

Atención al dolor en el contexto de una Unidad de Dolor

Dra. Marta Yus López
Unidad de Dolor Crónico
Hospital de Villalba

Unidad de Dolor

- La Unidad de Tratamiento del Dolor es una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico.
- Nacen para la atención a personas con dolor crónico (oncológico y no oncológico)
- El objetivo principal es el alivio total o parcial del dolor (no siempre es posible)
- Otros objetivos:
 - Mejorar la funcionalidad
 - Mejorar la calidad de vida
 - Racionalizar la medicación analgésica

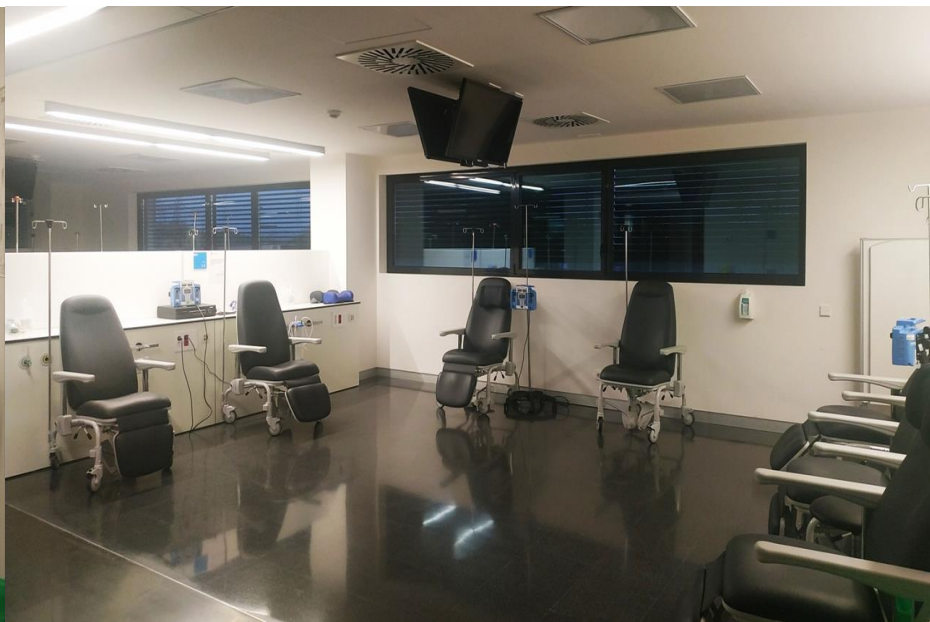


UDC VILLALBA Personal.

- Equipo formado por Médicos de Familia , Anestesiólogos y personal de enfermería con formación específica en dolor crónico.
 - Dr. Vásquez- Caicedo
 - Dra. Yus
 - Dra. Alba
 - Dra. Camus
 - Dr. Mendiola
 - Dra. Cabello
 - DUE Villa
 - DUE Díaz
 - DUE Lorenzo
 - DUE Cruzado



Unidad del Dolor



Técnicas intervencionistas

- El intervencionismo es una parte del tratamiento de dolor
- Se sirve de diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas sobre determinadas estructuras que intentan disminuir las aferencias nociceptivas que llegan al cerebro
- Poca evidencia de los tratamientos

Técnicas intervencionistas

- ¿Se conoce la causa del dolor? → Se actúa sobre ella
- ¿No conocemos la causa pero sabemos cuales son las estructuras que conducen la sensación de dolor a nivel periférico o central? → técnicas de destrucción (gg simpáticos, Gasser..) o neuromodulación (RFP, estimulación medular...)



Técnicas
Intervencionistas

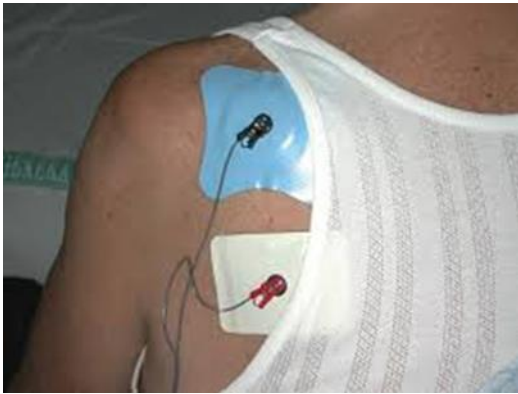
¿ CUÁLES SON NUESTRAS DIANAS?

- Articulaciones
- Músculos
- Nervios
- Estructuras simpáticas
- Neuroeje

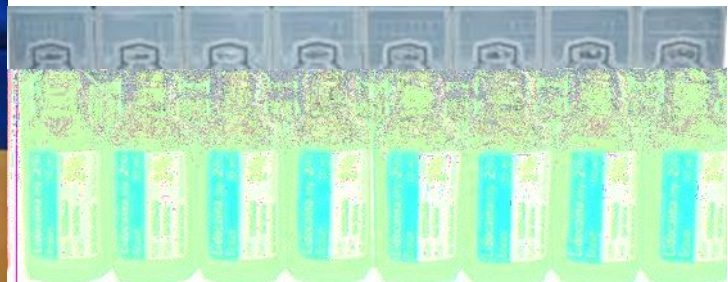
¿DE QUE TÉCNICAS DISPONEMOS ?

- Bloqueos con anestésicos locales
- Bloqueos con Corticoides
- Bloqueos con toxina botulínica
- Radiofrecuencia
 - Pulsada
 - Continua
- Estimulación eléctrica: medular , radicular, nervio periférico , subcutánea
- Infusión intraespinal de fármacos





TRATAMIENTOS EN HOSPITAL DE DÍA



Bloqueos



El bloqueo consiste en la administración de un anestésico local en la estructura que tras anamnesis y la exploración física consideramos que es el origen fundamental del dolor que padece el paciente.



