacidad de concentración, irritabilidad, y manifestaciones de carácter depresivo.

CLASIFICACION DEL DOLOR EN PACIENTES CANCEROSOS
ASOCIADO CON INFILTRACIÓN TUMORAL DIRECTA Invasión ósea. Compresión nerviosa. Invasión u oclusión de vasos sanguíneos y distensión visceral Invasión u oclusión de vasos sanguíneos. Necrosis u oclusión de los ductos de una visera.
ASOCIADO CON LA TERAPIA ANTICANCEROSA Postquirúrgico. Postquimioterapia. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neuropatía periférica ✓ Necrosis aséptica ✓ Pseudorreumatismo esteroideo ✓ Neuralgia posttherpética ✓ Mucositis Síndromes postradiación <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fibrosis de los plexos braquial y lumbar ✓ Mielopatía ✓ Segundos tumores primarios inducidos por radiación ✓ Neuralgia posttherpética Sin relación con el cáncer ó su terapéutica <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermedades óseas degenerativas ✓ Neuropatía diabética ✓ Enfermedad vascular ✓ Enfermedad arterial coronaria ✓ Otros

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara-López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 119
			DE: 185

MÉTODO PARA ALIVIAR EL DOLOR EN EL CÁNCER:

A partir de la preparación del proyecto provisorio de las pautas en 1982 y la publicación en 1986 del documento Alivio del dolor en el cáncer, se ha registrado un rápido incremento en el número de profesionales sanitarios que han adquirido competencia en el tratamiento del dolor en el cáncer. Al parecer, la competencia puede transferirse fácilmente en una amplia variedad de situaciones, razón por la cual el alivio adecuado del dolor no depende de la disponibilidad de un especialista en el tratamiento paliativo del dolor. Si se cuenta con la buena voluntad de los profesionales, el apoyo administrativo y la ayuda de los gobiernos, el concepto de tratamiento en un centro especializado puede ser aplicado con éxito.

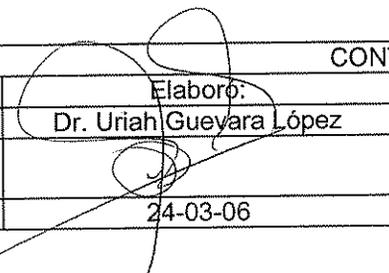
Los ensayos en el terreno confirman que el tratamiento con medicamentos no opiodes, opiodes y coadyuvantes constituye la piedra angular del tratamiento del dolor en el cáncer. El empleo eficaz de estas drogas requiere un buen conocimiento de sus características farmacológicas, ya que la elección de un medicamento depende de las necesidades de cada paciente.

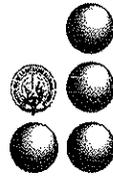
En una pequeña minoría de los pacientes son útiles las técnicas neurolíticas y neuroquirúrgicas, como por ejemplo:

1. Bloqueo del Plexo Celiaco para el dolor pancreático resistente a los fármacos.
2. Bloqueo del Plexo Hipogástrico Superior.
3. Tractotomía (cordotomía) espinotalámica percutánea en dolor unilateral resistente a los fármacos en un miembro inferior.
4. Bloqueo intratecal para el dolor perineal resistente a los fármacos.

Por otro lado es necesario, efectuar mayores investigaciones y una evaluación más profunda de los siguientes temas:

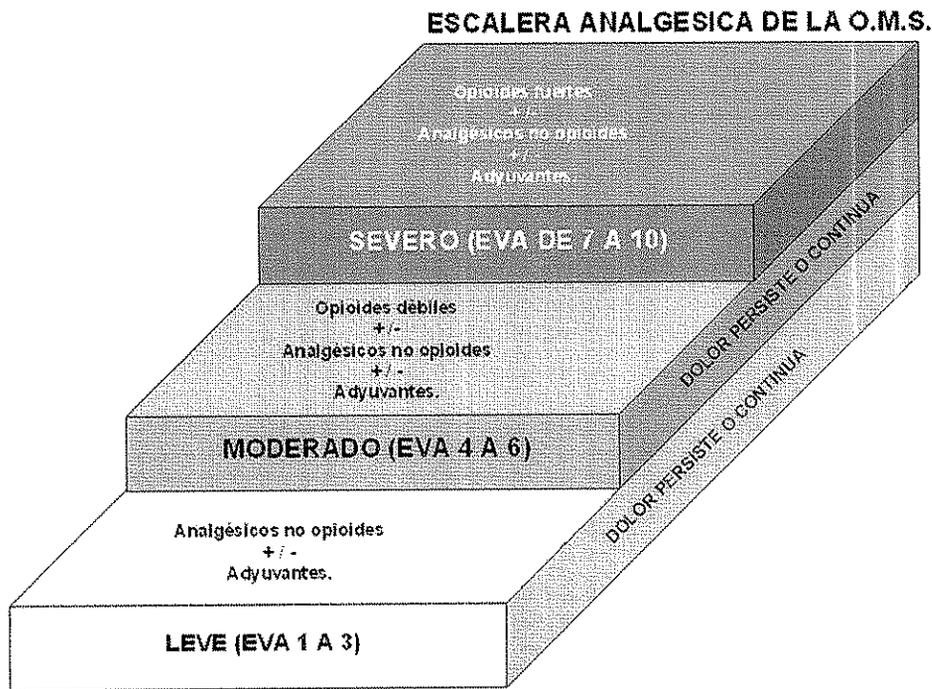
1. Analgésicos no opiodes
2. Opiodes para dolores leves a moderados
3. Analgésicos opiodes más selectivos.
4. Bifosfonatos para el dolor óseo metastásico.
5. Congéneres anestésicos locales para dominar el dolor.
6. Dolor mediado por el sistema nervioso simpático

CONTROL DE EMISIÓN		
	Elaboró:	Revisó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Firma		
Fecha	24-03-06	24-03-06
		Autorizó:
		Dr. Juan A. Rull Rodrigo
		
		24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 120
			DE: 185

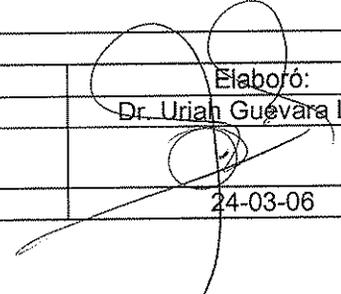
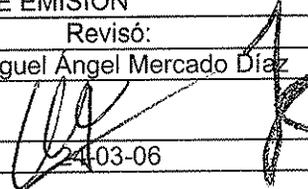
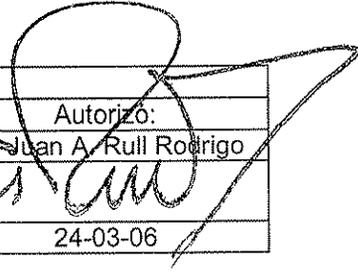
Es esencial que la industria farmacéutica y las asociaciones oncológicas de los países desempeñen un papel dirigente en todas estas áreas.

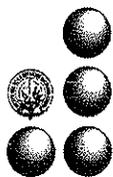
ESCALERA ANALGEGICA DEL LA OMS PROPUESTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR POR CANCER.



ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR POR CANCER.

- 1.- Individualizar el tipo de droga, dosis, frecuencia y vía de administración.
- 2.- Educar a paciente y familiares definiendo adicción, tolerancia y dependencia física.
- 3.- Prescribir dosis de medicamentos para rescate.
- 4.- Utilizar la vía oral tanto como sea posible.
- 5.- Obtener la mayor analgesia con los menores efectos colaterales.

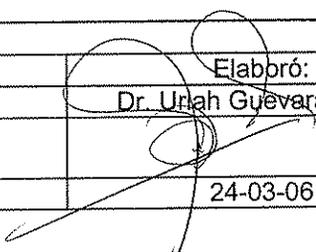
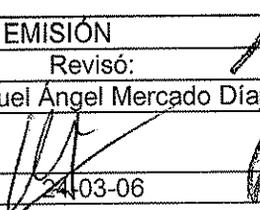
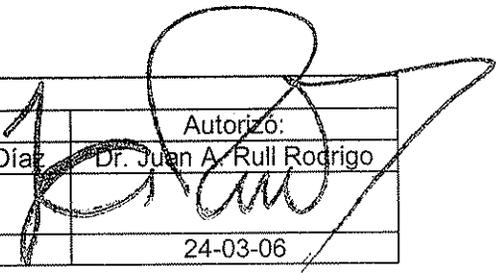
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

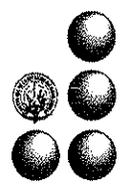
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 121
			DE: 185

6.- Tratar el dolor total

LINEAMIENTO PARA EL USO PRÁCTICO DE ANALGÉSICOS OPIACEOS.

1. Iniciar con un fármaco específico para determinado tipo de dolor.
2. Conocer:
 - ✓ Farmacología del fármaco prescrito.
 - ✓ Diferencia entre potencia y eficacia.
 - ✓ Duración del efecto analgésico.
 - ✓ Farmacocinética del fármaco.
 - ✓ Dosis equianalgésicas y rutas de administración.
3. Administrar analgésicos sobre una base regular.
4. Usar la combinación de fármacos para proveer una analgesia adicional.
5. Opiáceos más AINES.
6. Opiáceos más antihistamínico (Hidroxicina)
7. Opiáceo más anfetamina (metilfenidato)
8. Adecuar la vía de administración de acuerdo a las necesidades del paciente.
9. Tratar los efectos colaterales de manera adecuada.
 - ✓ Sedación.
 - ✓ Depresión respiratoria.
 - ✓ Náusea y vómito.
 - ✓ Constipación.
 - ✓ Mioclonia multifocal y convulsiones.
10. Vigilar el desarrollo de tolerancia.
11. Suspender lentamente los fármacos.
12. Respetar las diferencias individuales entre los pacientes.
13. No usar placebos para evaluar la naturaleza del dolor.
14. Anticipar complicaciones:
 - ✓ Sobredosis.

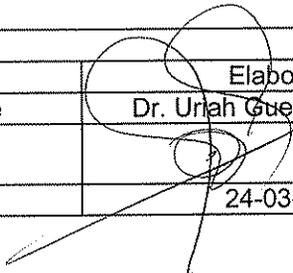
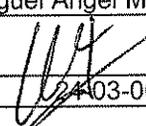
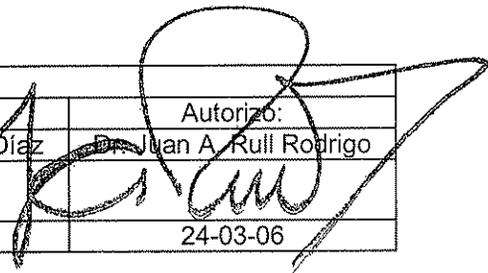
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

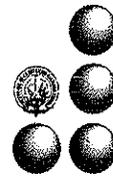
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 122
			DE: 185

✓ Dependencia psicológica.

15. Dar especial consideración a los ancianos, niños y adictos ó dependientes.

16. Considerar el empleo de terapias adyuvantes invasivas (intervencionistas) y no invasivas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruil Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 123
			DE: 185

SECCION XVI. DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS.

GENERALIDADES

En la situación de enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no sólo para definirla, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son:

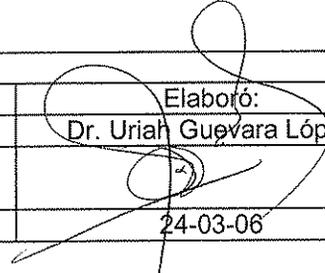
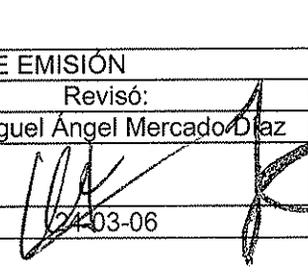
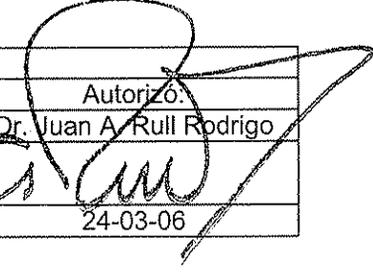
1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

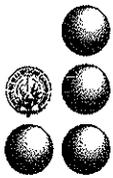
Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y de soporte, a los que debemos responder adecuadamente. El cáncer, SIDA, enfermedades de motoneurona, insuficiencia específica orgánica (renal, cardíaca, hepática, etc.), cumplen estas características, en mayor o menor medida, en las etapas finales de la enfermedad. Clásicamente la atención del enfermo de cáncer en fase terminal ha constituido la razón de ser de los Cuidados Paliativos. Es FUNDAMENTAL no etiquetar de enfermo terminal a un paciente potencialmente curable. Esta etapa viene marcada por un deterioro progresivo del estado general.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN ENFERMOS TERMINALES.

Astenia.	91%
Anorexia.	85%
Dolor.	82%
Pérdida de peso.	79%
Ansiedad.	69%
Depresión.	65%
Estreñimiento.	63%
Confusión.	22%

La agonía es indicador de una muerte inminente (horas, pocos días) que a menudo se acompaña de disminución del nivel de conciencia de las funciones superiores intelectivas, siendo una característica fundamental de esta situación el gran impacto emocional que provoca sobre la familia y el equipo terapéutico que puede dar lugar a crisis de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 124
			DE: 185

claudicación emocional de la familia, siendo básica su prevención y, en caso de que aparezca, disponer de los recursos adecuados para resolverlas.

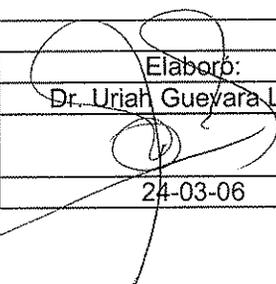
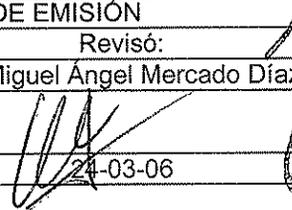
Durante esta etapa pueden existir total o parcialmente los síntomas previos o bien aparecer otros nuevos, entre los que destacan el ya mencionado deterioro de la conciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces agitación psicomotriz, trastornos respiratorios con respiración irregular y aparición de respiración estertorosa por acúmulo de secreciones, fiebre dada la elevada frecuencia de infecciones como causa de muerte en los pacientes con cáncer, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos) que puede ser causa de agitación en estos pacientes. En estos momentos es especialmente importante redefinir los objetivos terapéuticos, tendiendo a emplear cada vez menos medios técnicos para el control sintomático del paciente, y prestando más apoyo a la familia.

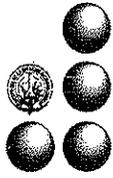
A continuación intentaremos sistematizar brevemente las diferentes indicaciones que se deben realizar.

URGENCIAS EN MEDICINA PALIATIVA.
Hemorragia Masiva.
Hipercalcemia.
Síndrome de Vena Cava Superior (SVCS).
Sofocación.
Obstrucción de las Vías Respiratorias.
Compresión Medular.
Convulsiones y Status Epilepticus.
Estados Confusionales.
Agitación terminal.
Crisis de Claudicación Familiar.

SOFOCACIÓN (Obstrucción o compresión aguda irreversible de vías respiratorias altas)

1. Es imprescindible la presencia física del profesional sanitario junto al paciente y la familia hasta el fallecimiento.
2. Sedación hasta conseguir la desconexión / inconsciencia del paciente:
 - ✓ Diazepam 5-20 mg rectal ó IV. midazolam 20-40 mg IM ó IV.
 - ✓ Pueden asociarse además escopolamina y morfina por vía parenteral.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 125
			DE: 185

3. Soporte emocional inmediato a los familiares.

HEMORRAGIAS MASIVAS (con compromiso vital inmediato)

1. Protocolo de actuación idéntico al anunciado en el apartado anterior.
2. Es conveniente tener preparadas toallas o sábanas de color verde o rojo si se prevee este tipo de desenlace.

CONVULSIONES

1. La primera crisis convulsiva produce siempre un gran impacto en la familia por lo que es importante conseguir su control lo más rápidamente posible.
2. Inicialmente pueden emplearse para controlar la primera crisis:
 - ✓ Diazepam IV 5-10 mg lento
 - ✓ Midazolam IV ó IM 10 mg, luego 10 mg IM ó SC cada hora si persisten las crisis.
3. Posteriormente se emplean anticonvulsivantes en dosis suficientes para mantener niveles plasmáticos terapéuticos (ejemplo: difenilhidantoína, valproato, midazolam).

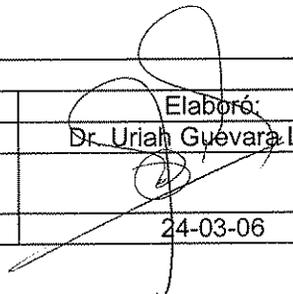
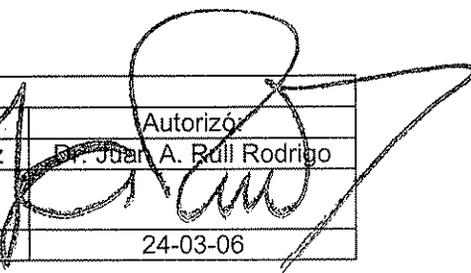
CRISIS DE CLAUDICACIÓN FAMILIAR

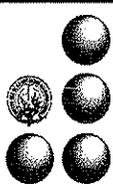
Tal como hemos apuntado ya en varias ocasiones, en el transcurso de la evolución pueden aparecer crisis de descompensación del enfermo y/o de sus familiares, en las que se acentúan los problemas o su impacto. Se trata de un desajuste de la adaptación, originado por una situación nueva o por la reaparición de problemas, que es importante saber reconocer porque dan lugar a muchas demandas de intervención médica o técnica, siendo de hecho la primera causa de ingreso hospitalario.

PROGRAMA EDUCACIONAL EN MEDICINA PALIATIVA.

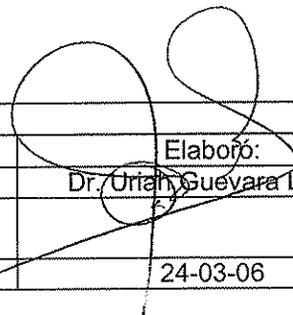
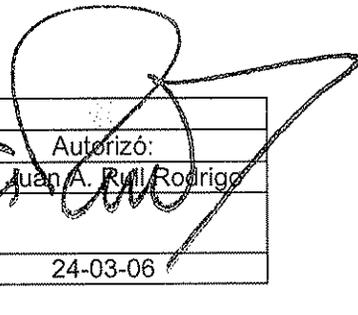
CONTENIDOS TEMATICOS:

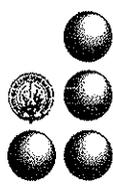
1. Introducción.
2. Conceptos generales y definiciones.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 126
			DE: 185

3. Filosofía de la Medicina Paliativa.
4. Derechos del enfermo terminal.
5. Objetivos de los Programas de Medicina Paliativa.
6. Calidad de vida.
7. Muerte, morir y duelo.
8. Comunicación e información.
9. Atención a la familia.
10. ¿Cómo dar las malas noticias en Medicina?
11. Síntomas Neuropsiquiátricos.
12. Síntomas Neurológicos.
13. Síndromes Bioquímicos y Metabólicos.
14. Síntomas Respiratorios.
15. Síntomas Digestivos y Gastrointestinales.
16. Síntomas Urinarios.
17. Síntomas Hematológicos.
18. Hemotransfusión en Medicina Paliativa.
19. Embolización, Endoscopia, Radiología intervencionista y Láserterapia en Medicina Paliativa.
20. Otras alternativas de manejo sintomático (Quimio, Radio, Hormonoterapia, Radio fármacos, Cirugía, punciones evacuadoras).
21. Manejo de ascitis y linfedema.
22. Cuidados de la piel.
23. Fisioterapia.
24. Manejo de úlceras, fístulas, estomas.
25. Estilo de vida en el paciente terminal.
26. Urgencias en Medicina Paliativa.
27. Mezclas farmacológicas y vías de administración en Medicina Paliativa.
28. Cuidados en la agonía.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 127
			DE: 185

29. Síndrome de Burnout.
30. Criterios de terminalidad en pacientes no oncológicos, y abordaje terapéutico.

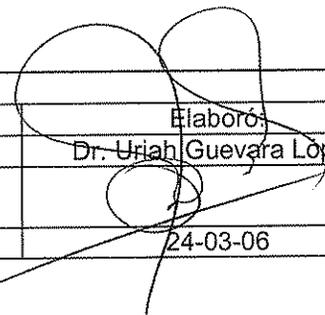
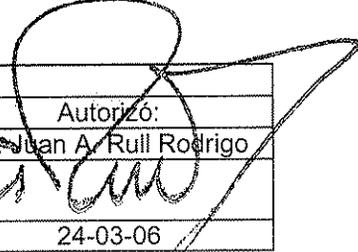
OBJETIVOS GENERALES:

1. Explicar el concepto de Medicina Paliativa y enfermedad terminal; definiciones, filosofía e implicaciones bioéticas y psicosocioculturales.
2. Plantear los criterios clínicos para el diagnóstico de terminalidad.
3. Aprender a evaluar de forma precisa e integral la sintomatología acompañante de la enfermedad terminal.
4. Establecer diagnósticos diferenciales en circunstancias clínicas diversas.
5. Tratar con oportunidad y eficacia los síntomas en el enfermo terminal.
6. Desarrollar destrezas y habilidades para ajustar el tratamiento a las diferentes fases de la enfermedad terminal.
7. Manejar algoritmos de actuación en el manejo de síntomas en la enfermedad terminal; incluidas situaciones de crisis o urgencia.
8. Desarrollar habilidades de comunicación con el enfermo terminal y su familia.
9. Aprender a manejar las fases de agonía y duelo.
10. Realizar una labor holística e integradora con el resto del equipo multidisciplinario.

METODOLOGIA:

Se proponen varias alternativas para la consecución de los objetivos generales del curso:

1. Clases y seminarios. Los alumnos deberán tener una participación activa, y aportar información relevante y actualizada.
2. Revisión bibliográfica sistemática. Que mantenga el nivel de información a la vanguardia.
3. Análisis de casos clínicos. En los que se aplicarán los conocimientos y habilidades adquiridas, y se realice una verdadera integración de las áreas clínica, psicoafectiva y sociocultural.

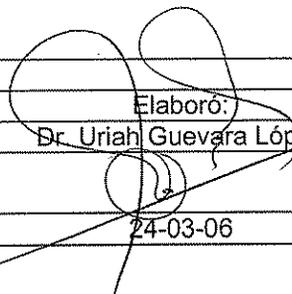
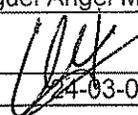
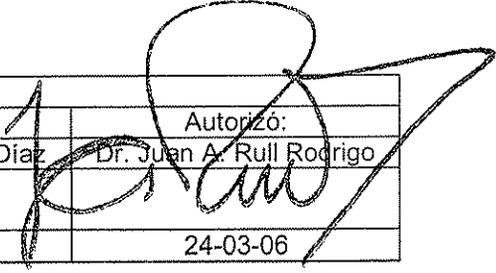
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 128
			DE: 185

4. Consulta Paliativa. Se realizará ya se en el consultorio, o como visita domiciliaria; atendiendo a los pacientes que así lo requieran; en esta consulta se aplicarán diferentes instrumentos de evaluación validados mundialmente para esta población en particular.
5. Desarrollo de destrezas específicas para el alivio de síntomas (Ej. Manejo alternante de vías de administración, criterios de hidratación, de alimentación, cuidado de escaras y estomas etc.).

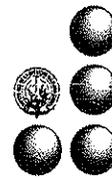
LECTURAS RECOMENDADAS:

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. Guía de cuidados paliativos. www.secpal.com. 1998.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



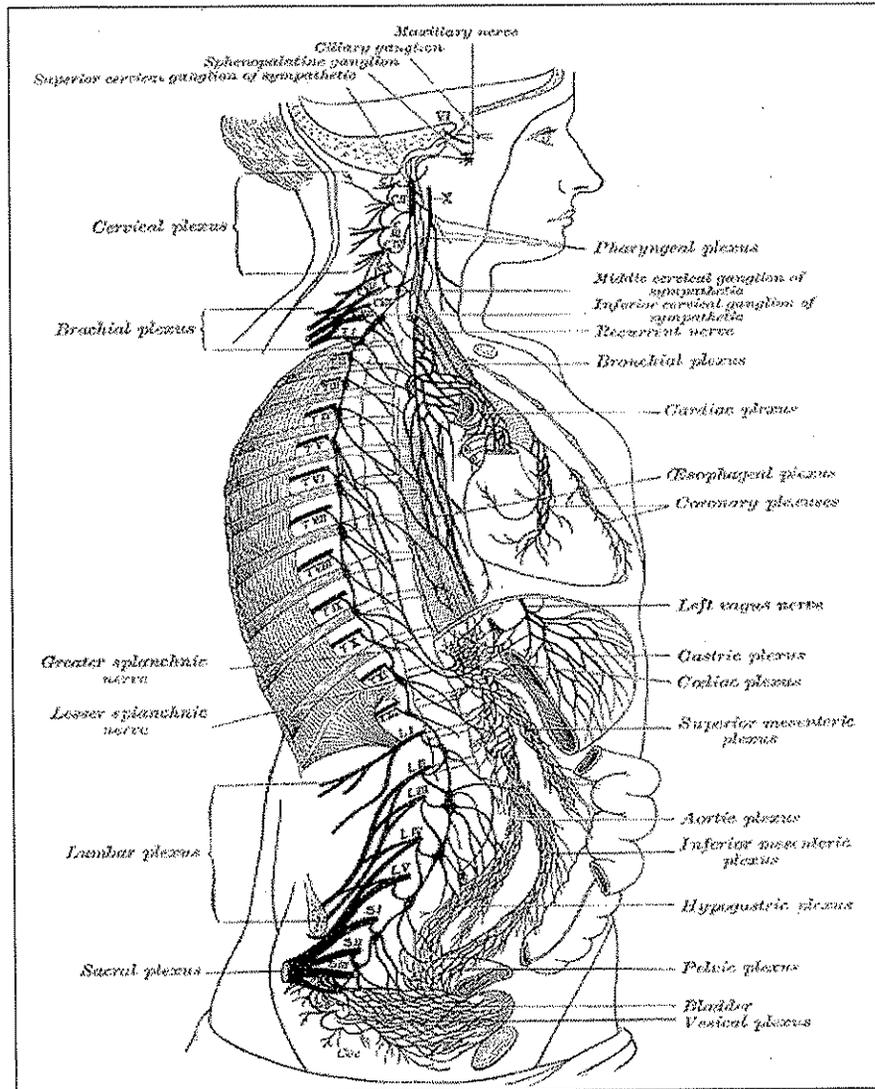
REV:

HOJA: 129

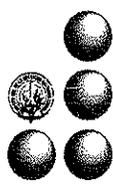
DE: 185

SECCION XVII. PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS.

SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 130
			DE: 185

INHIBICION QUIMICA DEL COMPONENTE SIMPATICO.

El sistema nervioso simpático contiene fibras eferentes y aferentes que entran ó salen de la médula espinal a nivel de T1 a S2. Las fibras aferentes se originan a partir de los órganos viscerales y de los vasos sanguíneos y pasan a través de la cadena simpática sin establecer sinapsis hasta llegar al asta dorsal de la médula espinal. Son responsables de los reflejos y sensaciones viscerales tales como náuseas, hambre y distensión vesical, también del dolor cólico, de la contracción uterina y el dolor isquémico como en la angina o el dolor en reposo de extremidades isquémicas.

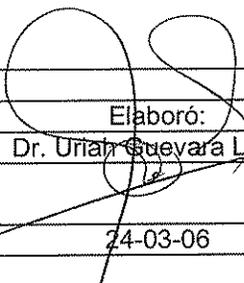
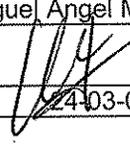
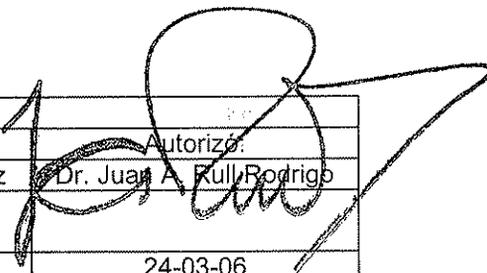
Indicaciones más frecuentes del Bloqueo Nervioso Simpático:

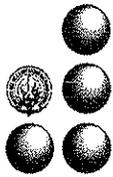
- * Enfermedad vascular periférica de extremidades podálicas y torácicas.
- * Dolor visceral mediado por estas estructuras nerviosas ejem: (pancreatitis ó cáncer).
- * Síndrome doloroso Regional Complejo de mantenimiento simpático.
- * Dolor por herpes zoster.
- * Vasoconstricción arterial aguda (Vgr. asociada a congelamiento ó embolismo arterial).

Puede ser transitorio (anestésicos locales) ó permanente (quasipermanente) con agentes neurotóxicos como el fenol ó el alcohol. Estos últimos no se recomiendan en la cadena simpática cervical por las complicaciones que pueden producir, salvo especiales situaciones y ejecutado por expertos.

Los nervios simpáticos pueden ser bloqueados a nivel de:

- 1.- La cadena ganglionar simpática cervical.
- 2.- La cadena ganglionar simpática torácica.
- 3.- Axis Celiaco, el cual es el único nivel del sistema nervioso simpático que tiene dos opciones anatómicas de abordaje: Bloqueo de nervios espláncnicos o bloqueo de plexo celiaco.
- 4.- La cadena ganglionar simpática lumbar.
- 5.- Del plexo hipogastrico superior
- 6.- Del ganglio Impar o ganglio de Walter.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Kull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 131
			DE: 185

En pacientes con tumores y/o procesos post-cicatrísales, fibrótico, adherencial etc., deben considerar las alteraciones que puedan distorsionar la anatomía normal y en ocasiones hasta imposibilitar el adecuado abordaje técnico que impida el adecuado bloqueo.

Todos estos procedimientos requieren de ser ejecutados por manos expertas y con apoyo radiológico que puede ser RX simple, Fluoroscopia (de preferencia con brazo en C.) y/o TAC. Esto es de importante ayuda para disminuir la morbilidad de la técnica y poder obtener los mejores resultados terapéuticos.

BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO

Anatomía:

El ganglio estrellado (nivel cervicotorácico) es el más caudal de los tres ganglios de la cadena simpática cervical. La cadena simpática cervical yace sobre la fascia prevertebral en el cuello. El primer ganglio ó cervical superior se encuentra a nivel de C2-3, el ganglio medio a nivel de C5-C6 y el estrellado a nivel de C7, entre la apófisis transversa y el cuello de la primera costilla.

Indicaciones:

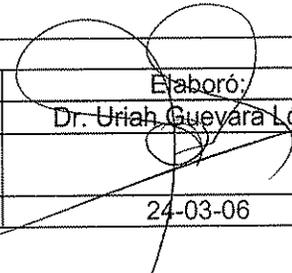
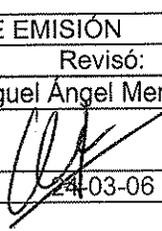
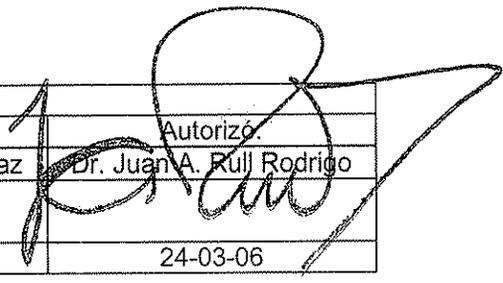
- * Fenómeno de Raynaud.
- * Síndrome Doloroso Regional complejo (De mantenimiento simpático)
- * Para aliviar cuadros de vasoconstricción arterial en la extremidad superior, agudo, crónico agudizado (Vgr. Congelamiento, microcirugía, vasculitis) etc.
- * Herpes zoster (en base de cuello y miembro torácico).
- * Hiperhidrosis.

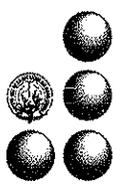
Efectos difusos del bloqueo del ganglio estrellado:

1. Dilatación de los vasos sanguíneos de la cabeza, cuello y extremidad torácica (en algunos pacientes causa congestión de la nariz ipsilateral).
2. Ausencia de sudoración en la misma área.
3. Constricción de la pupila ipsilateral.
4. Ptosis del párpado superior ipsilateral.

(Los tres últimos puntos integran el síndrome de Claude Bernard-Horner y traducen un bloqueo exitoso).

Este sistema ganglionar se continúa con los niveles ganglionares de inervación descendente que inerva otras

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 132
			DE: 185

estructuras que incluyen corazón, tiroides y cuerpo carotídeo, con un impacto insignificante, por no ser un abordaje directo y no selectivo salvo en el caso de un bloqueo bilateral, que no se recomienda.

No se emplean neurolíticos debido a la proximidad del plexo braquial, el nervio frénico y otras estructuras vitales del cuello salvo en contadas ocasiones y en manos expertas, por lo que se emplean anestésicos locales repetidamente con el objeto de intentar romper el círculo vicioso que causa el dolor. Puede intentarse un bloqueo continuo con la instalación de un catéter.

Posición del Paciente:

Decúbito dorsal con la cabeza elevada y extendida como para la intubación endotraqueal.

Relaciones Anatómicas

1. Cartílago cricoides (que se encuentra a nivel de la 6a vértebra cervical) y la tráquea.
2. El músculo esternocleidomastoideo.
3. La arteria Carótida.
4. La apófisis transversa de C6 que se palpa entre (2) y (3) lateralmente y (1) medialmente.

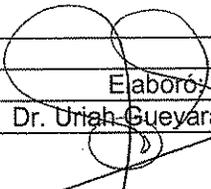
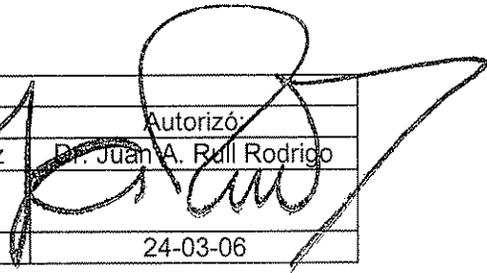
Técnica:

Con dos dedos de la mano no dominante se palpa la apófisis transversa de C6 y se mantiene inmóvil la piel. Se inserta una aguja entre la tráquea medialmente y el esternocleidomastoideo y la arteria carótida lateralmente. Se le dirige en sentido perpendicular a la piel hasta contactar hueso (apófisis transversa C6, a nivel del tubérculo de Chasseinag). Si se encuentra resistencia irregular que no corresponda claramente a hueso, puede hallarse la aguja. (*incluido el Vago) en contacto con el ligamento interespinoso o con la inserción del músculo largo del cuello. Debe retirarse y reinsertarse la aguja hasta chocar con el hueso, se sostiene con firmeza mientras un ayudante ajusta una cánula flexible unida a la jeringa. En general preferimos y se recomienda efectuar este procedimiento bajo el control radiológico (fluoroscopia) con brazo en "C" y la aplicación de medio de contraste con medio radioopaco, para verificar la adecuada distribución del medio de contraste.

Fármacos:

Después de aspirar y verificar que no hay salida de líquido hemático, con todo cuidado inyecte 10 ml de lidocaína al 1%; bupivacaína al 0.25% ó equivalentes.

Las soluciones más diluidas son también efectivas, pero duran menos tiempo; para asegurar el bloqueo simpático de la extremidad torácica, son necesarias dosis mayores. El éxito del procedimiento se indica por el rápido inicio (5 min.)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Gueyara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

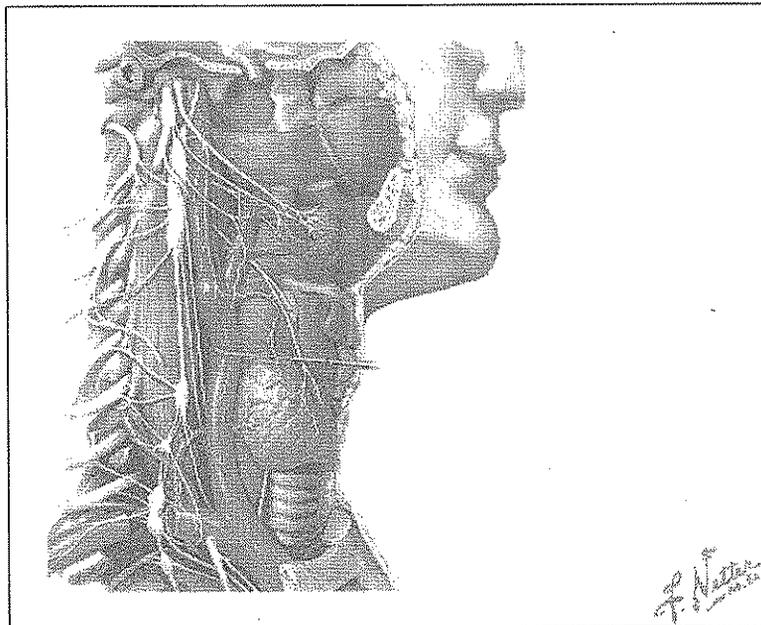
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 133
			DE: 185

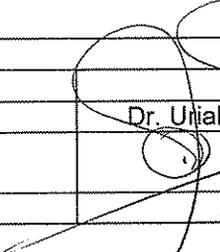
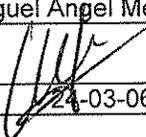
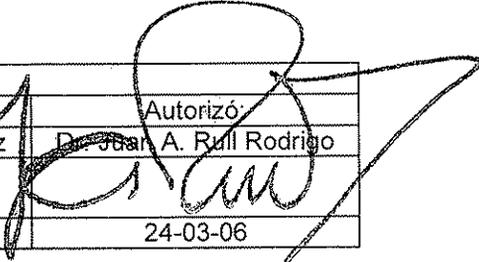
del síndrome de Claude Bernard Horner y por presencia de las venas dilatadas en la extremidad superior correspondiente.

Complicaciones:

- *Bloqueo del nervio frénico ó laríngeo recurrente. Provoca síntomas menores como disfagia y ronquera, que aparecen comúnmente cuando se asocia con el empleo de volúmenes altos (20 ml).
- *Inyección en la arteria vertebral. Causa importante reacción tóxica proporcional a la dosis, ya que el fármaco llega directamente al cerebro y, se evidencia por el reflujo de sangre a través de la aguja, y los consecuentes datos neurológicos proporcionales.
- *Inyección intraespinal. Epidural o subaracnoidea con los efectos ya conocidos.
- *Punción carotídea o yugular.
- *Hematomas en cuello.

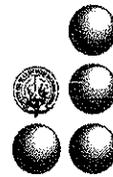
ESQUEMA DE LA ANATOMIA SIMPATICA CERVICAL.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

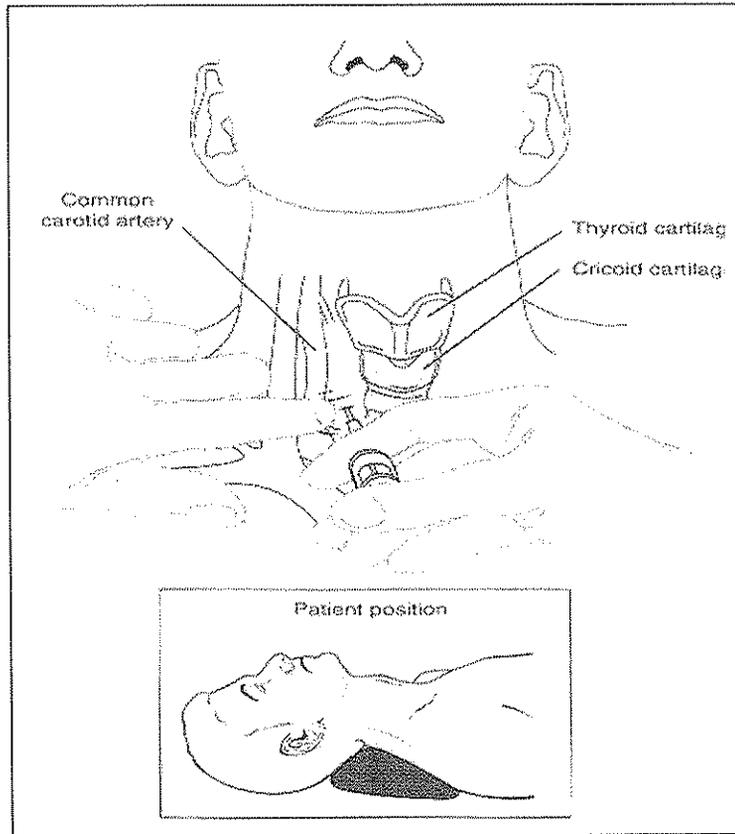


NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:
 HOJA: 134
 DE: 185

BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO
TECNICA DE ABORDAJE PARATRAQUEAL Y RELACIONES ANATOMICAS



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

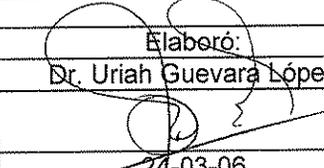
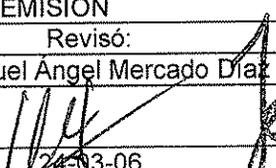


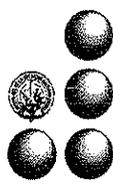
BLOQUEO DEL AXIS CELIACO

Este es el único nivel del sistema nervioso autónomo en el humano, que por sus características de su anatomía topográfica ofrece al experto ejecutor de estos procedimientos el bloquear dos diferentes estructuras para un fin semejante de alivio del dolor de las viseras del hemiabdomen superior que son inervadas por esta estructura del sistema nervioso simpático. Estas dos opciones consisten en el bloqueo de los nervios esplácnicos o el bloqueo del plexo celiaco.