Tiene una finalidad diagnóstico – terapéutica, pueden realizarse con a.local, corticoides, toxina, ac hialuronico etc.



Bloqueos musculares, Intraarticulares, nervios (ramo medial)

Radiofrecuencia

Las ondas de RF al atravesar el tejido agitan sus iones y esto hace que se libere calor.

➤ RF continua

Técnica neuroablative

Tº: 60-90ºC

Para nervios puramente sensitivos

➤ RF Pulsada

Técnica neuromoduladora, no neuroablative.

Tº máxima alcanzada es de 40-42ºC en un tiempo de 120 segundos



Radiofrecuencia



Fase 1: Confort

Paciente libre de dolor, en especial con RFP

No es necesario inyectar AL tras la lesión



Fase 2: Disconfort

Puede durar tres semanas por efecto “neuritis like” y también por el inherente a la exposición eléctrica



Fase 3: Mejoría clínica

Duración variable (entre 7 y 10 meses)

Quizás más corta que con la RF convencional



Fase 4: Recurrencia del dolor

Por la regeneración del tejido neural

Los axones se regeneran (ramo medial) pero la mitad de los pacientes a los que se realizó lesión de dicho ramo siguen libres de dolor tras doce meses.



Técnicas de neuroestimulación

Terapias que permiten administrar de forma selectiva señales eléctricas a territorios específicos del sistema nervioso con el fin de modificar la actividad neuronal de forma reversible

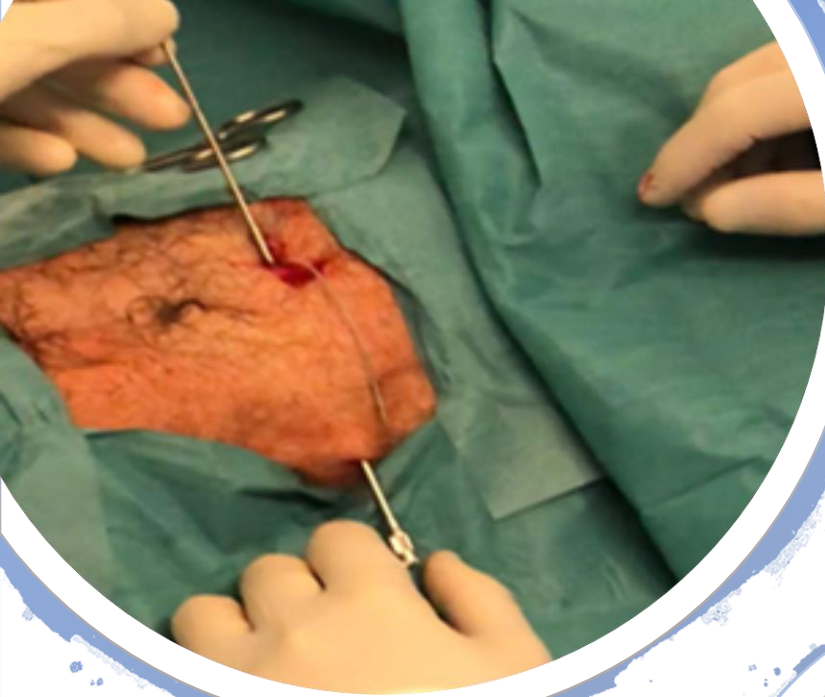
1) INTRAESPINAL:

- - Cordones posteriores
- -Radicular

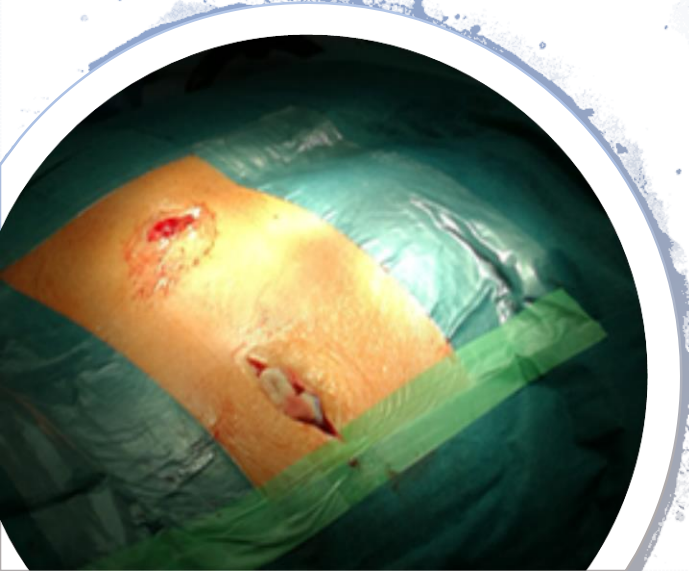
2) EXTRAESPINAL:

- -N. periférico (mediano, cubital, safeno...)
- - Subcutánea

Infusión intratecal de fármacos

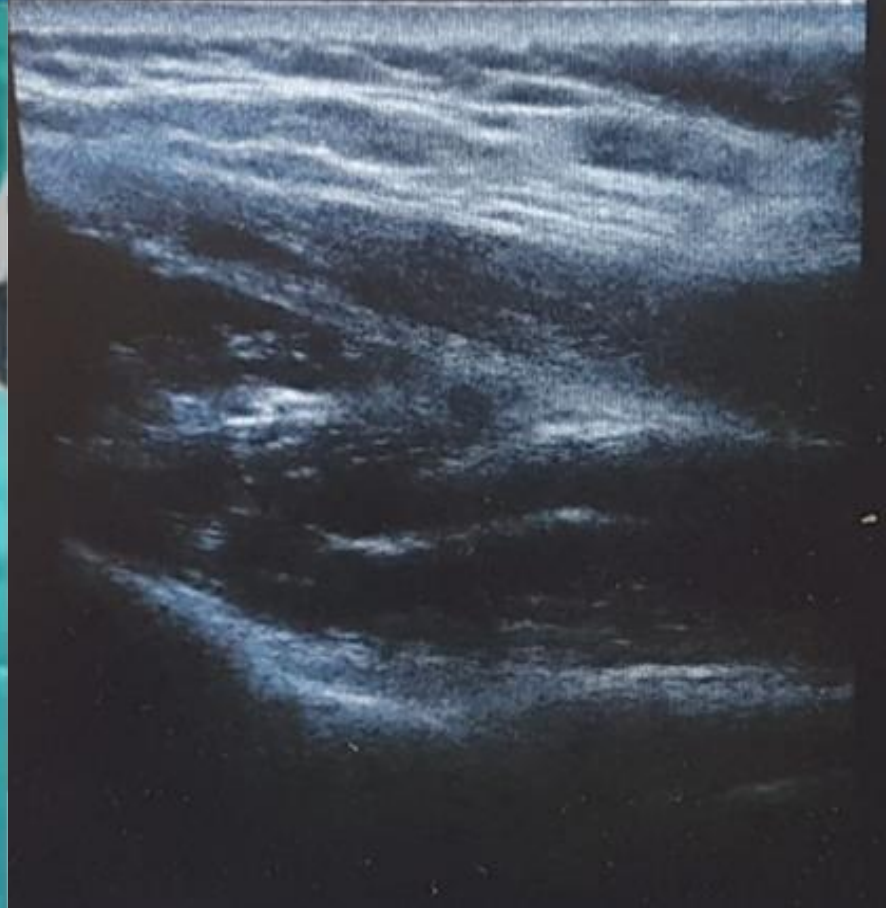


- Implantación de un catéter en el espacio intradural conectado a un sistema de infusión implantado.

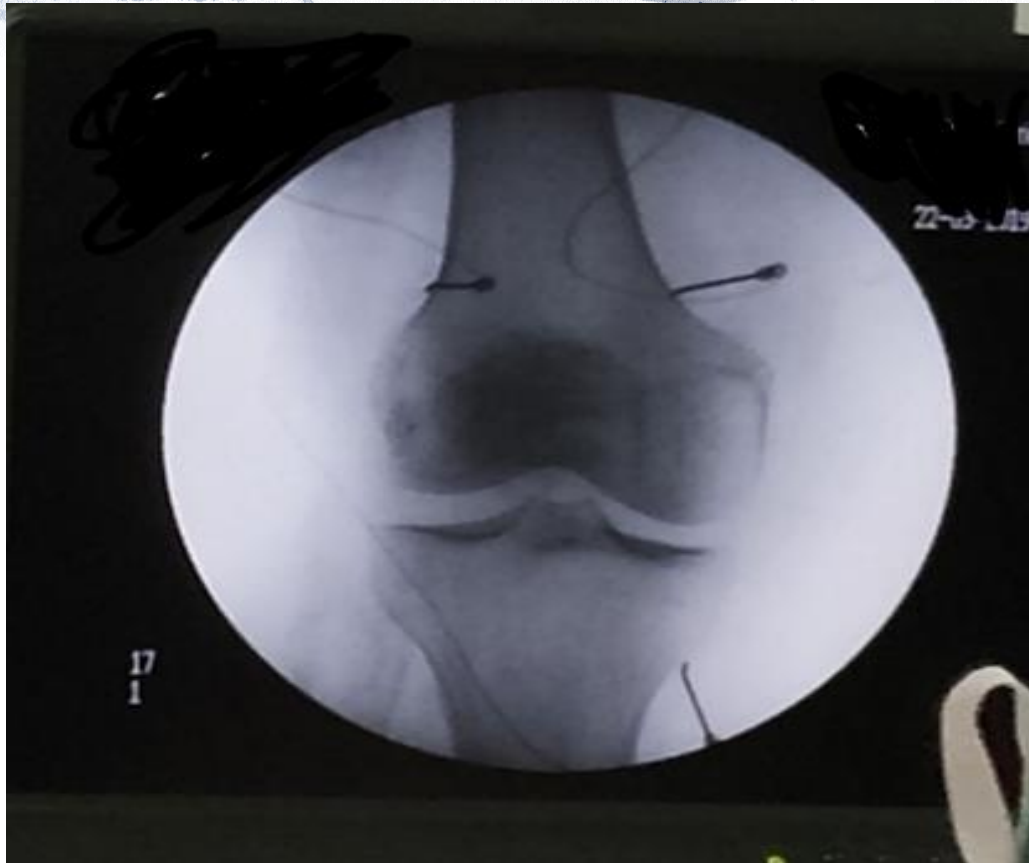


¿Qué técnicas podemos realizar desde el punto de vista del intervencionismo para las patologías más frecuentes?