Existen diferentes técnicas para efectuar el bloqueo de uno u otro nivel del axis celiaco, se numeran unas y otras pero solo se describirán las técnicas clásicas de abordaje respectivamente. Las técnicas descritas en la literatura son:

1. Para el Bloqueo de los nervios esplácnicos
 - a. Retrocrural supradiafragmático
 - b. Transaórtico
 - c. Anterior percutáneo
 - d. "Interpleural"

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 136
			DE: 185

2. Para el Bloqueo del Plexo Celiaco
 - a. Clásico Paraórtico
 - b. Transvascular
 - c. Transoperatorio
 - d. Anterior percutáneo

Las diferencias generales del Bloqueo los Nervios Esplácnicos del Plexo Esplácnico versus Bloqueo del Plexo Celiaco son:

1. No sujeto a distorsión anatómica Tumoral ó por otras causas.
2. Útil en actividad metastásica retroperitoneal
3. Distribución precisa del volumen inyectado
4. Menores requerimientos del volumen inyectado
5. Necesidad de Familiaridad con la técnica.

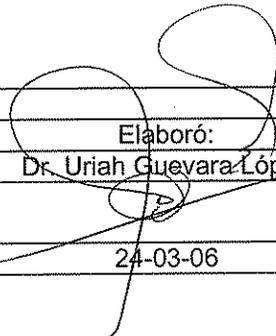
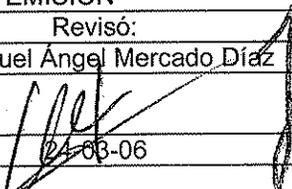
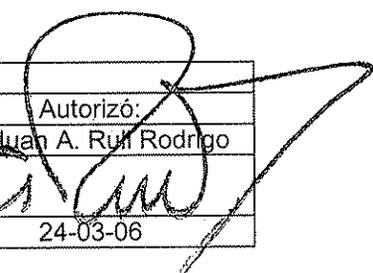
BLOQUEO DE LOS NERVIOS ESPLACNICOS.

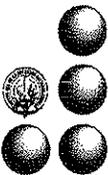
Anatomía:

Anatomía está constituido por tres nervios esplácnicos: El mayor formado por fibras simpáticas originado de los ganglios torácicos del 5º al 9º. Se localizan sobre los cuerpos vertebrales ocupando una posición anterolateral y medial en una proyección descendente. Entran en el abdomen atravesando los pilares diafragmáticos para confirmar y constituir el plexo celiaco. El esplácnico menor se forma por los ganglios 10º y 11º y el inferior por el 12º ganglio dorsal. Estos tres se relacionan entre sí al entrar en el abdomen a nivel de la parte anterior y superior de la 12ª vértebra torácica.

Indicaciones:

El Bloqueo del Axis Celiaco en sus dos modalidades (Bloqueo de Nervios Esplácnicos ó Bloqueo del Plexo Celiaco) proporciona alivio al dolor crónico, agudo o crónico agudizado de origen oncológico o no oncológico, de todas las viseras del hemiabdomen superior (Tercio Inferior del esófago, estomago tubo digestivo incluyendo parte del colon,

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 137
			DE: 185

hígado, riñones, vías biliares, bazo y páncreas). La indicación más frecuente de este procedimiento se encuentra reportada en dolor por pancreatitis aguda ó crónica y dolor visceral de origen oncológico.

Posición del Paciente:

Decúbito ventral, en algunos pacientes, ayuda una almohada debajo del abdomen.

Referencias Anatómicas:

Décima, onceava, doceavo cuerpo vertebral y duodécima costilla y línea media.

Técnica:

Se efectúa un habón dérmico a 8-10 cm. hacia afuera de la línea media inmediatamente por debajo de la duodécima costilla. La aguja se inserta en dirección cefálica y hacia la línea media a modo de contactar con la cara lateral del 11° y 12° vértebra dorsal. Mediante control radiológico se modifica la dirección de la aguja y se avanza hasta que se encuentre sobre el cuadrante anterosuperior del cuerpo a vértebra en la incidencia lateral y dentro de los límites del cuerpo vertebral en la proyección radiológica posteroanterior ; en la proyección radiológica lateral se verifica la profundidad de las agujas, justo en la cara anterolateral del cuerpo vertebral en el 1/3 superior de T12, en el cuerpo T11 o 1/3 inferior de T10. Se aplica medio de contraste para verificar que se encuentra en el sitio adecuado evitando la inyección intravascular, salvo que se elija la realización de la técnica transvascular. Si el contraste permanece en estrecha relación con el cuerpo vertebral en espacio correspondiente, entonces puede inyectarse 5-6 ml de fenol al 6-10% por cada aguja en cada lado.

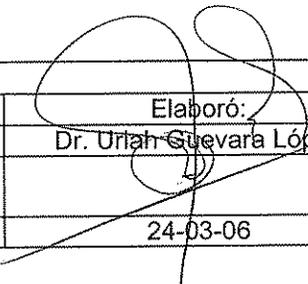
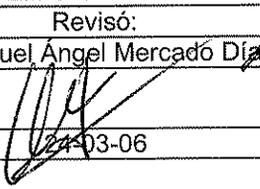
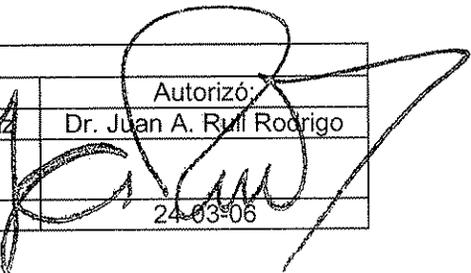
Fármacos:

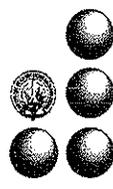
Lidocaína 10-15 ml al 1% ó bupivacaína al 0.25%. Generalmente es necesario inyectar bilateralmente ó colocar un catéter para administración continua.

Complicaciones:

- Las consecutivas a inyección del fármaco en un sitio diferente con consecuencias proporcionales al lugar de aplicación (vascular, linfático, intraperitoneal, interfascial, intravascular).
- Hipotensión ortostática.

Algunos autores prefieren y/o recomiendan el emplear la TAC como soporte para el control durante de la ejecución del

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 138
			DE: 185

procedimiento particularmente para los abordajes del bloqueo de nervios espláncnicos a nivel de T12-T11 o T11-T10, así como también para el acceso por vía anterior con agujas de Shiva.

BLOQUEO DEL PLEXO CELIACO.

Anatomía:

Se encuentra localizado en el espacio retroperitoneal en el abdomen superior, a nivel de la cara anterolateral las vértebras T12 y L1, por delante de los pilares del diafragma. Rodea la aorta abdominal y las arterias celiaca y mesentérica superior. Es una red de fibras simpáticas y parasimpáticas y dos grandes ganglios celiacos uno a cada lado. Se conectan a él plexos secundarios como el hepático, el gástrico, el esplénico, el renal y suprarrenal.

Indicaciones:

1. Mismas indicaciones del Bloqueo de nervios espláncnicos
2. Dolor debido a pancreatitis aguda ó crónica.
3. Dolor visceral de origen oncológico.
4. Como adyuvante de la anestesia intercostal, epidural ó espinal para operaciones del abdomen superior (actualmente en desuso).

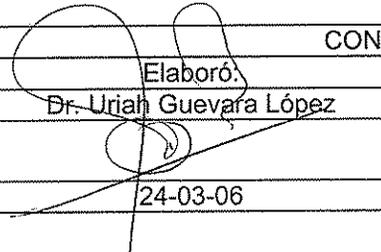
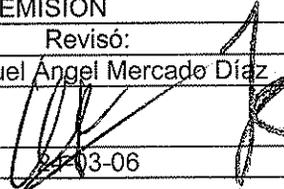
Técnica:

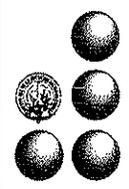
Posición del paciente, decubito ventral y en algunos pacientes puede ser de utilidad una almohada bajo el abdomen.

Referencias Anatómicas:

1. Duodécima costilla.
2. Apófisis espinosa de L1

Se emplea una aguja de 10-15 cm. de largo calibre 18-20. Se hace un habón dérmico a 8 cm. o más, dependiendo de la constitución física de cada paciente, por fuera de la línea media a nivel del borde inferior de la 12a. costilla. Este punto debe corresponderse con L1. Se inserta en dirección medial formando un ángulo de 45° para eludir la apófisis transversa y contactar con la cara lateral del cuerpo vertebral de L1. Posteriormente se rectifica la posición angulando la un poco para pasar por la cara lateral del cuerpo vertebral hasta alcanza su porción anterolateral. Se avanza 2-3 cm y se verifica la posición radiológicamente. El extremo debe estar a 1-2 cm por delante del cuerpo vertebral, ayudándonos con la en la incidencia lateral para confirmar la profundidad de las agujas, verificando su ubicación

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevafa López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 139
			DE: 185

retroperitoneal en el nivel adecuado con la incidencia posteroanterior se confirma la adecuada dirección de las agujas. Debe vigilarse la punción inadvertida de la aorta en el lado izquierdo y de la cava inferior del lado derecho. Se aplica y confirma la distribución con 1-2 cm de medio contraste, el cual debe permanecer cerca del cuerpo vertebral en el espacio retroperitoneal de ese nivel.

Fármacos y dosis:

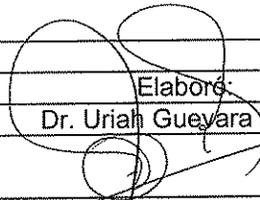
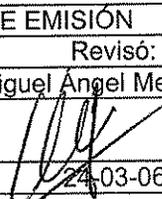
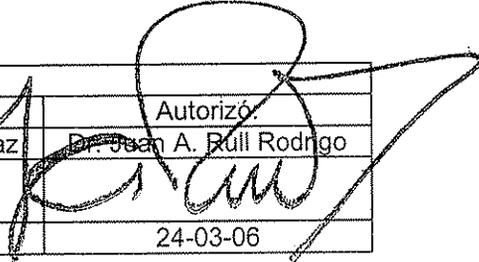
Cuando se tiene la finalidad diagnóstica o pronóstica, se aplican 20 ml. de lidocaína al 1% (10 ml promedio por cada aguja) o; 20 ml de bupivacaína al 0.25%(10 ml. promedio por cada aguja). Lo común es realizar el procedimiento bilateralmente pero si se aumenta el volumen, este es capaz de cruzar la línea media, lo que se verifica empleando contraste junto con el anestésico.

Neurolysis:

Se emplea más frecuentemente alcohol al 50%, 25 ml por lado ó 40 ml por lado si se observa difusión bilateral. Se deben administrar 5-10 ml. de lidocaína esperando 5 min. Antes de administrar el alcohol, de lo contrario el paciente presenta un dolor intenso. Otra alternativa es emplear fenol al 6-10%, lo cual requiere de volúmenes menores de 10-12 ml. por lado. Es recomendable agregar medio de contraste a las sustancias para apreciar la difusión, y distribución del volumen aplicado.

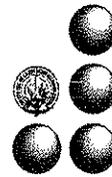
Complicaciones:

1. Las relacionadas con una posición incorrecta de la aguja (intraespinal, intraperitoneal, intramural, intramuscular, intravisceras ó vasos de gran calibre, o de un ducto torácico).
2. Hipotensión: Es particularmente en el ortostatismo y puede durar hasta tres días hasta que se compense, se trata con aumento líquidos orales, reposo en cama y evitando cambios posturales bruscos.
3. Dolor lumbar debido a traumatismo local, irritación etílica del psoas ó compromiso del plexo lumbar.
4. Hemorragia retroperitoneal.
5. Vasodilatación severa por absorción masiva con hipertensión pulmonar, hipoxia y paro cardíaco.
6. Incremento de la movilidad intestinal.
7. Disminución en la potencia sexual
8. Dolor pleurítico o neumotórax, y finalmente la literatura reporta casos de paraplejia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 140

DE: 185

BLOQUEO DE PLEXO CELIACO.

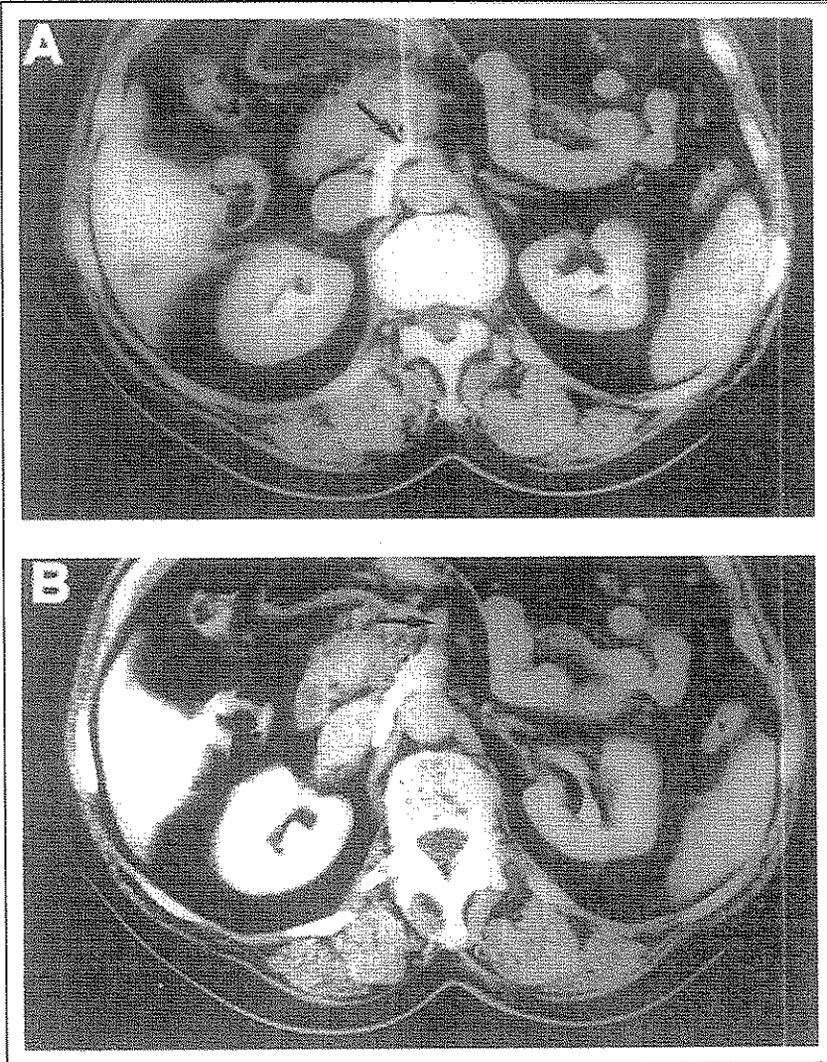
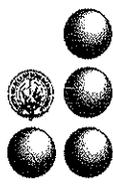


IMAGEN TOMOGRAFICA EN LA CUAL SE MUESTRA EL PLEXO CELIACO (FIGURA A, FLECHA) Y LA DISEMINACION DEL FARMACO HACIA LA ARTERIA MESENTERICA (FIGURA B, FLECHA).

CONTROL DE EMISIÓN		
Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma		
Fecha 24/03-06	24/03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 141
			DE: 185

BLOQUEO GANGLIONAR DEL SIMPATICO LUMBAR

Anatomía:

La cadena simpática se localiza sobre la parte antero-externa de la columna vertebral. En la región lumbar se encuentra sobre el borde interno del psoas, en el espacio retroperitoneal, por detrás de la aorta en el lado izquierdo y por detrás de la vena cava inferior en el lado derecho, los principales ganglios se localizan a nivel de L2-L3.

Indicaciones:

1. Dolor secundario a insuficiencia arterial en miembros podálicos.
2. Síndrome doloroso regional complejo, simpático dependiente.
3. Dolor visceral en región abdominal baja.
4. Algunos síndromes dolorosos de tipo oncológico localizados en miembros inferiores.

Posición del Paciente:

Decúbito lateral con el lado a bloquear hacia arriba, ó decúbito ventral para el abordaje bilateral.

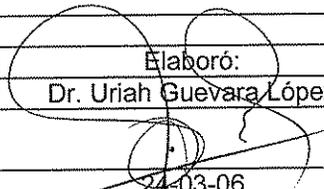
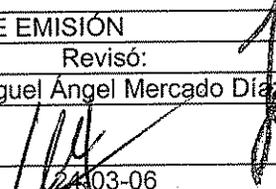
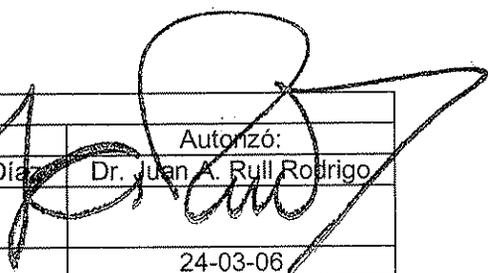
Relaciones Anatómicas:

1. Línea media de la región lumbar.
2. 12ª costilla.
3. Cresta ilíaca.
4. Nivel de L2-L3.

Técnica:

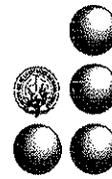
Se realiza bajo anestesia peridural con catéter continuo o analgesia regional por infiltración. Se hace un habón dérmico a 8-10 cm. de la línea media, aproximadamente a la mitad del camino entre L2-L3. SE inserta una aguja larga (15cm.) que se orienta hacia adelante y hacia la línea media en un ángulo de 45° con la piel. Una vez que se percibe el cuerpo de L2, L3 ó la apófisis transversa de éstos, se cambia la dirección de la aguja con una orientación menos medial para deslizarla por la cara lateral de L2 ó L3, más allá del cuerpo vertebral, hasta alcanzar la cara anterolateral del cuerpo vertebral.