OMALGIA



GONALGIA



Dolor Cervical



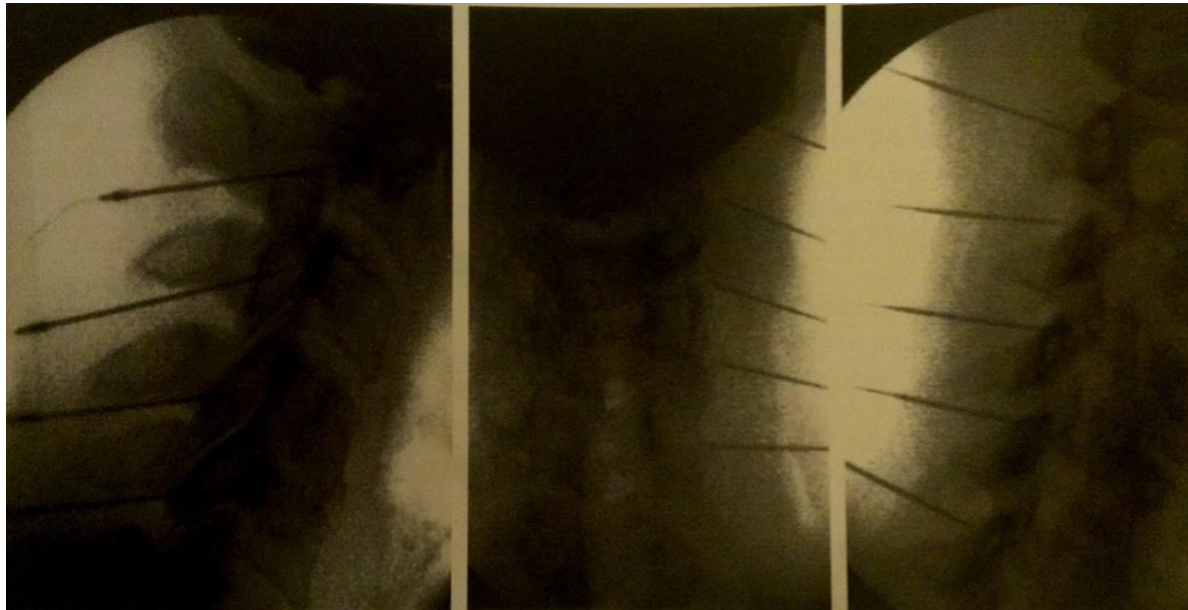
BLOQUEOS
MIOFASCIALES



BLOQUEOS DE
FACETAS
CERVICALES / RFC



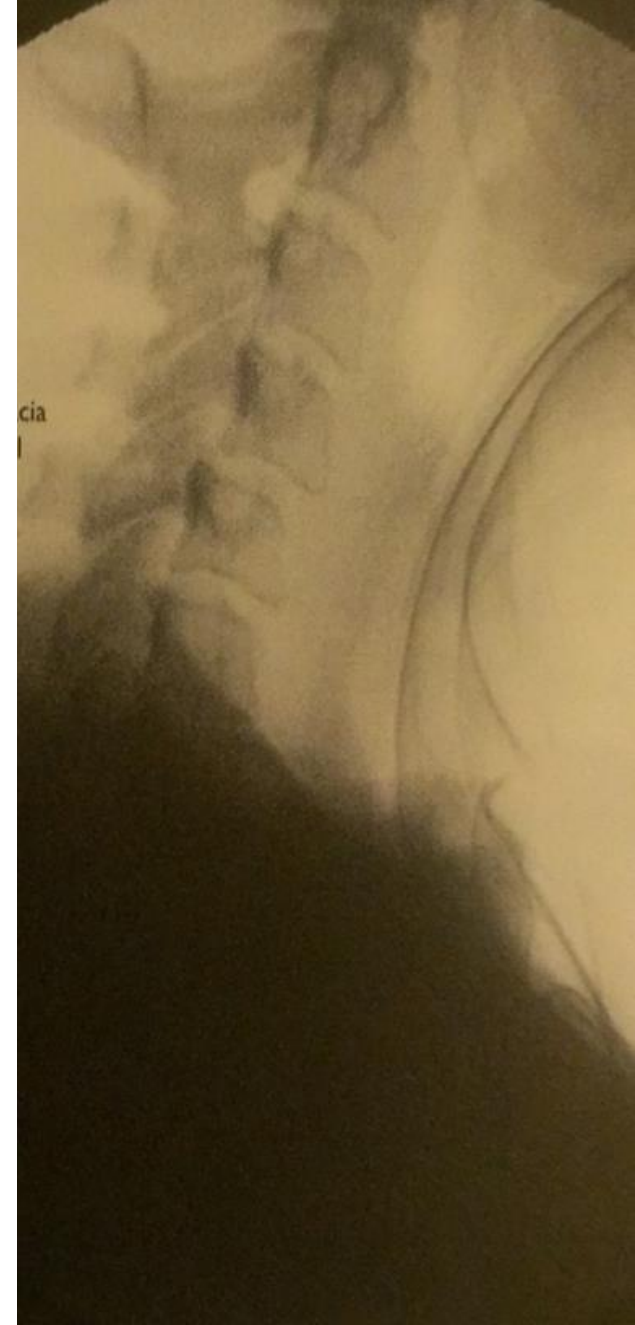
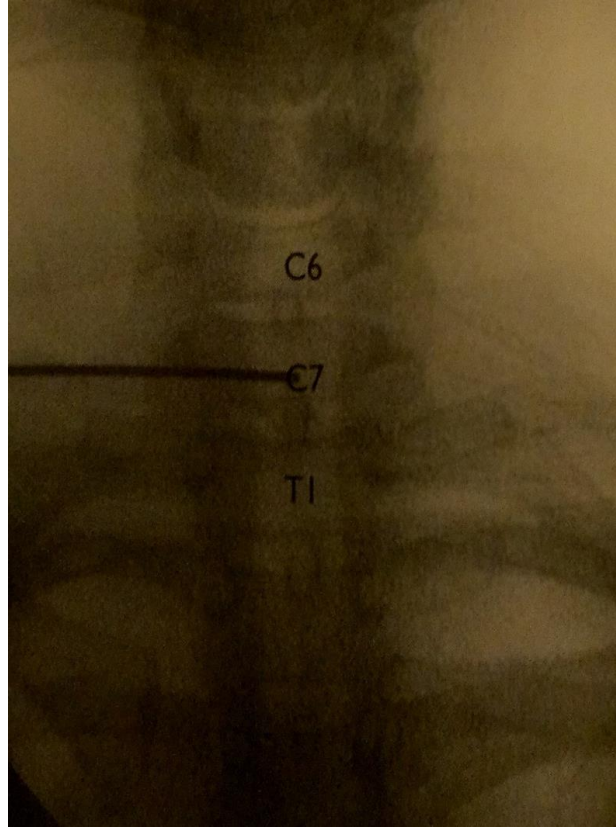
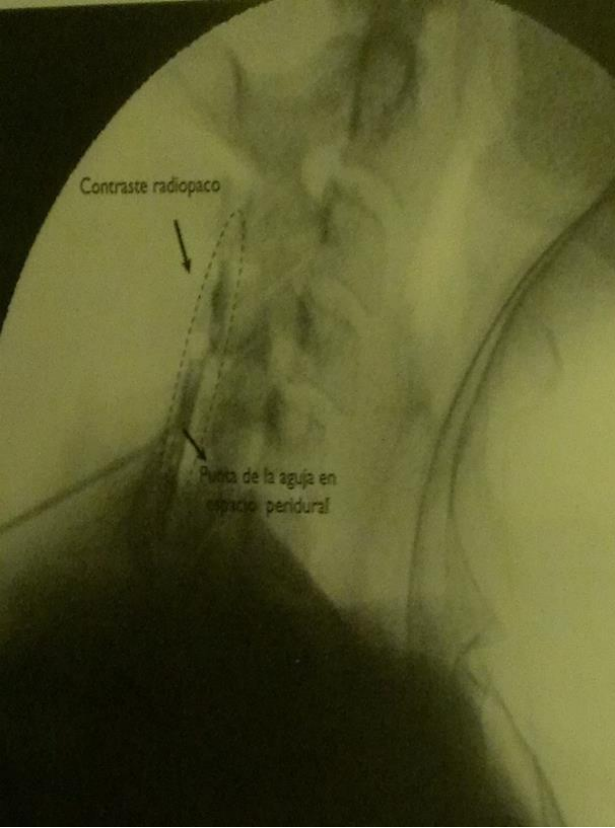
EPIDURAL
CERVICAL