El control de este procedimiento puede ejecutarse con TAC o con RX y fluoroscopia, tradicionalmente se realiza bajo control fluoroscópico y/o radiográfico preferentemente con equipo de RX (brazo en C), el cual mostrará en la incidencia lateral la profundidad de la punta de la aguja, inmediatamente por detrás del borde anterior del cuerpo vertebral. La incidencia posteroanterior muestra la posición de las puntas de las agujas medialmente al borde lateral

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



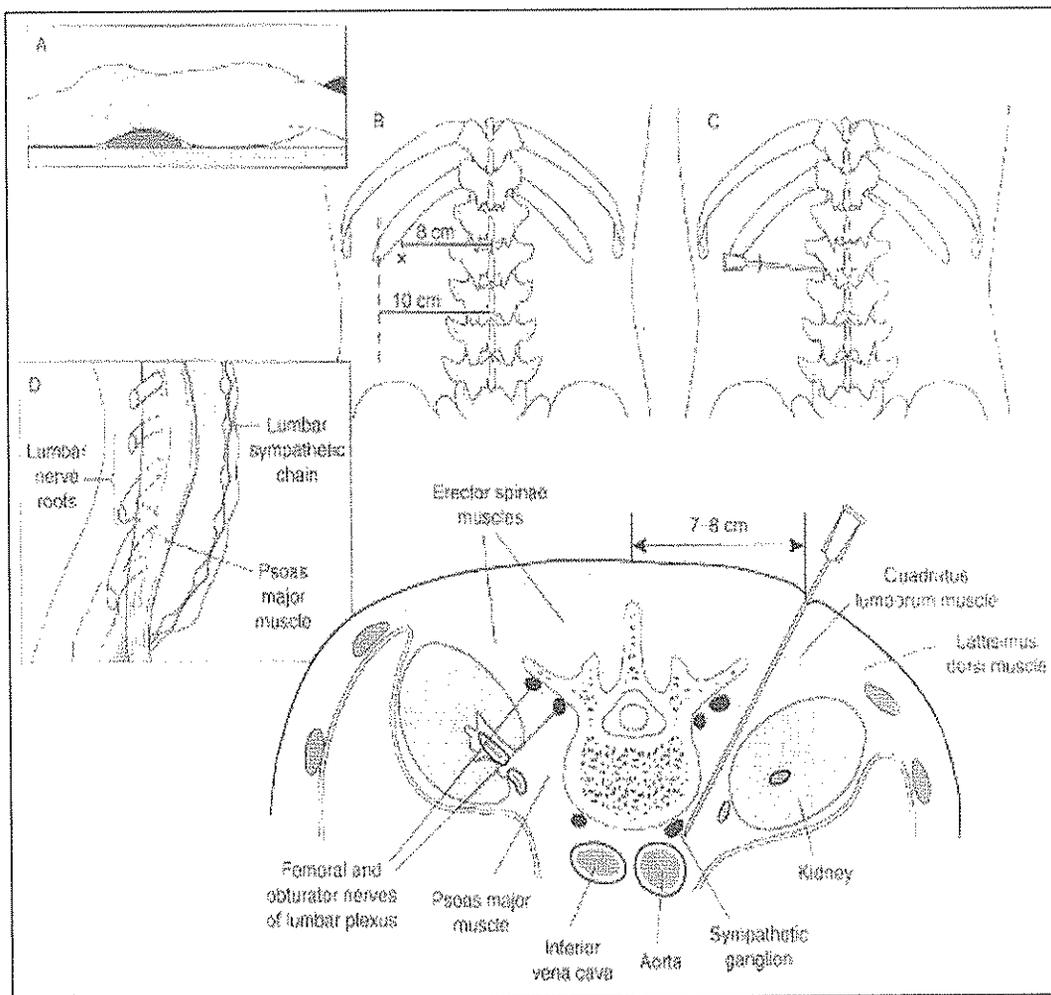
REV:

HOJA: 142

DE: 185

del cuerpo vertebral. Después de verificar la posición de la aguja se emplea medio de contraste aplicándolo bajo control fluoroscópico, el medio de contraste debe permanecer cerca de la parte anteroexterna del cuerpo vertebral. Una sola inyección de 2-5ml de cada lado cubre de dos a tres vértebras.

TECNICA DE BLOQUEO SIMPATICO LUMBAR.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 143
			DE: 185

Explicación a una posición incorrecta:

1. Si el material de contraste se extiende lateral y distalmente a la vértebra, la punta de la aguja se encuentra en el músculo psoas, por lo tanto debe reinsertarse más medial hasta corregirse y lograr una exacta posición.
2. Si el contraste se aprecia en forma difusa hacia adelante de la vértebra, la punta de la aguja se encuentra en la cavidad intraperitoneal.
3. Si el contraste se fuga por las venas paravertebrales se encuentra en posición intravenosa.
4. Si el medio de contraste delinea un vaso y desaparece rápidamente se encuentra intraarterial.
5. Si se observa el contraste entre vértebras adyacentes, se encuentra dentro de la sustancia del disco intervertebral.

Fármacos y dosis:

Bloqueo transitorio: 10ml de bupivacaína al 0.25% ó lidocaína al 1%. Puede emplearse un catéter para infusión continua.

Bloqueo permanente: 10ml de fenol al 6-10%(cubre 2-3 vértebras) en cada aguja, en algunos casos autores prefieren la inyección bilateral con 2 ó 3 agujas.

Complicaciones:

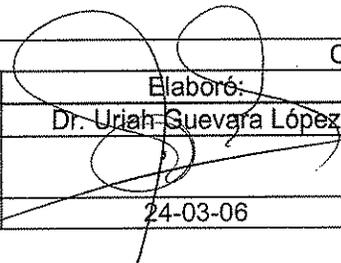
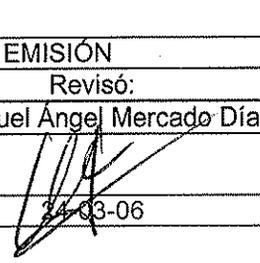
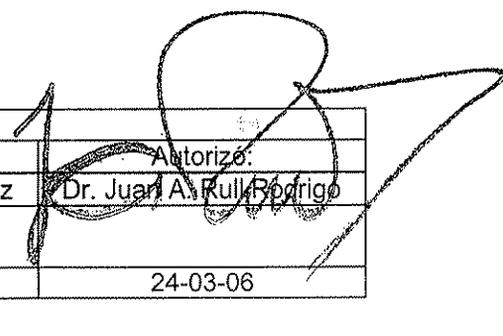
*Inyección en un sitio incorrecto antes mencionado. El empleo radiológico es obligado debido al efecto desastroso de la inyección accidental en el espacio subaracnoideo, o en otros territorios antes referidos.

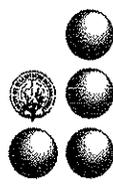
1. Inyección del psoas: Puede bloquear las fibras posganglionares simpáticas, sin embargo no se destruyen los ganglios y se asocia con neuritis somática de los nervios del plexo lumbar.
2. Hipotensión arterial transitoria

BLOQUEO DEL PLEXO HIPOGASTRICO SUPERIOR

Anatomía:

Los músculos del piso pélvico, la pared abdominal y sus fascias, los ligamentos sacros y tejido perióstico, están involucrados en el dolor pélvico a menudo con puntos gatillo, debilidad muscular importante y sobreestiramiento de músculos y ligamentos, así como cambios sensoriales en los tejidos subyacentes. Estas estructuras anatómicas están innervadas por nervios somáticos periféricos originados a nivel del eje lumbosacro.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Suevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 144
			DE: 185

La inervación visceral procede en su mayor parte del plexo hipogástrico superior (conocido como plexo o nervio presacro), el cual está formado por las confluencias de la cadena simpática, con nervios esplánicos provenientes de L3-L4, y las ramas del plexo nervioso aórtico perivascular (que contiene fibras provenientes del plexo celíaco y mesentérico inferior).

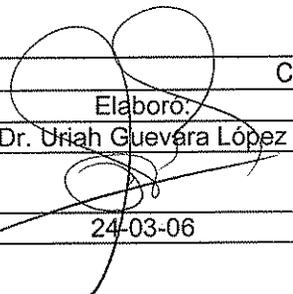
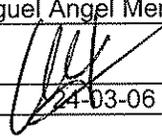
Adicionalmente recibe fibras parasimpáticas que se originan de las raíces ventrales de S2 a S4 (nervios pélvicos ó <<nervi erigentes>> y llegan desde el plexo hipogastrico inferior, al superior.

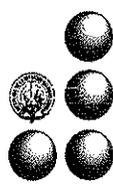
Este plexo está localizado en el retroperitoneo dentro del tejido conectivo laxo, anterior a la porción inferior del cuerpo de la quinta vértebra lumbar, el promontorio sacro y la porción superior de la primera vértebra sacra. Sus relaciones anteriores incluyen, la bifurcación de la aorta, las arterias ilíacas comunes, la vena renal izquierda y los vasos sacros medios.

El plexo hipogástrico superior se divide en nervios hipogástricos derecho e izquierdo, que descienden lateralmente al colon sigmoide y a la unión rectosigmoidea hasta alcanzar los dos plexos hipogástricos inferiores. El plexo hipogástrico superior de ramas a los plexos uretérico y testicular (u ovárico), el colon sigmoide y el plexo que rodea las arterias ilíacas comunes e ilíacas internas (hipogástricas). El plexo hipogástrico inferior es una estructura bilateral situada sobre cada lado del recto, la parte baja de la vejiga, próstata y vesículas en el hombre, o útero y vagina en la mujer.

En contraste con el plexo hipogástrico superior, el cual esta situado en un plano predominantemente longitudinal, la configuración del plexo hipogástrico inferior está orientado más transversalmente, extendido posterior y anteriormente paralelo al piso pélvico. Los plexos hipogástricos inferiores proveen de inervación a las visceras pélvicas, genitales internos, formando otros plexos subsidiarios (los plexos superior y medio rectal, vesical prostático y úterovaginal).

Como se desprende de los descrito anteriormente, el síntoma de dolor pélvico es muy difícil de interpretar sin un conocimiento anatómico y examen físico e imageneológico detallado, ya que la pelvis contiene múltiples y complejas estructuras viscerales y somáticas que son inervadas en forma extensa y cruzada. Ello incrementa las fuentes potenciales de generación de impulsos dolorosos en el paciente agudo, pero particularmente cuando el proceso etiológico es por cáncer ginecológico, que tiende a extenderse localmente por invasión directa o metastásica a los nódulos linfáticos regionales.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 145
			DE: 185

Técnica:

Por la posición requerida y las molestias producidas por la manipulación con agujas, el bloqueo neurolítico del plexo hipogástrico superior puede ser realizado bajo analgesia epidural con 8-10 ml de lidocaína 1%, con el fin de mejorar la colaboración del paciente. Cuando se trata de la evaluación diagnóstica acerca de la respuesta del paciente al bloqueo, se recomienda administrar anestesia local con infiltración de los planos musculares.

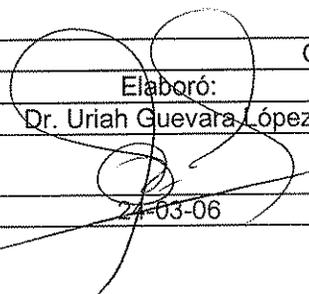
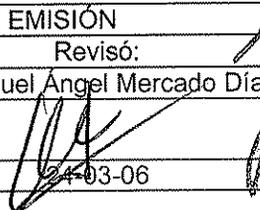
El paciente asume la posición prona colocando una almohada debajo de la pelvis con el fin de aplanar la lordosis lumbar. Se coloca un habón cutáneo 5 a 7 cms. por fuera de la línea media en el nivel L5, y con una aguja 22 G de bisel corto, de 7 pulgadas de longitud y preferentemente provista de un marcador móvil de profundidad, se realiza la punción a través del habón cutáneo con dirección a la línea media. Se dirige la aguja con una orientación caudal de 30m grados, y medial de 45 grados, con la punta dirigida hacia la parte anterolateral de la porción inferior de L5. La progresión de la aguja en la dirección indicada puede estar obstruida por la cresta ilíaca o por la presencia de megapósis transversa de L5, en cuyo caso es necesario modificar la inclinación de la aguja hasta encontrar el paso necesario, o en caso dado emplear otro sitio de entrada más cefálico que la trayectoria descrita.

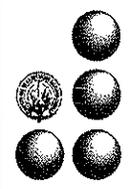
Se progresa entonces con la punta de la aguja hasta la superficie anterolateral de la porción inferior del cuerpo de la vértebra L5. Si esta choca con el cuerpo vertebral, se puede hacer un leve esfuerzo para que la aguja avance suavemente. Si esto no es posible, la aguja se retira y se redirige ligeramente menos medial son alterar su inclinación cefalocaudal, deslizando y avanzando por la superficie del cuerpo hasta que la punta sobrepase ligeramente el borde vertebral.

Luego se avanza la punta de la aguja cerca de 1 cm más allá de la profundidad a la que tocó el borde vertebral, y en este punto de menor resistencia puede sentirse un chasquido, indicando que la punta de la aguja ha atravesado los planos de la fascia paravertebral y del musculo Psoas, encontrándose entonces en el espacio retroperitoneal del nivel correspondiente. La aguja contralateral se inserta de igual manera, usando la trayectoria indicada y la profundidad de la primera aguja como una guía.

Durante el paso de la aguja se debe utilizar continuamente la fluroscopia en dos planos, con el fin de verificar su colocación. Las proyecciones anteroposteriores demostrarán la localización de la aguja al nivel de la unión de las vértebras L5 y SI justamente más allá del margen lateral de las vértebras.

Se recomienda la inyección de 3-4 cc de medio de contraste soluble a través de cada aguja, con el fin de verificar la exactitud de la colocación. En la vista Posteroanterior la difusión del medio de contraste debe ser confinado a la región

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 146
			DE: 185

media de la unión lumbosacra. En la vista lateral, se verá un contorno de plano posterior correspondiente a la fascia anterior del psoas indicando que la profundidad de la aguja es la apropiada.

Alternativamente, para la colocación de las agujas se puede utilizar la tomografía axial computarizada permitiendo la visualización de las estructuras vasculares, musculares y demás estructuras de esta área. En todos los casos, una vez colocadas las agujas se realizará una dosis de prueba con anestésico local con epinefrina para descartar localización intravascular nuevamente.

Debido a la proximidad de la bifurcación de los vasos ilíacos comunes, si hay punción vascular es posible que se presente hemorragia menor con formación de hematoma de resolución espontánea. La inyección intramuscular o intraperitoneal puede resultar de un cálculo inapropiado de la profundidad de la aguja, o falta de confirmación fluoroscópica. Estas y otras complicaciones menos probables (inyección epidural o subaracnoidea, lesión del nervio somático, punción ureteral punción de conductos linfáticos) pueden ser evitadas por la observación cuidadosa de la técnica.

Indicaciones:

El bloqueo del plexo hipogástrico puede utilizarse con fines diagnósticos y terapéuticos. También ha sido utilizado recientemente durante el transoperatorio con propósitos <<profilácticos>> de dolor. Para el bloqueo diagnóstico o pronóstico, se recomienda un volumen de 6 a 8 ml. de bupivacaina de 0.25% a través de cada aguja. Para bloqueos terapéuticos (neurolíticos) se ha recomendado utilizar un total de 6-10 cc de fenol 8-10% en solución acuosa a través de cada aguja, o algunos autores prefieren el uso con alcohol absoluto en el mismo volumen.

Resultados clínicos:

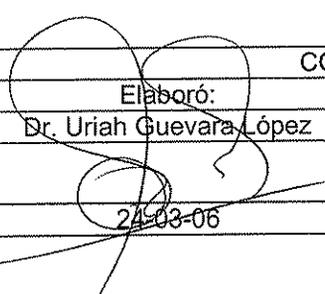
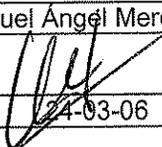
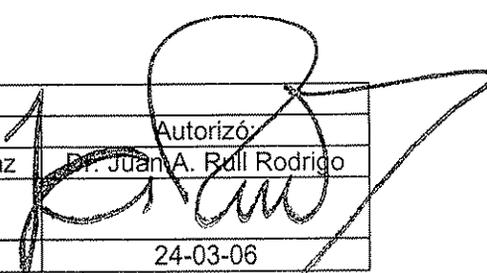
En el primer estudio publicado sobre neulolisis del plexo hipogástrico, 28 pacientes con dolor pélvico por cáncer (cérvix, próstata, testículo, plexopatía postirradiación) el dolor fue significativamente reducido (70% de alivio en casos de dolor visceral y somático) o eliminado todos los casos (dolor visceral o dependiente del simpático) en el seguimiento hasta un año.

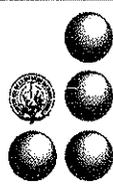
Resultados más recientes pero con semejantes alcances terapéuticos son reportados por otros autores.

BLOQUEO DE GANGLIO DE WALTER

Manejo del dolor perineal:

El dolor perineal puede estar asociado a lesiones pélvicas de origen maligno con o sin infiltración de los tejidos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 147
			DE: 185

perineales, y frecuentemente se puede presentar como dolor mediado por el simpático. Tiende a ser vago, no localizado y se acompaña de sensaciones de quemadura y manifestaciones de tenesmo y urgencia.

Aunque el ganglio impar (Ganglio de Walter) y sus conexiones son raramente descritos en detalle en la literatura anatómica, la región perineal recibe inervación de esta estructura que representa la unión distal de las dos cadenas simpáticas.

Aunque el objetivo del bloqueo de nervios en esta región ha sido enfocado tradicionalmente sobre la inervación somática, recientemente el bloqueo del ganglio impar ha sido introducido como un recurso alternativo del manejo del dolor neoplásico perineal de origen simpático).

Técnica:

El paciente es colocado en posición decúbito lateral y se hace un habón cutáneo, sobre el ligamento anococcígeo, justo arriba del ano. Se retira el mandril aguja espinal standar, 22 de 3 1/2 pulgadas, el cual se dobla manualmente en un ángulo de 25 a 30 grados, a una distancia de alrededor de una pulgada del extremo proximal, con la intención de facilitar la progresión de la punta de la aguja hasta la concavidad de la unión sacrococcígea.

La aguja es insertada a través del habón cutáneo con su concavidad orientada posteriormente bajo visión fluoroscópica en dos planos, hasta localizar la punta en la superficie anterior de la articulación sacrococcígea.

Durante esta maniobra la visión fluoroscópica debe ser continua, y preferentemente en el plano lateral, con confirmaciones repetidas en el plano Posteroanterior, ya que no es difícil desviarse de la línea media.

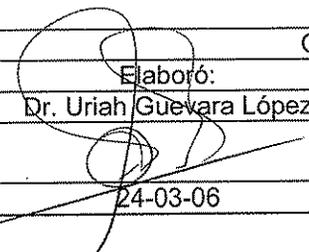
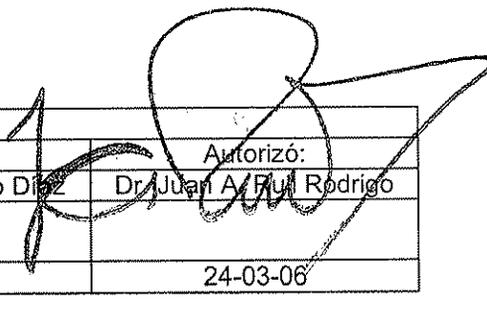
Adicionalmente se evitará el riesgo de perforación rectal al presentarse rotación anterior de la aguja.

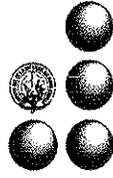
La posición retroperitoneal en la línea media debe ser confirmada mediante la inyección de 2 ml de medio de contraste, que dibuja el margen anterior de la articulación en forma de <<apóstrofe>> invertido. 4 ml. de lidocaina al 1% o bupivacaina al 0.25% son suficientes para propósitos de diagnóstico y pronóstico, o alternativamente, 4-6 ml. de fenol al 10%, o de alcohol absoluto son inyectados para bloqueo neurolítico terapéutico.

En la mayoría de las ocasiones la aguja es relativamente fácil de colocar, pero eventualmente la invasión local de tumor puede impedir el desplazamiento de soluciones inyectables. Es esencial la observación que la propagación de material de contraste restringido al retroperitoneo pues ocasionalmente puede haber extensión epidural de la solución.