Bloqueo FACETAS CERVICALES

Indicaciones:

- Dolor cervical irradiado a nuca, cintura escapulohumeral y MSD
- Sin patrón radicular.
- Dolor en carillas articulares a la palpación



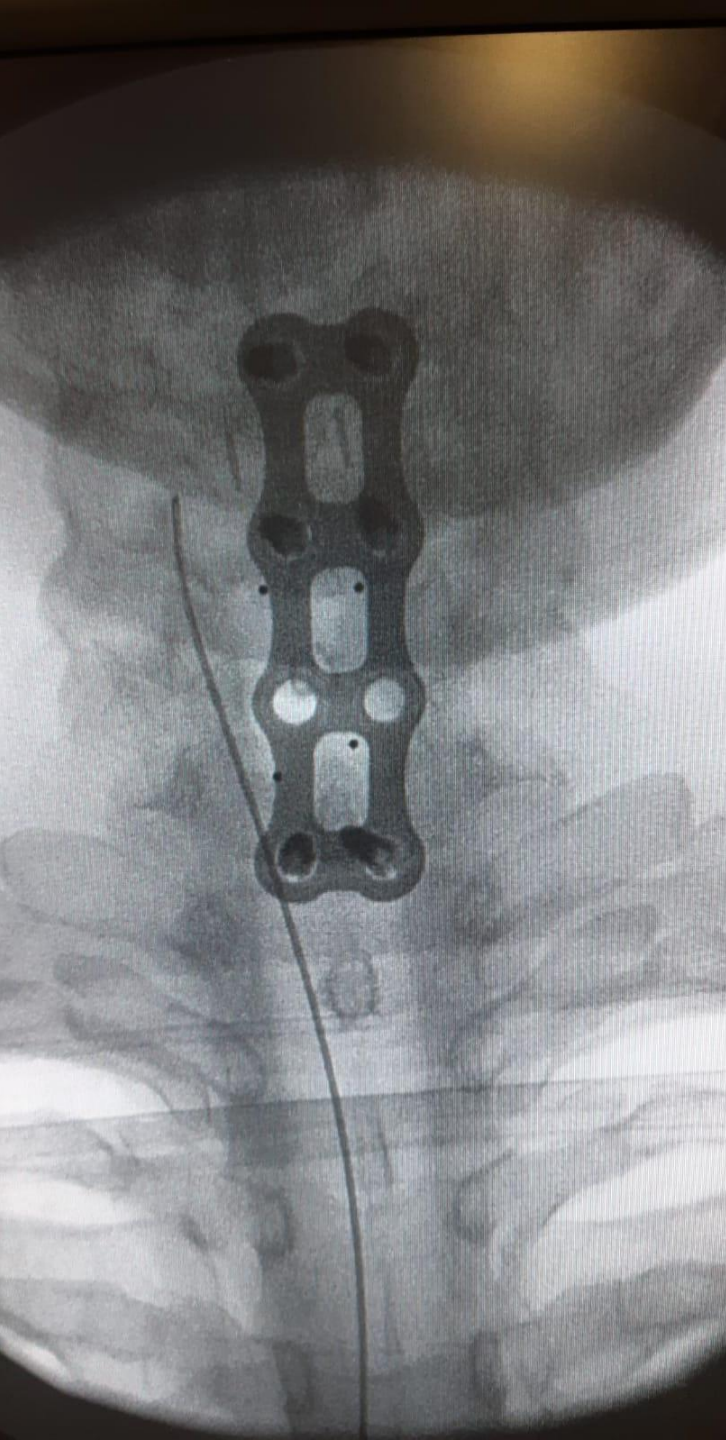
Bloqueo epidural cervical

- Indicaciones:
 - Dolor cervical radicular relacionado con la afectación de una raíz nerviosa ocasionada por una hernia discal.