Resultados clínicos:

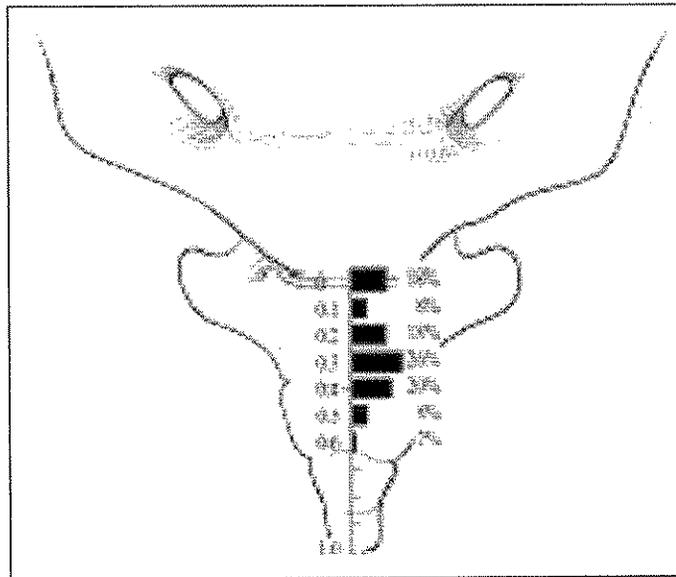
La efectividad de este procedimiento en pacientes con cáncer fue evaluada en 16 pacientes con cáncer avanzado de colon, recto, cérvix y vejiga con alivio completo del dolor en el 50% de los pacientes (proctalgia, dolor vaginal, ardor

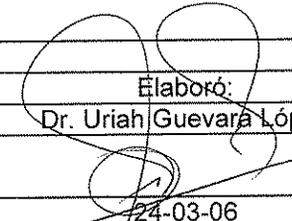
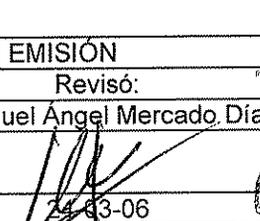
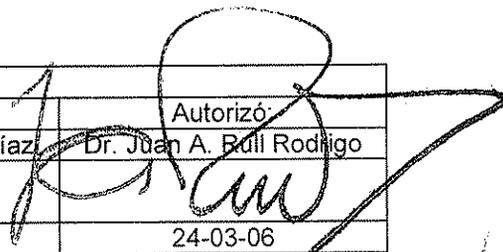
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

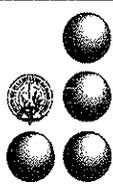
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 148
			DE: 185

perineal), obteniendo en los demás pacientes entre un 60 y 90% de mejoría global con seguimiento de 120 días, que pudo ser complementada mediante otros métodos.

LOCALIZACION DEL GANGLIO IMPAR.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

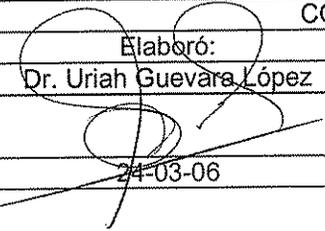
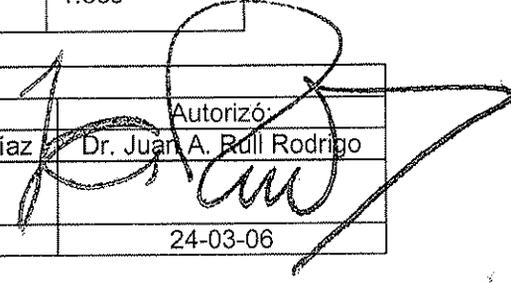
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 149
			DE: 185

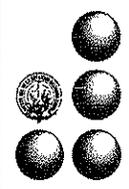
DURABILIDAD DE LA ACCION DE SUSTANCIAS EMPLEADAS PARA BLOQUEO NEURAL.

CLASE	DURACION	EJEMPLO
ACCION CORTA	Minutos a horas	Anestésicos locales Opiáceos (Dosis única)
PROLONGADA	Días a meses	Crioanalgesia Salina hipertónica Opiáceos (inf. continua)
PERMANENTE	Meses a años	Fenol Alcohol Termocoagulación

NEUROLISIS QUIMICA

TIPO	AGENTE	DOSIS
SIMPATICO LUMBAR	Alcohol 50%	20cc-60cc
	Fenol en glicerol 10%	20cc-60cc
	Fenol en agua 6-10%	10cc-20cc
AXIS CELIACO PLEXO HIPOGASTRICO SUPERIOR	Alcohol 50%	10cc-20cc
	Fenol en agua 7-10%	10cc-20cc
	Fenol en agua 10%	50cc-60cc
BLOQUEO DEL GANGLIO DE WALTER EPIDURAL	Alcohol 30%	12cc-20cc
	Fenol en glicerol 6-7%	12cc-20cc
	Fenol en agua 6-7%	3-4cc
SUBARACNOIDEO NEUROADENOLISIS	Alcohol 100%	0.5-1.0cc
	Fenol en glicerol 4-5%	0.5-1.0cc
	Alcohol 100%	1-2cc
INTERCOSTAL	Fenol 6-7% en agua	1.5cc

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 150
			DE: 185

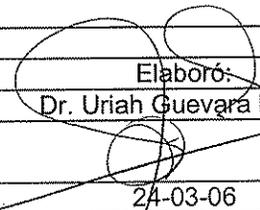
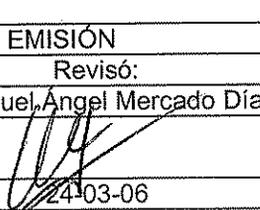
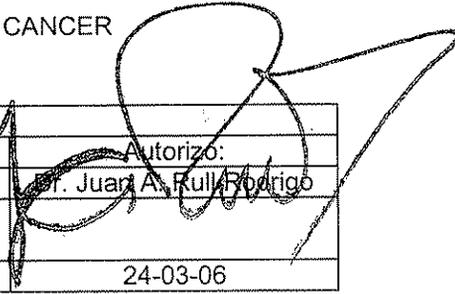
DOSIS RECOMENDADA POR ANESTESICOS.

FARMACO	DOSIS PD MAXIMA ml : mg	DOSIS TOXICA SI : IV ml : mg	TIEMPO PARA ANALGESIA QX (min)	DURACION (min)
LIDOCAINA 2%	20(400)	12.5 (250)	10-20	90-120
LIDOCAINA 2% CE*	25(500)	12.5 (250)	7-15	120-180
BUPIVACAINA 0.5%	20(100)	16 (80)	20-40	180-240
BUPIVACAINA 0.5% CE*	25(125)	16 (80)	15-30	200-300
BUPIVACAINA 0.75%	20(150)	11 (80)	15-30	250-400
BUPIVACAINA 0.75% CE*	25(182)	11 (80)	10-20	250-450

(*CE: Con epinefrina)

INTOXICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (manifestaciones clínicas) (En orden creciente de gravedad)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Adormecimiento de la boca y lengua. 2. Mareos 3. Acúfenos 4. Trastornos Visuales 5. Conducta y lenguaje irracional 6. Contracciones musculares 7. Pérdida de la conciencia 8. Convulsiones generalizadas 9. Coma 10. Apnea

TERAPEUTICAS NO FARMACOLOGICAS (INTERVENCIONISTAS) EN DOLOR POR CANCER

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



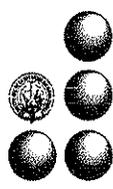
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:
 HOJA: 151
 DE: 185

LOCALIZACION	ABLATIVOS	DE ESTIMULACION
Nervios periféricos.	Bloqueos nerviosos.	Estimulación eléctrica trascutánea.
Raíces nerviosas de la médula.	Rizotomía, cordotomía, comisurotomía, mielotomía extra-lemnisco.	Estimulación de columna dorsal.
Tallo cerebral.	Tractotomía: mesencéfalo, puente, médula oblongada.	Estimulación periventricular.
Tálamo.	Talamotomía.	Estimulación talámica.
Corteza cerebral.	Cingulotomía, lobotomía.	
Endocrina.	Hipofisectomía, adrenalectomía, ooforectomía, orquiectomía.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 152
			DE: 185

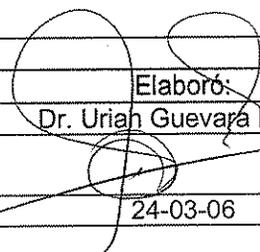
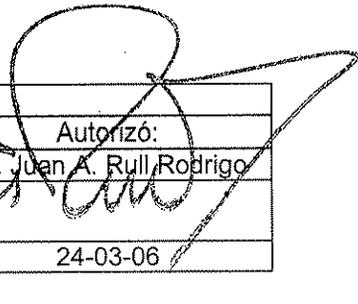
SECCION XVIII. MANEJO FARMACOLOGICO DEL DOLOR.

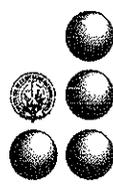
MECANISMOS DE ACCION DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA ALIVIO DEL DOLOR

MECANISMO	SUSTANCIA
Interferencia en la conducción del dolor por las vías periféricas	Anestésicos Locales.
Alteración en la percepción del dolor en el SNC	Opioides.
Interferencia en la liberación de sustancias mediadoras del dolor en la periferia.	ABAA.
Alivio de la ansiedad o depresión	Sedantes. Hipnóticos. Tranquilizantes. Antidepresivos.
Alteración de la conciencia	Anestésicos hipnóticos

PARAMETROS PARA VALORAR LA EFICACIA DE LA TERAPEUTICA DEL DOLOR CRONICO.

✓ MEJORIA OBJETIVA EN EL FUNCIONAMIENTO.
✓ MANTENIMIENTO DEL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO.
✓ REDUCCION DE LA VELOCIDAD DE DETERIORO FISICO.
✓ DISMINUCION EN LA PERCEPCION DEL DOLOR.
✓ MEJORIA EN EL ESTADO DE ANIMO Y BIENESTAR.
✓ DISMINUCION O INTERRUPCION DEL USO DE ANALGESICOS NARCOTICOS.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

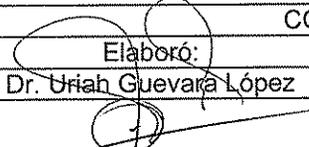
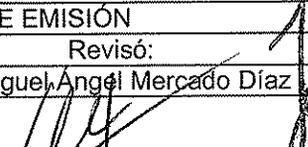
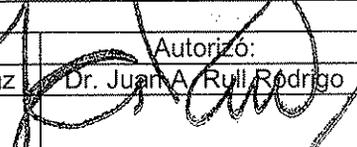
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 153
			DE: 185

NUMERO NECESARIO PARA TRATAR (NNT) DE ALGUNOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.

FARMACO	NNT
Aspirina 600mg	4.4
Diclofenaco 50mg	2.3
Ibuprofeno 200mg	2.7
Ketorolaco 30mg	3.4
Naproxeno 250mg	3.1
Paracetamol 500mg	3.5
Piroxicam 20mg	2.7
Refecoxib 50mg	2.3
Tramadol 50mg	8.3

FARMACOS NO OPIOIDES.

GRUPO	MEDICAMENTO	VIA DE ADMINISTRACION	DOSIS	DOSIS MAXIMA	COMENTARIOS	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
CENTRALES	PARACETAMOL	ORAL	500-1000 MG CADA 4-6 HRS	4 G/DIA	INHIBICION DE LA COX. ATRAVIEZA LA BARRERA HEMATOENCEFALICA.	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA HEPATICA, IDIOSINCRASIA MEDICAMENTOSA.
	PROPACETAMOL	INTRAVENOSO	1-2 G CADA 6 HRS	8 G/DIA	PROFARMACO PARENTERAL DEL PARACETAMOL. 500 MG DE PARACETAMOL EQUIVALEN A 1 GRAMO DE PROPACETAMOL. 2G DE PROPACETAMOL (1GR. DE PARACETAMOL) EQUIVALEN A 30 MG DE KETOROLACO	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA HEPATICA, IDIOSINCRASIA MEDICAMENTOSA.
DERIVADOS DEL ACIDO ACETICO	KETOROLACO	ORAL / INTRAVENOSO	30 MG CADA 6 HRS	120 MG/DIA	NO ADMINISTRAR POR MAS DE 7 DIAS POR VIA ORAL Y NO MAS DE 4 DIAS POR VIA INTRAVENOSA.	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA RENAL, TROMBOCITOPENIA, IDIOSINCRASIA AL MEDICAMENTO.
	KETOPROFENO	ORAL / INTRAVENOSO	50-100 MG CADA 8 HRS	300 MG/DIA	SUSPENDER EN CASO DE SINTOMAS OCULARES O AUDITIVOS	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA RENAL-HEPATICA O CARDIACA, TROMBOCITOPENIA, ULCERA GASTRICA ACTIVA, IDIOSINCRASIA AL

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24/03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 154

DE: 185

GRUPO	MEDICAMENTO	VIA DE ADMINISTRACION	DOSIS	DOSIS MAXIMA	COMENTARIOS	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
							MEDICAMENTO.
	DICLOFENACO	ORAL	50 MG CADA 8 HRS	150 MG/DIA	NO ADMINISTRAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD A LOS AINES, ATOPIA SECUNADARIA A AC. ACETILSALICILICO	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	ULCERA GASTRICA ACTIVA, DISCRACIAS SANGUINEAS, IDIOSINCRACIA AL MEDICAMENTO, INSUFICIENCIA RENAL O HEPATICA.
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA COX 2	VALDECOXIB	ORAL	20-40 MG CADA 24 HRS	40 MG/DIA	PUEDA DISMINUIR LOS REQUERIMIENTOS DE OPIOIDES	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ALERGIA A LAS SULFONAMIDAS. PACIENTES CON RIESGO TROMBOEMBOLICO ELEVADO.
	PARECOXIB	INTRAVENOSO	40-80 MG CADA 12 HRS	160 MG/DIA	PROFARMACO DEL VALDECOXIB.	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ALERGIA A LAS SULFONAMIDAS. PACIENTES CON RIESGO TROMBOEMBOLICO ELEVADO.
	CELECOXIB	ORAL	100 A 400 MG CADA 12 HRS	800 MG/DIA	POLIPOMATOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ALERGIA A LAS SULFONAMIDAS. PACIENTES CON ULCERA GASTRICA ACTIVA O SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO.
PIRAZOLONAS	METAMIZOL	ORAL / INTRAVENOSO	500 MG A 1 G CADA 6 HRS	6 G/DIA	ADMINISTRACION LENTA	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA, ARTRITIS	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, TROMBOCITOPENIA, IDIOSINCRACIA AL MEDICAMENTO.
OTROS	ETOFENAMATO	INTRAMUSCULAR	1000 MG CADA 24 HRS	1 G/ DIA	DOLOR A LA ADMINISTRACION	TRAUMA, CANCER, LUMBALGIA	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, TROMBOCITOPENIA, IDIOSINCRACIA AL MEDICAMENTO.
	IBUPROFENO	ORAL / INTRAMUSCULAR	2400 mg	200-400 mg c/6 hrs	NO ADMINISTRAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD A LOS AINES, ATOPIA SECUNADARIA A AC. ACETILSALICILICO	ARTRITIS AGUDA	INSUFICIENCIA RENAL-HEPATICA O CARDIACA, TROMBOCITOPENIA, ULCERA GASTRICA ACTIVA. IDIOSINCRACIA AL MEDICAMENTO.
	INDOMETACINA	ORAL	100 mg	25 mg c/8-12 hrs	NO ADMINISTRAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE	ARTRITIS AGUDA	INSUFICIENCIA RENAL-HEPATICA O CARDIACA

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rufi Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 155

DE: 185

GRUPO	MEDICAMENTO	VIA DE ADMINISTRACION	DOSIS	DOSIS MAXIMA	COMENTARIOS	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
					HIPERSENSIBILIDAD A LOS AINES, ATOPIA SECUNADARIA A AC. ACETILSALICILICO		TROMBOCITOPENIA, ULCERA GASTRICA ACTIVA. IDIOSINCRACIA AL MEDICAMENTO.
	NAPROXEN	ORAL	1250 mg	250 mg c/6 h	NO ADMINISTRAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD A LOS AINES, ATOPIA SECUNADARIA A AC. ACETILSALICILICO	ARTRITIS AGUDA	INSUFICIENCIA RENAL-HEPATICA O CARDIACA, TROMBOCITOPENIA, ULCERA GASTRICA ACTIVA. IDIOSINCRACIA AL MEDICAMENTO.
	NIMESULIDE	ORAL	300 mg	100 mg c/12 h	NO ADMINISTRAR EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE HIPERSENSIBILIDAD A LOS AINES, ATOPIA SECUNADARIA A AC. ACETILSALICILICO	ARTRITIS AGUDA	INSUFICIENCIA RENAL-HEPATICA O CARDIACA, TROMBOCITOPENIA, ULCERA GASTRICA ACTIVA. IDIOSINCRACIA

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 156

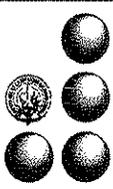
DE: 185

FARMACOS OPIOIDES.

GRUPO	MEDICAMENTO	VIA DE ADMINISTRACION	DOSES	DOSES MAXIMA	COMENTARIOS	INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
OPIOIDES DEBILES	TRAMADOL	ORAL / INTRAVENOSO	50-100 MG CADA 4-6 HRS	400 MG/DIA	AGONISTA OPIOIDE QUE TAMBIEN TIENE EFECTO SOBRE LOS RECEPTORES DE MONOAMINAS. SE ACUMULA EN PACIENTES CON INSUFUCUENCIA HEPATICA	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA	INSUFICIENCIA HEPATICA. PACIENTES CON ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS O CON INHIBIDORES DE LA RECAPTURA DE LA SEROTONINA. IDIOSINCRASIA MEDICAMENTOSA
	DEXTROPROPOXIFENO	ORAL	65-130 MG CADA 6-8 HRS	390 MG/DIA	ES 15 VECES MENOS POTENTE QUE MORFINA	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA	EL FARMACO Y SUS METABOLITOS PUEDEN ACUMULARSE. PUEDE CAUSAR CRISIS CONVULSIVAS O SOBREDOSIS
	CODEINA / PARACETAMOL	ORAL	30-600 MG CADA 4-6 HRS	600 MG/DIA	ES 12 VECES MENOS POTENTE QUE MORFINA. SE METABOLIZA A MORFINA. VIENE EN COMBINACION CON PARACETAMOL.	LUMBALGIA	PACIENTES CON ULCERA GASTRICA ACTIVA, ALTERACIONES DE LA COAGULACION, HEPATOPATIAS.
OPIOIDES POTENTES CON EFECTO TECHO	BUPRENORFINA	ORAL / INTRAVENOSO	150-300 MCG CADA 6 HRS	1200 MCG/DIA	AGONISTA PARCIAL MU. FUERTEMENTE EMETOGENICO. DIFICIL REVERSION CON NALOXONA	CANCER, TRAUMA, LUMBALGIA	DISMINUYE SU ACCION EN COMBINACION CON OTROS OPIOIDES. INCREMENTO EN LA PRESION INTRACEREBRAL. INSUFICIENCIA RENAL Y HEPATICA. ENFERMEDAD TIROIDEA.

CONTROL DE EMISION

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 159
			DE: 185

cambios plásticos en el asta dorsal que normalmente facilitan la transmisión del dolor a centros superiores.

2. La administración óptima de los opiodes espinales en el postoperatorio, intenta maximizar la seguridad y la efectividad, recomendamos: Seleccionar el opiode, la dosis, el sitio y el modo de administración así como el uso de fármacos adyuvantes en base de cada caso en particular.

Efectos colaterales de los opiodes espinales

La administración espinal de analgésicos locales y opiodes no está exenta de efectos colaterales, algunos de ellos molestos como el prurito, la retención urinaria, náusea, vómito, hasta otros que ponen en peligro la vida como es la depresión respiratoria temprana o tardía.

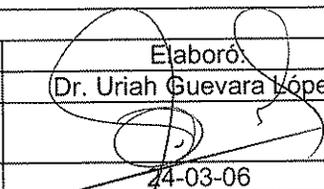
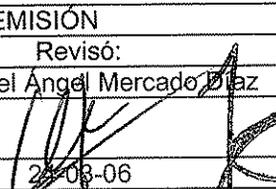
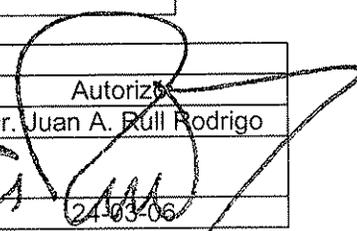
CALCULO PARA LAS DOSIS INICIALES INTRAESPINALES CON OPIACEOS

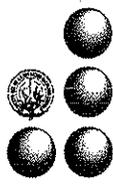
- Determinar los requerimientos IV de opiáceos en 24 hrs.
- Conviértanse a equivalentes intraespinales (empírico).

EPIDURAL: 0.25-0.33 de la dosis IV en 24 hrs.