Epidurolisis y RF intracanal

INDICACIONES

- Dolor cervical radicular relacionado con la afectación de una raíz nerviosa ocasionada por una hernia discal.
- FBSS
- Espondilosis cervical, cervicalgia crónica, polineuropatía diabética, neuralgia postherpética.
- SDRC



DOLOR LUMBA

Bloqueos miofasciales

Bloqueo facetario

Bloqueo artic, sacroiliaca

Epidural

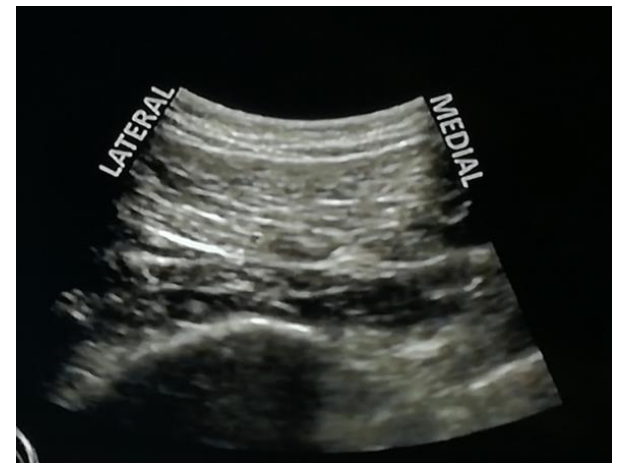
Bloqueos/RFP radiculares

Epidurolisis

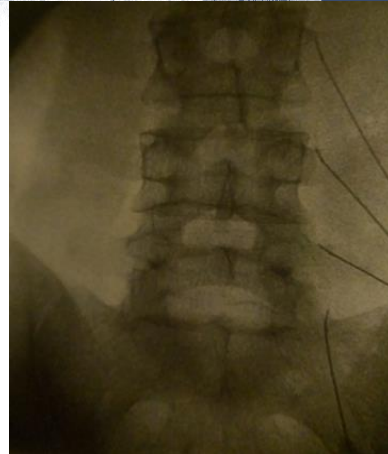
Estimulación cordones posteriors, GRD

DOLOR MIOFASCIAL LUMBAR

1. C. LUMBAR
2. PSOAS
3. PIRAMIDAL

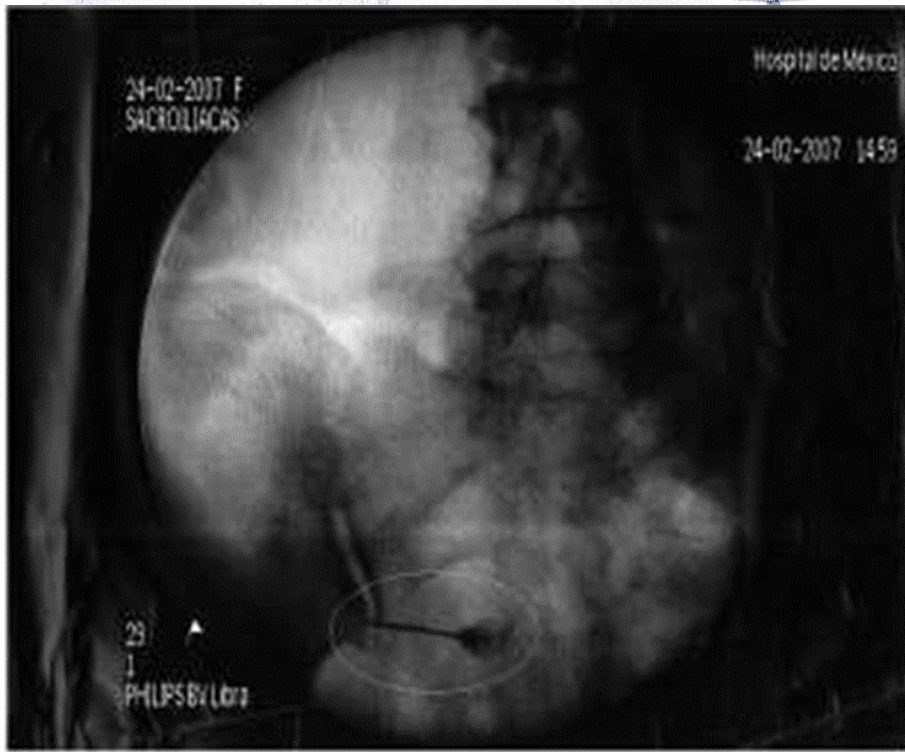


BLOQUEO FACETAS LUMBARES



- Dolor lumbar de características mecánicas, empeora con la hiperextensión lumbar
- Dolor referido sobretodo en región glútea y a la porción proximal de extremidades inferiores.

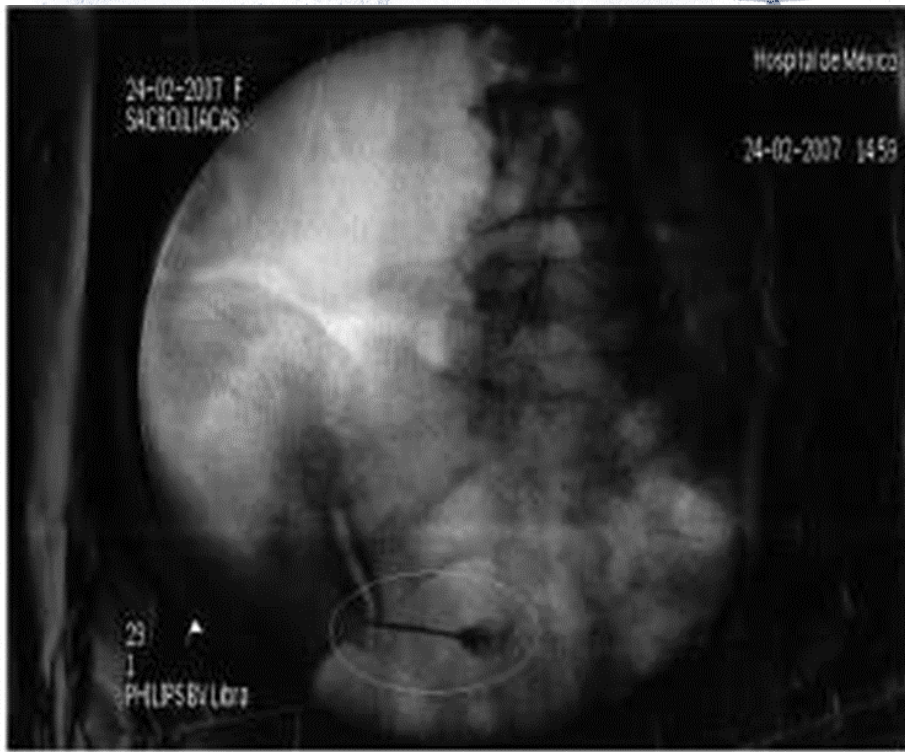
BLOQUEO artic. SACROILIACA



Causas:

- Trauma directo 44%
(accidentes de tráfico, caídas de glúteos, lesiones por repetición y torsión)
- No hay síntomas o signos radiológicos específicos, la inyección intrarticular puede ser diagnóstica

BLOQUEO artic. SACROILIACA



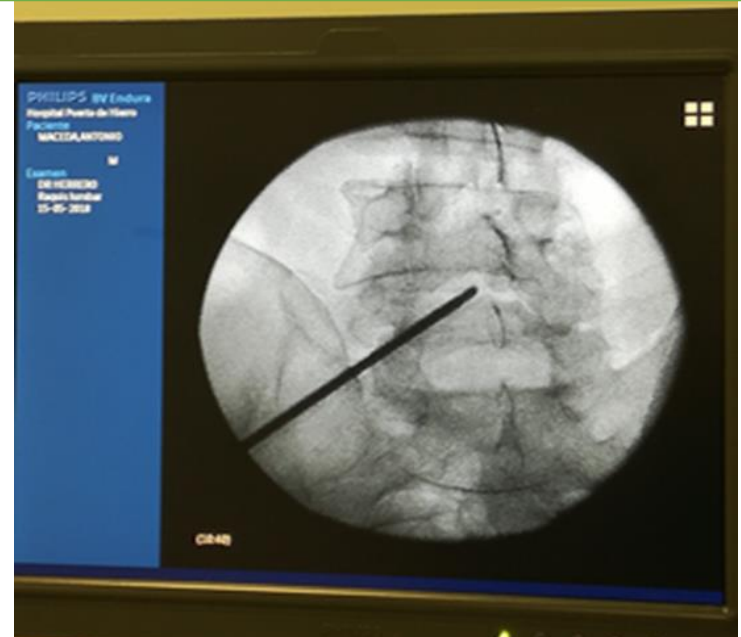
Causas:

- Trauma directo 44%
(accidentes de tráfico, caídas de glúteos, lesiones por repetición y torsión)
- No hay síntomas o signos radiológicos específicos, la inyección intrarticular puede ser diagnóstica