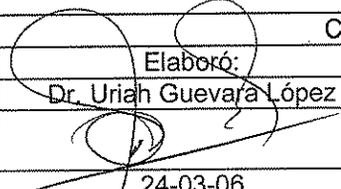
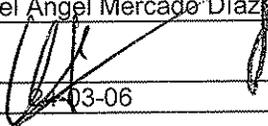
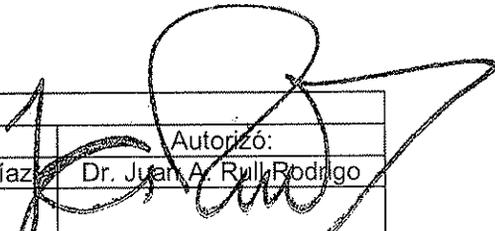
INTRATECAL: 0.025 a 0.050 de la dosis IV en 24 hrs.

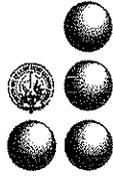
SINTOMAS DE LA ABSTINENCIA DE NARCOTICOS
TEMPRANOS (primeras 10 horas) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad e inquietud. ✓ Diaforesis. ✓ Respiraciones cortas y rápidas. ✓ Rinorrea y lagrimeo ligeros. ✓ Pupilas dilatadas reactivas.
TARDIOS (10 horas a 10 días) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rinorrea y lagrimeo notables. ✓ Taquicardia. ✓ Temblor. ✓ Bostezos. ✓ Piloerección. ✓ Náusea, vómito, diarrea. ✓ Dolor abdominal. ✓ Fiebre. ✓ Leucocitosis. ✓ Elevación de la presión arterial. ✓ Espasmo muscular difuso.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 160
			DE: 185

- PROLONGADOS (10 días a varios meses)
- ✓ Irritabilidad.
 - ✓ Fatiga.
 - ✓ Bradicardia.
 - ✓ Hipotermia.
 - ✓ Secreción urinaria persistencia de catecolaminas.
 - ✓ Hipersensibilidad del centro respiratorio al CO₂.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

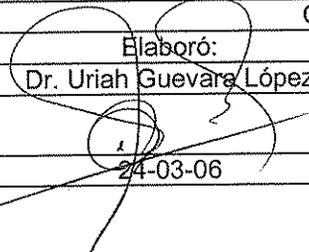
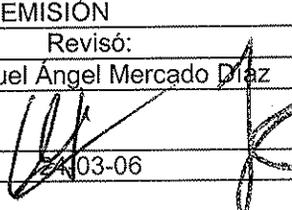
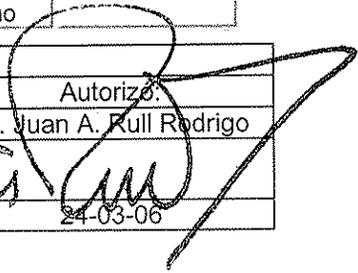
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 161
			DE: 185

TERMINOS HABITUALES PARA DEFINIR EL EMPLEO DE DROGAS O FARMACOS.

ADECUADO	Medicamento empleado por el médico o fabricante para indicaciones específicas, según lo prescrito.
MAL USO	Consumo inapropiado de fármacos en forma no intencional.
ABUSO	Consumo intencional de un fármaco para lograr un efecto específico que difiere de la indicación primaria para dicho fármaco.
DEPENDENCIA	Necesidad de surgir empleando un fármaco para experimentar sus efectos o para aliviar la aparición de síntomas (Psicológicos, físicos ó ambos).
ADICCION	Conducta compulsiva para obtener el fármaco, superpuesta al estado dependiente.
HABITUACION	Empleo continuo de un fármaco después que se ha resuelto la razón original para su indicación. Los intervalos entre tomas son lo suficientemente largos para impedir dependencia, pero no puede interrumpirse debido a ansiedad ó urgencia.

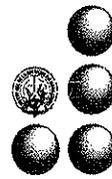
FARMACOS ADYUVANTES EN EL MANEJO ANALGESICO

Medicamento Adyuvantes	Vía	Dosis adulto	Efectos adversos	Contraindicaciones Precauciones	Comentarios	Nivel de evidencia
Dexametasona (Allin, decadron)	IV	16-96 mg/día o sus equivalentes	Dosis altas puede producir necrosis avascular, hiperglucemia, retención de líquidos	No asociar, con Aines, en pacientes con hiperglucemia, en pacientes con Insuficiencia renal	Se recomienda para compresión medular las dosis altas y en plexopatías dosis menores	II
Alprazolam (Tafil)	Oral	.25 mg cada 8 horas	Sedición profunda y Depresión		Se recomienda en espasmo	IV

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

HOJA: 162

DE: 185

Medicamento Aduvantes	Vía	Dosis adulto	Efectos adversos	Contraindicaciones Precauciones	Comentarios	Nivel de evidencia
Diazepam (Valium)	Oral IV	5-10mg cada 8hs	respiratoria con asociación de opio ideas		muscular y ansiedad en dolor agudo	
Clonacepam (rivotril)	Oral	.5-2 mg cada 8 horas				
Midazolam (dormicum)	Oral IV	2-5 mg cada 6 horas				
Carbamacepina (tegretol)	oral	200-1200 mg	Ataxia, agranulocitosis, somnolencia	Inducción enzimática, síndrome Steven Johnson	Adyuvante para el manejo del dolor neuropático	I
Oxcarbacepina (trileptal)	Oral	300-1200mg	Mismo efectos que CBZ		Mejor tolerancia e interacciones	
Gabapentina (neurontin)	oral	600-3600 mg	Somnolencia, mareo, pérdida de la libido	En insuficiencia renal	Para dolor neuropático	III
Amitriptilina (anapsique)	Oral	25-150mgs	visión borrosa, boca seca, constipación,	Trastornos de la conducción cardíaca, en hipertrofia prostática	Para el dolor neuropático	I
Tizanidina (sirdalub)	oral	2 mg	Mareo, sedición	No combinar con antidepresivos		IV
Ketamina (Ketalar)	IV.S C	50 mg 24 hs			Solamente utilizarse por médico especialista	II
Clonidina	espinal	2-4 mcgr/Kg.	Hipotensión, sequedad de boca,		Solamente utilizarse por medico especialista	II
Lidocaina	IV en infusión continua	1-5mg/Kg.	Arritmia, ataxia, somnolencia		Solamente utilizarse por médico especialista Monitorización	IV

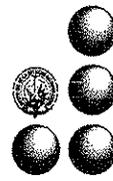
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

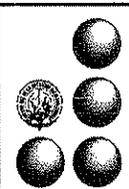
HOJA: 163

DE: 185

Medicamento Adyuvantes	Vía	Dosis adulto	Efectos adversos	Contraindicaciones Precauciones	Comentarios	Nivel de evidencia
					n cardiovascula r	

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 164
			DE: 185

SECCION XIX. MANEJO NO FARMACOLOGICO DEL DOLOR.

La unidad de medicina de dolor y paliativa del INCMNSZ fundamenta sus practicas clínicas en la medicina basada en evidencias. Razón por la que en su ámbito operativo no se practica la medicina complementaria o alternativa. Sin embargo reconoce que son de uso frecuente en los pacientes con dolor crónico, por lo que será necesario tomar en cuenta esta realidad que puede incidir favorable o desfavorablemente en el manejo del paciente con dolor.

En el caso particular de la medicina herbal se han reportado interferencia en la farmacocinética de los analgésicos y otros fármacos frecuentemente empleados, razón por la que el algologo estará obligado a tomar en cuenta esto durante la elaboración de la historia clínica algologica.

El centro nacional de medicina alternativa y complementaria NCCAM. (National Center for Complimentary and Alternative Medicine) de USA, agrupa en esta categoría a todas las variedades y modalidades terapéuticas no ortodoxas diferentes a la medicina convencional; existiendo aun controversia si las denominadas Mind-Body Therapies (MBTs) empleadas para el alivio del dolor como la (meditación, relajación, imaginería, hipnosis y biofeedback) deban considerarse como alternativas.

La popularidad de la medicina denominada alternativa o complementaria es tal que la prevalencia de su empleo en USA es del 42% y en el Reino Unido de un 20%, en un número considerable son empleadas como de primera línea o como adyuvantes de los métodos terapéuticos formales para el tratamiento del dolor y otras indicaciones.

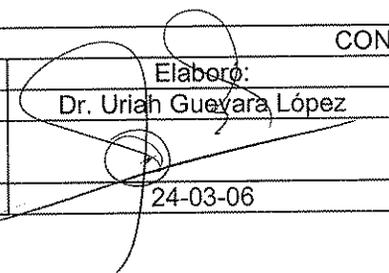
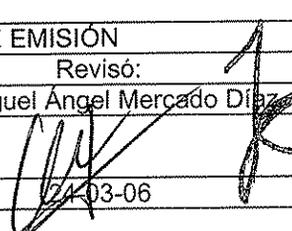
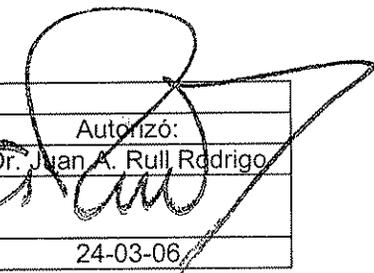
En nuestro país a pesar de no existir estadísticas como las descritas, se infiere que debido a situaciones culturales y el rezago educativo la frecuencia y prevalencia puede ser aun mayor que la de los países denominados desarrollados.

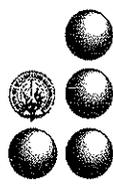
Estas alternativas gozan entre los usuarios de gran aceptación, las técnicas de relajación, imaginería e hipnosis constituyen hasta un 23% de los métodos empleados por los pacientes adultos con dolor en USA. En nuestro medio son favorecidas la herbolaria y los métodos físicos.

En la mayoría de publicaciones se encuentran el dolor de espalda baja como entidad favorecedora de su empleo, siendo controversial su utilidad, sin embargo algunos metanalisis, reportan resultados favorables con su empleo.

Estudios controlados de algunos métodos, reportan sólida evidencia en cuanto a su utilidad analgésica y capacidad funcional, lo cual hace suponer que en el caso de los métodos alternativos denominados: Mind-Body Therapies: MBTs (métodos mente-cuerpo: MC) Tabla 1, la subjetividad del paciente juega un papel importante en los resultados, aun así se ha demostrado que los métodos cognitivos conductuales tienen una duración mayor que el resto de métodos complementarios (18-24 meses).

Dada la gran cantidad de métodos integrados dentro de la CAM. Solo mencionaremos el fundamento de las técnicas mas empleadas en las clínicas del dolor de otros países.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 165
			DE: 185

RETROALIMENTACION BIOLOGICA (RB) Biofeedback.

La retroalimentación biológica consiste en el proceso mediante el cual un individuo aprende a controlar voluntariamente sus respuestas fisiológicas reflejas reguladas de manera autónoma considerándose por ello una forma de autocontrol.

El procedimiento implica tres etapas:

- a) Detección y amplificación de la respuesta biológica monitoreada. conectándose al paciente mediante electrodos superficiales a un instrumento que mide la actividad fisiológica mediada cognoscitivamente, (temperatura periférica, actividad electromiográfica, conductancia o respuesta galvánica de la piel y la actividad eléctrica cerebral).
- b) Una conversión de la señal amplificada a una representación evidente y comprensible para el paciente.
- c) Retro información inmediata para facilitar el control de la respuesta biológica. El método de retroalimentación se vale de medios físicos como son las: señales auditivas (con un tono), visuales (gráficas, números, dibujos, etc.), táctiles (pulso eléctrico), de manera continua, discreta, binaria o análoga.

Mediante un proceso de ensayo y error el sujeto aprende a reconocer un estado particular y cambios internos sutiles asociados con alteraciones en la respuesta fisiológica que se esta registrando.

En la medida en que el sujeto domina la tarea, se ajusta la sensibilidad del instrumento para lograr un moldeamiento de la respuesta deseada, de manera que los pacientes aprenden gradualmente a mantener el control sin necesidad del instrumento. El terapeuta y la máquina proporcionan información que guía y asiste al enfermo, pero es el quien en forma activa participa en el aprendizaje y en su tratamiento.

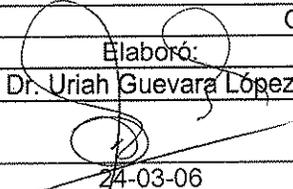
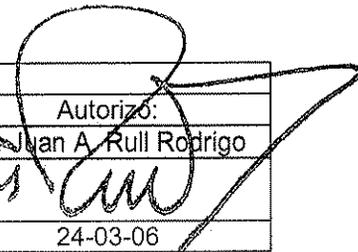
MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN LA OSTEARTRITIS.

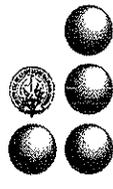
Se estima que en USA las enfermedades degenerativas con dolor crónico como la osteoartritis la padecen 21 millones de pacientes 12.1% de la población mayor de 25 años, cifras similares a las de Australia y otros países, prevalencia que se incrementa con la edad.

El costo para el sistema de salud en Australia en 1994 fue de \$654 millones de dólares, de los cuales el 48% fue para gastos hospitalarios y un 9% para fármacos. Esta diferencia se explica por la inexistencia de recursos terapéuticos para la OAD, y solo se oriento al gasto en analgésicos.

En nuestro país a partir del incremento de la esperanza de vida a cerca de siete décadas se espera que en los próximos años un número considerable de pacientes, consumirán importantes recursos particulares o del sector salud o para tratarse de este inevitable mal.

La ausencia de tratamientos definitivos para este padecimiento propicia el empleo de a medicina alternativa o complementaria (MAC) entro otros: los suplementos vitamínicos (C B carotenos y E) 14%, Aceites de diversos pescados 5%, extractos de almeja 3%, extracto de apio 7%, Ajo 5%, Aceite de rosas de castilla 6%, aceite de hígado de bacalao 5%, otros aceites 5% etc.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 166
			DE: 185

En Australia los pacientes con OAD practican regularmente la MAC hasta en un 40% comparados con un 8% en USA, el 54% Canadá, no se tiene explicación para estas diferencias, se ha inferido que puede deberse a razones culturales o a la metodología empleada para reportar estas preferencias.

Estos enfermos emplean empíricamente múltiples ungüentos incluyendo pomada con Capsaicina, complementados con fármacos como el sulfato de glicosamina y el coindroitin sulfato, por lo que se considera a esta terapéutica como una mezcla de CAM y terapia convencional. En el caso de los fármacos mencionados se tiene cierta evidencia que podrían retrasar la osteoartritis y reducir el dolor sin embargo este concepto no se puede sustentar. Por lo anterior resulta difícil estimar realmente la población que emplea la CAM, ya que cerca de la mitad de pacientes emplea empíricamente estos recursos sin notificarlos médicamente, se estima que es mayor a la reportada debido a que para tener un cálculo real se tendría que sumar a la población que combina métodos convencionales, medicina alternativa y técnicas mente cuerpo.

Entre los métodos alternativos empleados en las clínicas del dolor están: la neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS), estimulación eléctrica percútanla (PENS), la acupuntura, termoanalgesia, crioterapia, láser-puntura etc; todos ellos basados en la estimulación de las fibras gruesas inhibitorias (teoría de las compuertas) mediante el empleo de presión, calor, frío, vibración, etc.

NEUROESTIMULACION ELECTRICA TRANSCUTANEA: TENS.

Ha demostrado ser un buen método para el control del dolor crónico. Se ha empleado en (lumbalgia, neuralgia trigeminal, postherpética neuropatías por atropamiento, enfermedades degenerativas etc.) Sus mecanismos por lo que produce analgesia no están completamente demostrados, se basa igualmente en la teoría de Melzack y Wall (Teoría de las Compuertas, 1965), la onda que producen éstos estimuladores eléctricos, estimula las fibras A-alfa, bloqueando la conducción del estímulo doloroso conducido por las fibras C, y estimulando las fibras A-beta lo cual favorece la producción de opioides endógenos.

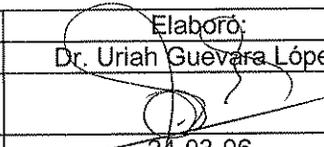
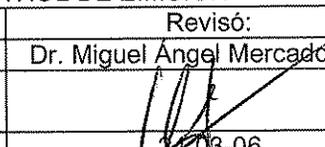
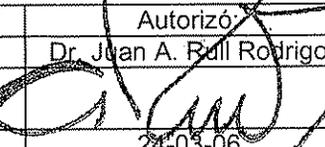
Se ha probado que los PENS además de disminuir el dolor y el consumo de analgésicos, mejoro la calidad de sueño y el estado de animo (SF-36), con un prolongado efecto (3-6 meses).

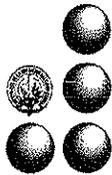
Los TENS se han empleado en la neuralgia trigeminal y post herpética sin embargo la carencia de estudios controlados con un nivel de evidencia sólido ha dificultado su aceptación total.

CRIOTERAPIA

La crioterapia es un método empleado en medicina física y rehabilitación, produce analgesia y anestesia por disminución del umbral a nivel central, cuando la temperatura llega a 15° C, disminuye la velocidad de conducción en las sensibles fibras delgadas mielinizadas, adicionalmente se ha propuesto un mecanismo a nivel vasomotor, lentificando el metabolismo celular y disminuyendo la necesidad de oxígeno a éste nivel.

Se ha descrito que: aumenta la permeabilidad de la membrana, mejora la reabsorción de líquidos intersticiales, por vasoconstricción, disminuyendo la inflamación, el edema a nivel neuromuscular y disminución de la espasticidad y el dolor (fibras gama) el método de aplicación puede ser por compresas congeladas, bolsas de hielo, toalla húmeda con hielo escarchado, líquidos o gases fríos o criótomo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Raúl Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 167
			DE: 185

El paciente percibirá inicialmente la sensación de frío, seguida de ardor quemante y finalmente analgesia-anestesia. Sus contraindicaciones son: intolerancia al frío, fenómeno de Raynold, vasculitis y alteraciones de la sensibilidad.

LASERTERAPIA.

Es una amplificación de la luz estimulada por radiaciones, sus características de monocromaticidad, coherencia y polarización, permite desarrollar toda su energía transportada en áreas sumamente pequeñas; la energía absorbida es convertida a energía térmica y excita niveles internos de la propia energía biológica; a nivel local produce vaso dilatación capilar y precapilar, con aumento de absorción de líquidos inflamatorios; la estimulación de las terminaciones nerviosas produce efectos bioeléctricos y bioestimulantes; por efecto reflejo central, podría estimular la secreción de endorfinas y encefalinas. Contraindicaciones absolutas: marcapaso, prótesis metálicas, procesos agudos en períodos exudativos y neoplasias no diseminadas.

TAI CHI CHUAN.

Es una suerte de gimnasia practicada en china desde hace miles de años, recientemente ha ocupado el interés de los investigadores occidentales, se ha estudiado sus efectos en padecimientos degenerativos músculo esqueléticos con dolor crónico, en afecciones cardiovasculares y respiratorias (actividad muscular flexibilidad, equilibrio, relajación y estado de animo). Se ha asociado a disminución de la tensión arterial y mejoría funcional y de la capacidad aeróbica en pacientes contrastarnos cardiovasculares.

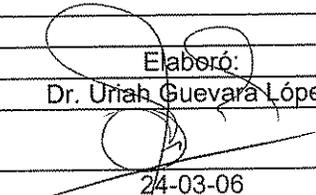
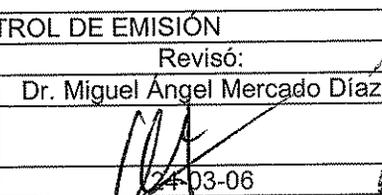
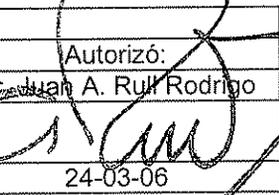
Consiste en una serie de ejercicios ejecutados suavemente en los que intervienen diferentes grupos musculares, articulaciones el sistema cardiovascular y el respiratorio, puede practicarse en forma individual o en grupos pueden practicarlo cualquier individuo de diferentes edades y sin preparación física previa, no requiere de equipo ni sitios especiales, puede ser practicado por sujetos con riesgo cardiovascular y ancianos.

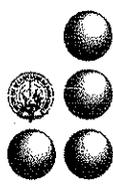
En un meta análisis reciente (Taylor R, Froelicher E,) apoyados en 7 bases de datos analizando 441 citas se observo que el Taih Chi tiene ventajas sobre otros tipo de ejercicio y que trae como beneficios adicionales disminución del dolor, rehabilitación de la funcionalidad musculoesqueletica y mejoría en el área psicoafectiva. Aunque por si mismo no se tiene evidencia de su efecto analgésico se estima que puede ser recomendado a pacientes sedentarios con poca reserva funcional y como parte de la terapia multimodal.

ELECTROMAGNETISMO.

Existe poca información respecto al empleo del efecto que tiene la conversión de la electricidad en corriente magnética que pudiera producir un efecto favorable en los tejidos dañados, sin embargo se ha propuesto que este método actúa induciendo la formación de factor de crecimiento β 1, sobre las citóquinas, mejorando la oxigenación y re vascularización de los tejidos, inhibiendo la percepción del dolor mediante la inducción de β endorfinas.

La aplicación de un rango de baja energía y baja frecuencia a través de equipo específico mejora considerablemente a pacientes en rehabilitación por dolor bajo de espalda.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 168
			DE: 185

ACUPUNTURA.

“La acupuntura, una de las especialidades de la medicina tradicional china. Consiste en la estimulación mediante la punción de determinados puntos o áreas del cuerpo con el propósito de regular la homeostasis interna. Tiene su sustento teórico en la medicina tradicional china. Muchos de sus mecanismos de acción se han comprobado a través del método científico.

Su cobertura y eficacia terapéutica es amplia y su empatía con la medicina moderna es considerable. Sus ventajas y pocas desventajas hacen de la acupuntura un procedimiento que actualmente se esta valorando para incorporarse al sistema nacional de salud” en nuestro país.

La acupuntura moderna integra a un conjunto de técnicas como la: acupuntura corporal, los microsistemas: el pabellón auricular, la mano, la cara el pie etc. (auriculoacupuntura, craneoacupuntura, quiroacupuntura).

La moxibustión (palabra derivada del idioma japonés mogusa y combustión; es decir la combustión de la mogusa, la mogusa es una especie de lana que se obtiene de las hojas de la flor “artemisa”; la combustión de esta produce una calor uniforme que permite calentar puntos o áreas determinadas del cuerpo. La moxibustión puede ser directa o indirecta. La directa consiste en colocar dicha lana hecha a modo de una pequeña “pirámide” –denominada “cono”- que se quema y produce una pequeña quemadura de unos 1-3 mm, la moxibustión indirecta consiste en colocar dicha “pirámide” sobre algunos productos como rodajas delgadas de ajo, jengibre, acónito, algunas pastas preparadas hechas con productos de la herbolaria tradicional, etc. Se ha demostrado que el estímulo térmico derivado de la combustión de la moxa depende de la emisión de un tipo de “onda infrarroja del tipo corto.

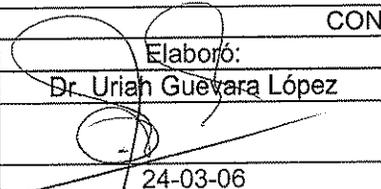
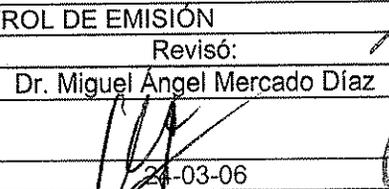
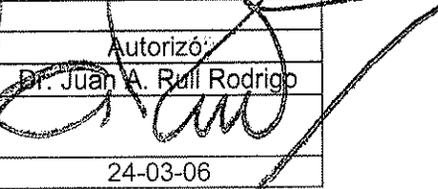
Otra técnica empleada para el dolor es la farmacoacupuntura en la que se inyectan puntos con fármacos occidentales como las vitaminas B1, B6 B12, C, K, procaína, antibióticos, antiinflamatorios, o productos inyectables de la herbolaria tradicional china).

Se ha reportado de regulares a buenos resultados la auriculoterapia para neuro-rehabilitación , por una parte, basados en la organización y representación somatotopica (feto invertido), de los órganos internos y representación neuroendocrina en el pabellón auricular, y en la regulación de la energía a través de meridianos invisibles que se extienden a lo largo del cuerpo y que están representados en la oreja se han practicado la auriculopuntura y la electro auriculupuntura.

Estas técnicas encuentran sustento por la facilidad para su aplicación y sus bajos costos de operación. Se han diseñado recientemente minúsculos estimuladores que no exceden del tamaño de la oreja. Diversos estudios sugieren el empleo de estos métodos considerados como alternativos, a pesar de ser denostados a priori por la medicina occidental, algunos meta-análisis, demuestran que pueden ser mejores que algunos métodos intervencionistas aunque no existan evidencia sólidas que separen su efecto real del efecto placebo.

Estas técnicas pueden considerarse por los clínicos como una opción en los casos cuyo consumo de analgésicos opiáceos o AINEs resultan deletéreos y antes de someterlos a innumerables e innecesarias cirugías o métodos intervencionistas costosos y dudosamente útiles.

Finalmente ante los numerosos reportes que sugieren su empleo mantenemos una actitud crítica pero abierta de forma tal que en la medida que vayan demostrando sus ventajas y utilidad las podremos incorporar en beneficio de nuestros pacientes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)



REV:

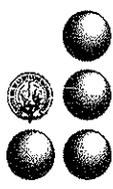
HOJA: 169

DE: 185

Tabla 1. Ejemplos de medicina alternativa y complementaria	
Nombre	Descripción
Acupuntura	Estimulación de puntos acupunturales, insertando agujas: corriente eléctrica (electropuntura), Calor (Moxibustion), Laser (lacerpuntura), presión (acupresion)
Técnica de Alexander	Reeducación psicológica para cambio de postura y coordinación.
Aromaterapia	Aplicación de esencias de aceites, plantas adicionado de masaje
Entrenamiento autogenico	Autosugestión, hipnosis, técnicas de relajación.
Quelacion	Infusión IV de EDTA para enfermedades arteriosclerósicas.
Quiropraxia	Sistema de masajes y mo
Enzimoterapia	Administración oral de enzimas proteo líticas
Flores de Bach Herbalismo	Uso medicinal de preparaciones que contienen exclusivamente plantas.
Homeopatía	Sistema medico desarrollado durante 200 años por S Hahnemann basado el mal cura al mal empleando dosis mínimas.
Hipnoterapia	Basado en trastorno cognitivo, mediante la suspensión de la vigilia y cambios en la percepción, memoria estado de animo
Masoterapia	Técnicas manuales de masajeo, golpeteo, presión de diversas áreas del cuerpo,
Osteopatía	Terapia manual incluye masaje, movilización y manipulación
Reflexología	Compresión manual o presión especifica de áreas como la planta del pie buscando efectos de sitios distantes como el estomago.
Relajación	Métodos orientados buscar relajación, física y mental
Manejo energía	Cambio del tipo de energía negativa por positiva
Tai chi chuan	Intercambio de energía con el medio ambiente mediante movimientos sistematizados y posturas con equilibrio físico y mental.
Yoga	Sistema de ejercicios estiramientos y contracturas aunado a control mental y físico.

Modificado de Cohen, J Stone, J Med Ethics 2004;30:156-159.

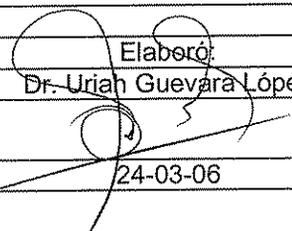
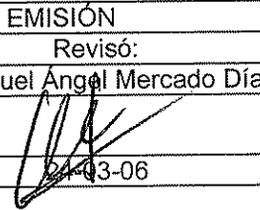
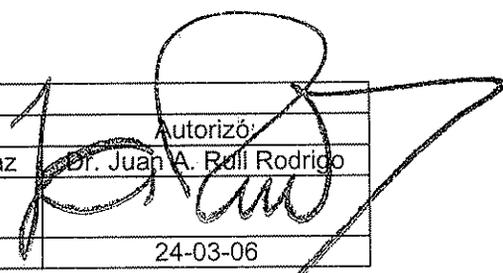
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

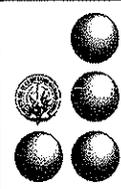
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 170
			DE: 185

<p>TERAPIAS MENTE-CUERPO MIND-BODY THERAPIES (MBTs)</p> <p>Métodos cognitivo-conductuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestructuración cognoscitiva. ✓ Habilidades de afrontamiento. <p>Relajación Visualización. Distracción. Mantras. Inoculación de estrés. Retroalimentación biológica (rb) biofeedback. Otras.</p>

LECTURAS RECOMENDADAS:

1. Friedman R, Zuttermeister P, Benson H. Unconventional Medicine: Correspondence N Engl J Med. 1993; 329:1201.
2. Eisenberg DM, Davis RB, Etner SL, et al. Trends in alternative medicine use in United States. JAMA 1998; 280:1569-75.
3. Ernst E, White AR. The BBC survey of complimentary medicine use in the UK Complement Ther Med 2000;8-32-6.
4. Van Tulder MV, Ostelo R, Vlaeyen JW, et al. Behavioral Treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane back review group. Spine 2000; 25:2688-2699.
5. Astin JA. Mind-Body Therapies for the management of Pain. Clin J Pain 2004;20:27-32.
6. Taylor R, Froelicher E The Effectiveness of tai Chi Exercise in improving aerobic capacity a Meta Analysis. J of Card Nurs 2004; 19:48-57.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 171
			DE: 185

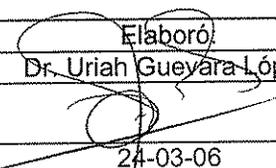
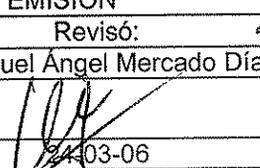
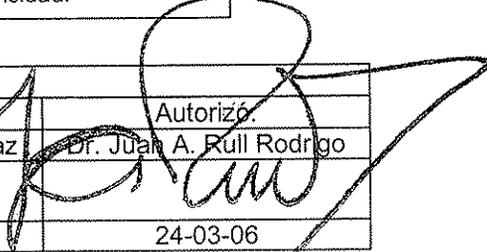
SECCION XX. ASPECTOS PSICOLOGICOS / OTROS SINTOMAS Y SIGNOS EN PACIENTES CON DOLOR.

FACTORES QUE AFECTAN EL UMBRAL AL DOLOR.

DISMINUYEN EL UMBRAL	AUMENTAN EL UMBRAL
Incomodidad	Sueño
Insomnio	Compasión
Fatiga	Comprensión
Ansiedad	Distracción
Temor o enojo	Mejor estado de ánimo
Depresión	
Aislamiento	
Experiencia dolorosa previa	

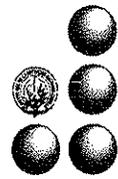
CARACTERISTICAS DEL DOLOR PREDOMINANTEMENTE FISICO O PSICOGENO.

	DOLOR FISICO	DOLOR PSICOGENO
INICIO	Habitualmente definido pero no siempre.	Con frecuencia se relaciona con un evento de la vida, más que con un aspecto físico.
LOCALIZACION	Habitualmente se localiza en áreas de enfermedad demostrada.	Mal definido, puede invadir distintas áreas de distribución neuronal anatómica.
CARACTERISTICAS	Bien descrito.	Mal definido, síntomas subjetivos a menudo considerablemente mayores que los objetivos
FACTORES AGRAVANTES	Pueden localizarse los más comunes son movimientos o presión.	Mal definidos, intensidad aumenta con un amplia gama de estímulos, la ansiedad de asocia a mayor intensidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)



REV:

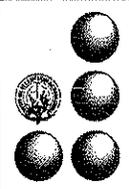
HOJA: 172

DE: 185

FACTORES ATENUANTES	Analgésicos, terapia física.	Los analgésicos a menudo son inútiles, fármacos psicotrópicos, alcohol, dolor refractario a cualquier tratamiento.
FACTORES	Con frecuencia secundarios, aparecen después que se desarrollan los síntomas.	Habitualmente pueden identificarse como previos al alivio de los síntomas.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Gueyara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 173
			DE: 185

DIAGNOSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR

Cinco o más de lo siguientes factores por un período de cuando menos dos semanas continuas.

1. Sentimientos depresivos: Tristeza, llanto, desesperanza, abandono, baja autoestima.
2. Trastornos del sueño: Pérdida total del sueño, hipersomnia, despertar a medio ciclo, despertar temprano específicos de alguna porción del ciclo.
3. Fatiga, pérdida de la energía
4. Agitación o entecimiento : Aprehensión, miedo, pánico, tensión somatización.
5. Pérdida de interés en actividades usualmente estimulantes: Trabajo, pasatiempos, actividad sexual y social.
6. Pensamiento de muerte y suicidio
7. Pérdida del apetito o peso, desarreglo personal
8. Disminución en la concentración o pensamiento confuso

MODIFICACIONES CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

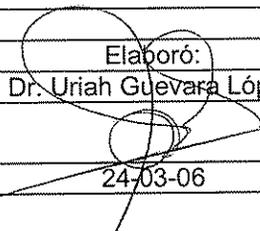
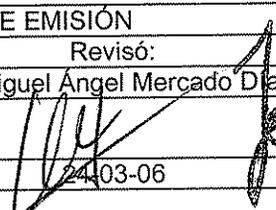
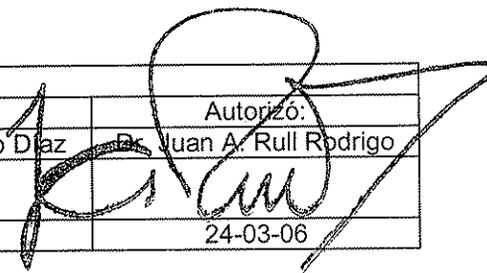
¿Qué hacer y qué no para mejorar la higiene del sueño?

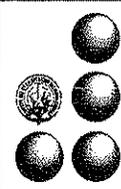
Si

- ✓ Tener una rutina regular para dormir y prepararse para la cama (v.gr. Cepillarse los dientes, lavarse la cara poner el despertador).
- ✓ Hacer ejercicio regularmente por la tarde, antes de la cena, nunca en la noche ni antes de acostarse.
- ✓ Hacer algo relajante antes de acostarse, como ver TV, escuchar la radio o leer algo ligero.
- ✓ Comer un bocadillo ligero antes de acostarse si está hambriento.
- ✓ Tomar un vaso de leche antes de dormir si está sediento.
- ✓ Pensar en los eventos del día durante la cena y escribir cualquier problema, preocupaciones o asuntos pendientes.
- ✓ Levantarse a la misma hora por las mañanas sin importar cuánto tiempo estuvo en cama o cuándo durmió.
- ✓ Tomar alimentos bien balanceados en horarios regulares en el día.

No

- ✓ No acostarse a menos que se sientan con sueño.
- ✓ No tomar café, ni té (excepto de té de hierbas), ni refrescos de cola después del último alimento.
- ✓ No tomar alcohol después del último alimento ni para conciliar el sueño.
- ✓ No hacer siestas durante el día si le cuenta trabajo dormirse o permanecer dormido en la noche.
- ✓ No use la recámara para estudiar, trabajo comer o cualquier cosa que no sea dormir o tener actividad sexual.
- ✓ No trate de ajustarse a un nuevo uso horario cuando esté viajando si estará únicamente algunos días. Acuéstese con el tiempo regular "de casa".

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

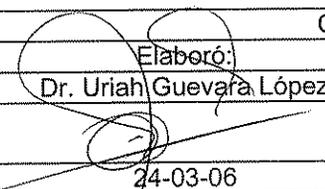
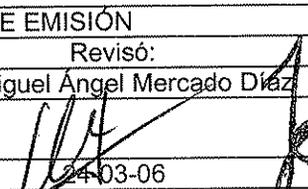
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 174
			DE: 185

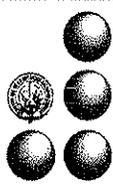
✓ No permanezca en la cama más de 15 minutos si no se puede dormir; levántese y haga alguna cosa hasta que tenga sueño.

Los cambios no serán notables hasta después de una semana. Se puede dar apoyo farmacológico, para inducir el sueño, pero no debe emplearse más de dos veces por semana.

LECTURAS RECOMENDADAS.

1. Romero GC, Guevara U. Impacto de la acupuntura en el dolor. Anest Mex. 1995; (7) 1:50-53.
2. Carrobes Juan Antonio: Biofeedback Principios y Aplicaciones. Ediciones Roca S.A. México D.F. 1991
3. L. Dubovsky Steven, M.D.: Clinical Psychiatry. American Psychiatric Press, Inc. U.S.A 1998.
4. R. Hihier: Control of Pain in Terminal Cancer. British Medical Bulletin. Vol. 46, No. 1 pp 279-291. The British Coucil.
5. S. L, Librach: The use of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulations (TENS) for the Relief of Pain in Palliative Care. Palliative Medicine, 1988; 2: pp 15-20.
6. Székel y Pamela: Estrategias para reconceptualizar la experiencia de dolor. Estudio y Tratamiento del Dolor. Vol. 1 No. 2 pp 35-41 México, D. F. 1989.
7. Guevara U. Taboada J, Martínez R, Ayala G. Effect of a thione sleep alteration prodiced by chronic ache. Whest Pharmacol Abstracts 1993:78.
8. Ayala G. Blanco C, Guevara U, Taboada J. Martínez R. Campos E. Effect of the bromphenyl-dihidro 2-H-1, 5-benzo diazepin-2-thione on sleep. Proc West Pharmacol Soc. 1992;35:153-155.
9. Zhong Yi Nei Ke. Zhu Xian Mining. Edit Rep Pop China 1981:226-229.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 175
			DE: 185

SECCION XXI. MANEJO DE ENFERMERIA.

ULCERAS POR PRESION.

Las úlceras por presión se originan por una presión externa sostenida entre las prominencias óseas y la piel.

Factores de riesgo.

Intrínsecos.

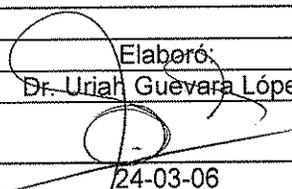
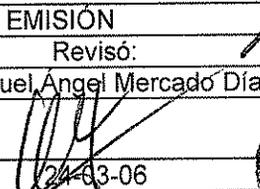
- ✓ Déficit circulatorio
- ✓ Incontinencia urinaria y/o fecal
- ✓ Edema
- ✓ Deficiencia nutricional
- ✓ Enfermedades neurológicas
- ✓ Alteración del estado de conciencia

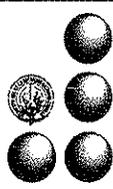
Extrínsecos.

- ✓ Resequedad de piel
- ✓ Falta de elasticidad
- ✓ Fármacos
- ✓ Higiene
- ✓ Sobrecarga de trabajo del profesional de salud

ESCALA DE NORTON PARA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LA FORMACION DE ULCERAS POR PRESION.

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 176
			DE: 185

15 puntos: negativo para formación de úlceras.

Más de 16 puntos: positivo para formación de úlceras.

Papel de enfermería para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

- ✓ Observar el estado de la piel de forma periódica
- ✓ Mantener la piel limpia y seca
- ✓ Lubricación de piel
- ✓ Eliminar o reducir la presión
- ✓ Cambios posturales cada 2 o 3 horas
- ✓ Evitar fricción en prominencias óseas colocando apósitos protectores
- ✓ Extremar medidas higiénicas en genitales y en región perianal para evitar el contacto prolongado de la piel con la orina o heces
- ✓ Ropa de cama limpia, seca y sin arrugas
- ✓ Uso de sábanas como apoyo para voltear al paciente
- ✓ Bitácora de horarios de cambios de posición al paciente

MANEJO DE LA VIA SUBCUTANEA.

Formas de administración por vía subcutánea:

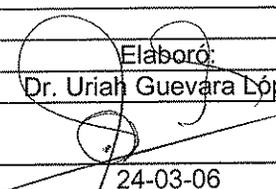
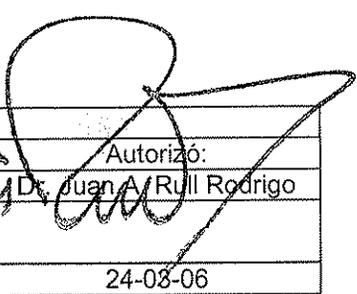
- ✓ Esporádica: Punciones aisladas.
- ✓ Intermitente: Consiste en la instalación de una mariposa en tejido subcutáneo y la administración periódica de fármacos.
- ✓ Continua: Se administra en infusión continua.

Indicaciones:

- ✓ Incapacidad para la deglución
- ✓ Náuseas y vómitos.
- ✓ Agonía.
- ✓ Debilidad severa.
- ✓ Estado confusional.
- ✓ Sedación.
- ✓ Intolerancia a fármacos por vía oral y espinal.

Técnica para la colocación del dispositivo subcutáneo.

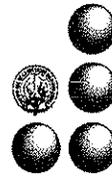
- ✓ Explique al paciente el procedimiento y examine el sitio de punción.
- ✓ Realizar la apertura del material con medidas de asepsia.
- ✓ Realice asepsia de la piel abarcando aproximadamente 5 cm alrededor del sitio de punción.
- ✓ Se prefiere que la mariposa tenga una línea para la conexión, purgando esta previamente a la inserción con solución salina.
- ✓ Con el dedo pulgar y el dedo índice pellizque gentilmente la zona del sitio de punción e introduzca la aguja de la mariposa. Esto asegura la inserción de la aguja de la mariposa en el tejido subcutáneo y no en el músculo
- ✓ Inserte la aguja en un ángulo de 45 grados.
- ✓ Una vez realizado este procedimiento, fije la mariposa y la línea con tegaderm.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)

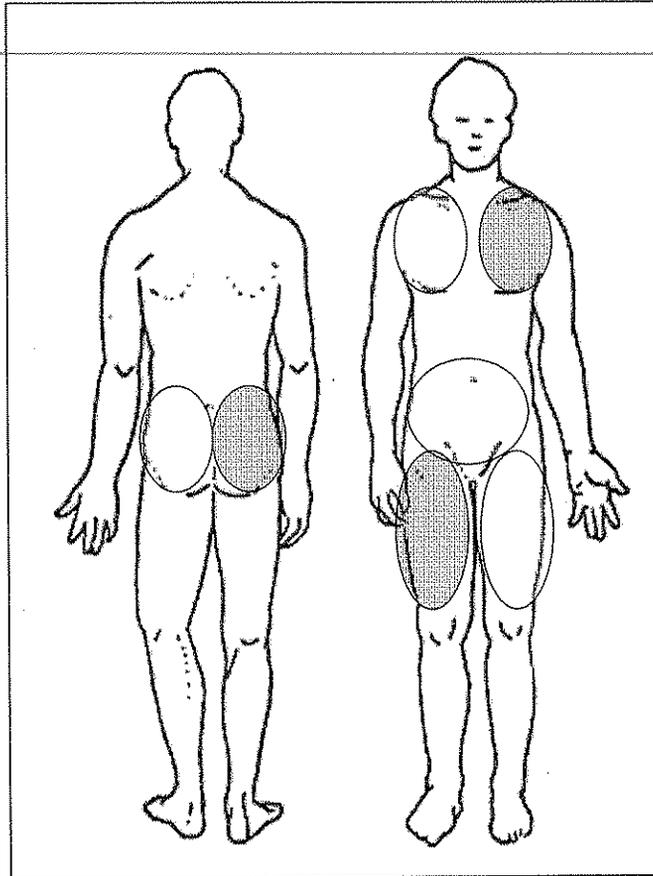


REV:

HOJA: 177

DE: 185

REGIONES ANATOMICAS EN LAS CUALES SE COLOCA EL DISPOSITIVO SUBCUTANEO.

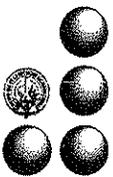


Datos de alarma que nos indican el cambio de la vía subcutánea intermitente o continua.

- ✓ Dolor continuo.
- ✓ Resistencia al paso de medicamentos.
- ✓ Presencia de sangre en la extensión transparente de la mariposa.
- ✓ Presencia de los siguientes signos en el sitio de punción: eritema, aumento de temperatura local y equimosis.
- ✓ Solicitud de consulta a Medicina del Dolor y Paliativa

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 178
			DE: 185

Solicitud de interconsulta al departamento de Medicina del Dolor y Paliativa.

Servicios que solicitan consulta a Medicina del Dolor y Paliativa

- Hospitalización: primero, segundo piso, tercer piso y cuarto piso.
- Urgencias: consultorios, anexo, pisito.
- Consulta externa de Oncología.
- Unidad Monitorizada.
- Estancia Corta

Motivos de solicitud de consulta al servicio (este debe estar definido en el momento de la consulta).

- Manejo de Dolor.
- Manejo Paliativo (Declarado por el servicio tratante a través de una nota en el expediente, ej. Oncología, Hematología, etc.)

Se considera solicitud de consulta cuando:

- Se entregue por escrito el formato diseñado para: solicitud de consulta de especialista (original y copia)
- Se solicite en forma verbal la consulta de medicina del Dolor o Paliativa para una participación activa del caso.

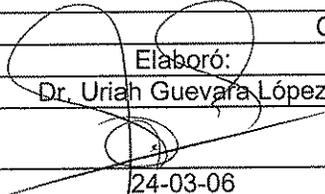
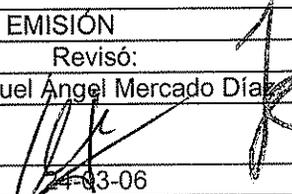
Siempre que le sea solicitada una consulta posterior a la valoración del paciente y haber comentado el caso con el revisor llene a maquina la hoja original con copia de solicitud de consulta de especialista.

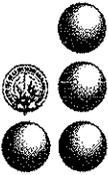
Llene de forma completa y correcta la siguiente información de la solicitud de consulta de especialista.

1. Registro del paciente.
2. Fecha de consulta.
3. Nombre completo del paciente.
4. Sala o servicio del paciente (ej. Urgencias, UTI, primer piso etc.).
5. Cama en la que se ubica.
6. Opinión del especialista (debe incluir: sexo, edad, diagnósticos de base, motivo de consulta (manejo del dolor o manejo paliativo), descripción del estado y manejo actual del paciente).
7. Diagnostico Algológico propuesto (cuando el paciente refiera dolor y pueda ser evaluado.)
8. Indicaciones propuestas.
9. Nombre del revisor.
10. Nombre completo a mano del médico residente de algología consultante y firma.

Entregue la hoja original de solicitud llena al medico que solicito la consulta y la copia a la enfermera asignada a Medicina del Dolor y Paliativa.

Nota: Evite retraso en la entrega de copia de solicitud de consulta al personal de enfermería.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 179
			DE: 185

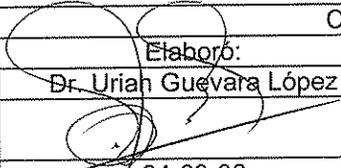
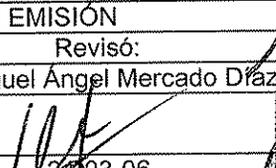
Elaboración de reporte de guardia de Medicina del Dolor y Paliativa

- Elabore el reporte de guardia diario de lunes a jueves. Éste debe incluir: pacientes actuales, consultas, altas, fallecimiento y retiros del caso del día.
- El día lunes reporte la guardia de los días viernes, sábado y domingo incluyendo: pacientes actuales, consultas, altas, fallecimientos y retiros del caso especificando en las observaciones el día.
- Llene toda la información solicitada en el reporte de guardia.
- En el reporte coloque la fecha que corresponda con el día de guardia y nombre completo del Médico de guardia.
- Llene toda la información solicitada en el reporte de guardia.
- Antes de pasar visita entregue una hoja de guardia a: jefe de la sección, médicos adscritos, enfermera y médico de guardia.

Indicaciones Médicas posteriores a la revisión médica diaria en pacientes hospitalizados.

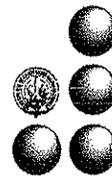
1. En caso de iniciar, rotar, incrementar o suspender fármacos llene con letra legible la receta interna especificando:
 - Fecha.
 - Nombre completo del paciente.
 - Cama.
 - Fármaco acordado, dosis, vía de administración y horario (en caso de analgésicos numero de rescates y dosis).
 - Nombre completo del médico.
2. Si indica medidas no farmacológicas hágalo siempre por escrito.
3. Al terminar la revisión, el médico de guardia hará todos los cambios acordados.

Comente con el médico responsable de cada servicio los cambios propuestos con cada paciente y entregue recetas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Roldán Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR
(MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS
PALIATIVOS)

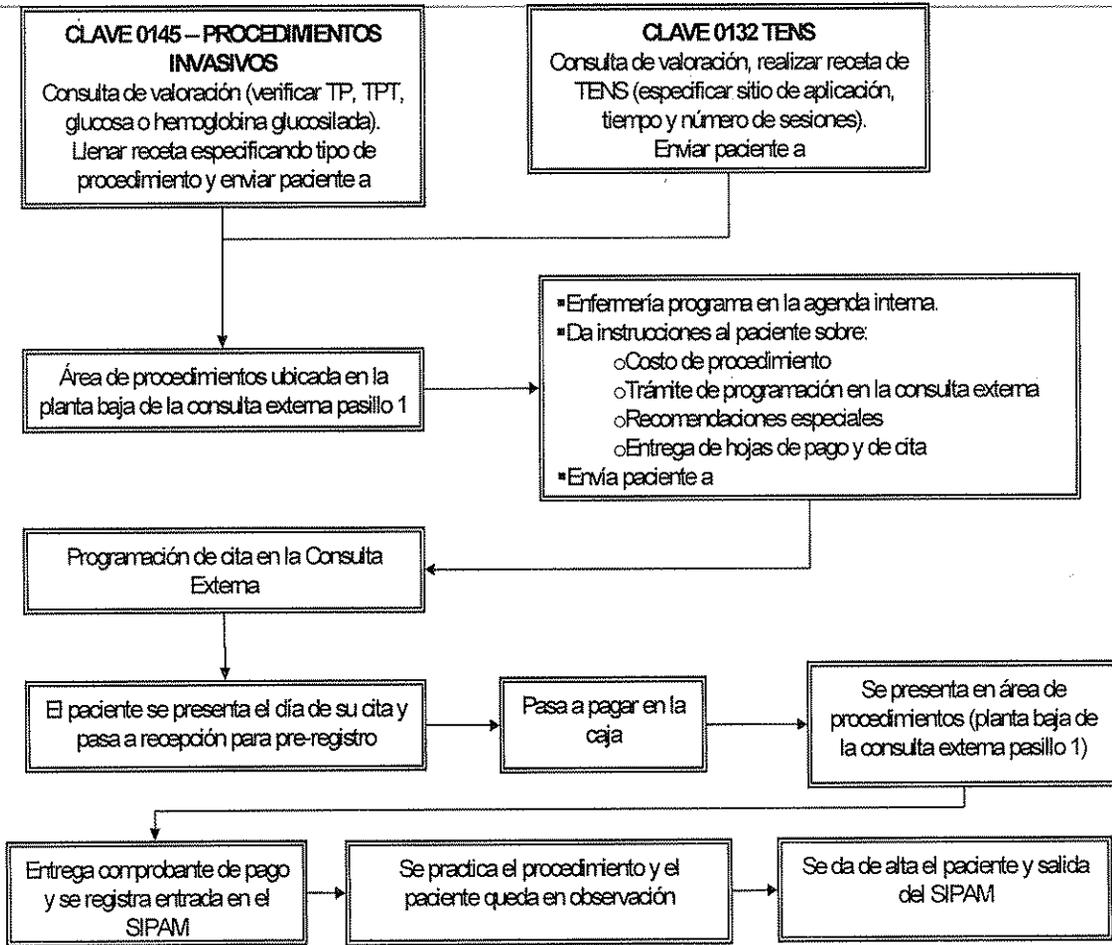


REV:

HOJA: 180

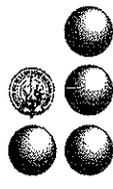
DE: 185

Flujograma de programación de procedimientos para
médicos residentes de Algología



Medicina del Dolor y Paliativa 2005. Enf. Leticia Tlatempa Leyva

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

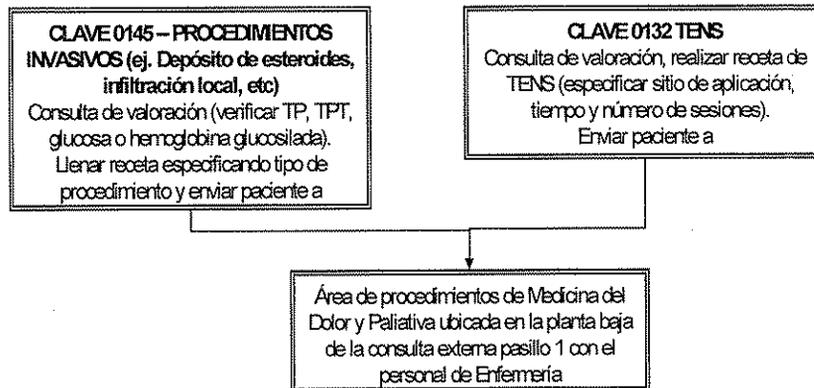
	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 181
			DE: 185

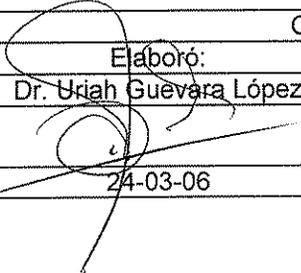
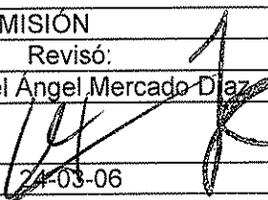
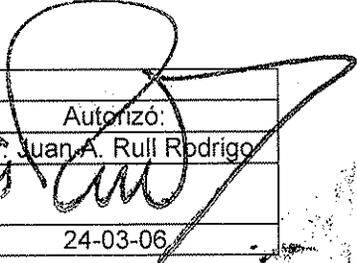
**Claves de programación Departamento 506.00
Sección Clínica del dolor**

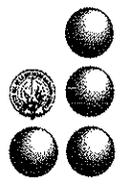
- 0114 Síntomas asociados (cuidados paliativos los días martes y viernes).
- 0150 Primera vez (día lunes).
- 0157 Dolor subsecuente (de lunes a viernes).
- 0160 Psicoterapia

Entregar hoja de cita con la clave correspondiente y enviar paciente a la consulta externa para su programación.

Programación de procedimientos

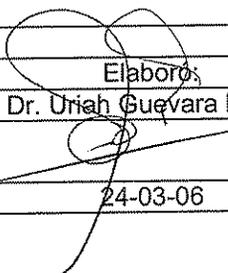
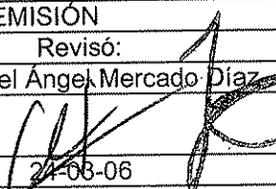
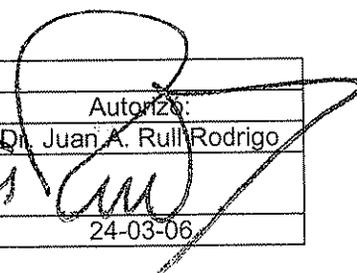


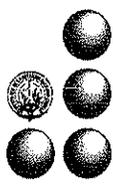
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 182
			DE: 185

LECTURAS RECOMENDADAS:

1. Miller C. Nursing aspects. En: Skin problems in palliative care. Oxford textbook of palliative care. Doyle D, ed. Oxford University Press. London. 1999.
2. Saez M. Rev Mex Dermatol. (45)1. 2001.
3. Harper. Textbook of pediatric dermatology. 2000.
4. Bruera E. JAMA. 209(18). 2003.
5. Bruera E. Acta Anesthaesiologica Scandinavica. 41(parte 2). 1997
6. Bonica: Management of Pain. 2001.

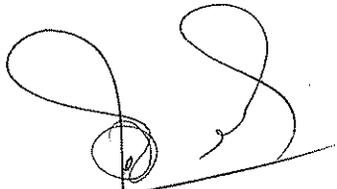
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 183
			DE: 185

AUTORIZACIÓN:

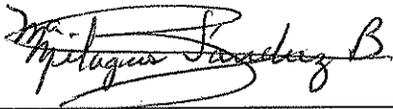
ELABORADO POR:

SERVICIO DE CLINICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS).



Dr. Uriah Guevara López
Jefe del Servicio de Clínica del Dolor.

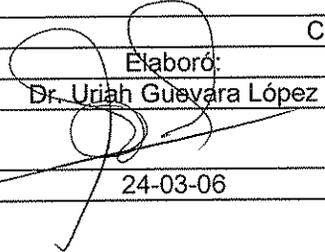
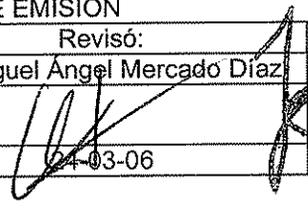
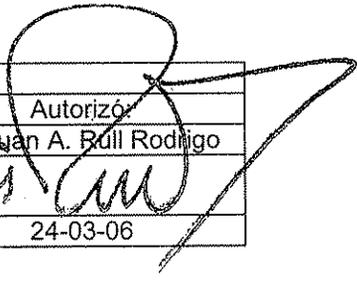
ÁREA DE ORGANIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN

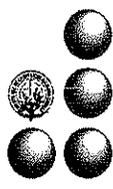


Lic. Ma. Milagros Sánchez Becerril
Coordinadora de Organización y Modernización

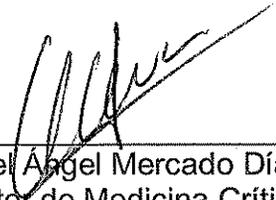


C. Verónica Hernández Tenorio

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 184
			DE: 185

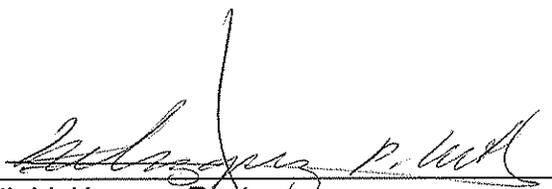
REVISIÓN TÉCNICA DEL MANUAL



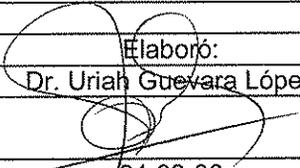
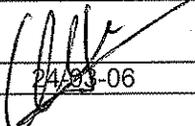
 Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz.
 Subdirector de Medicina Crítica.

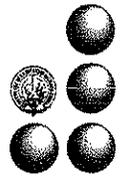


 Dr. Juan Antonio Rull Rodrigo.
 Director de Medicina.

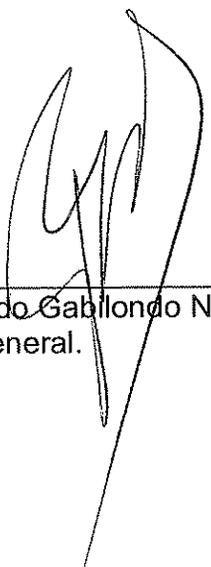


 Dra. Ruth Velázquez Pastrana.
 Directora de Planeación.

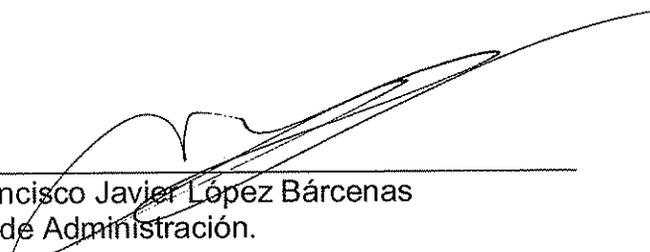
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06

	NORMAS Y PROCEDIMIENTOS		REV:
	SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR (MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS)		HOJA: 185
			DE: 185

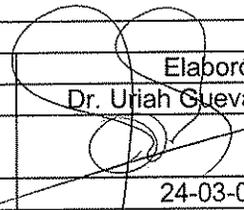
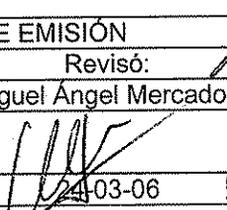
AUTORIZO



Dr. Fernando Gabilondo Navarro
Director General.



C.P. Francisco Javier López Bárcenas
Director de Administración.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Uriah Guevara López	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	24-03-06	24-03-06	24-03-06