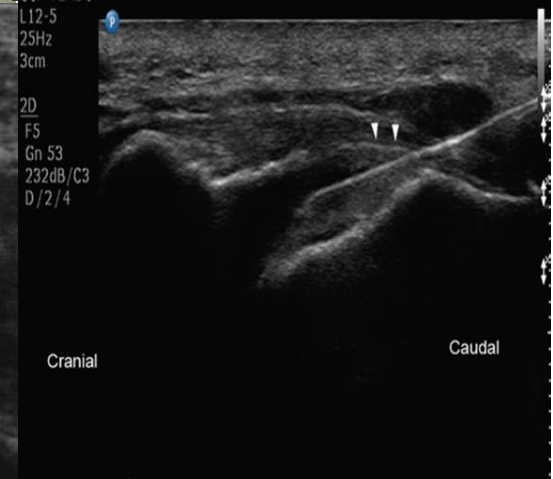
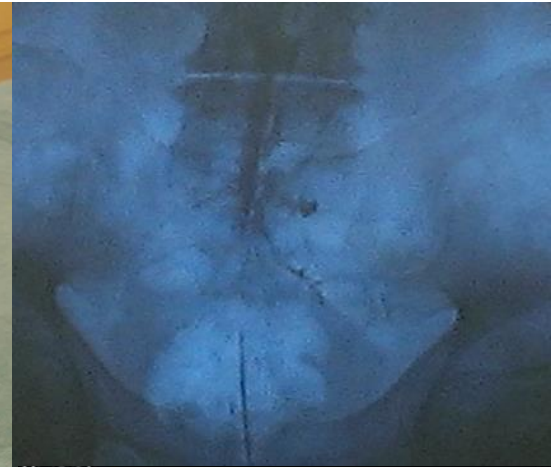
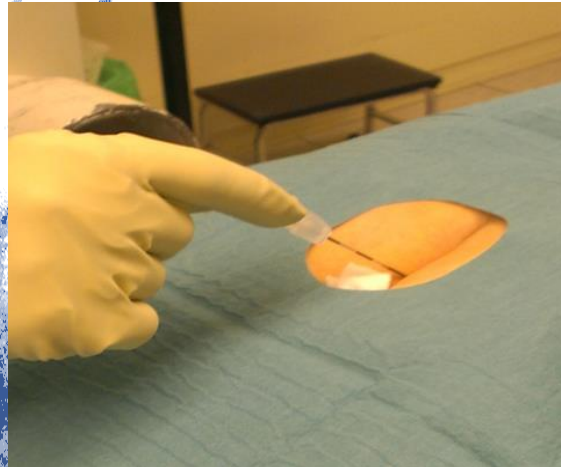
BLOQUEO EPIDURAL LUMBAR

Indicaciones:

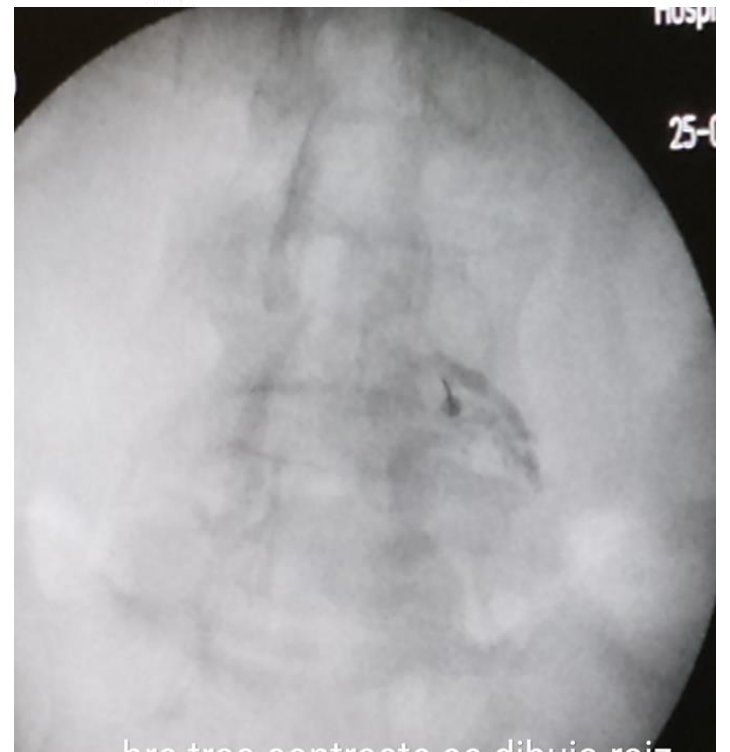
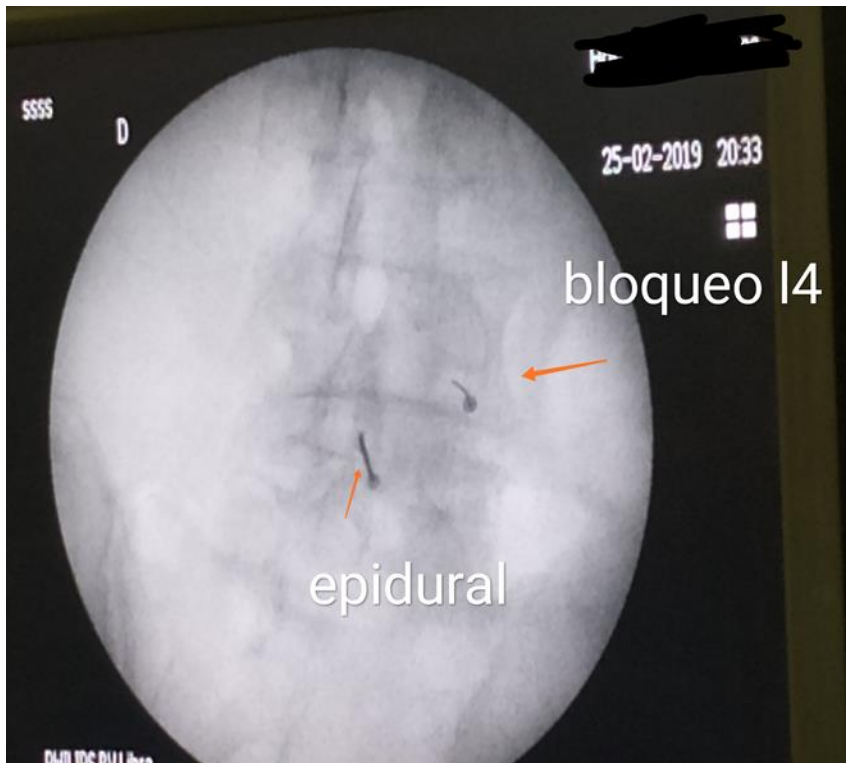
- Dolor lumbar con irradiación radicular preferentemente bilateral.
- Estenosis del canal lumbar
- Fibrosis Peridural
- Polineuropatía diabética
- SDRC
- Síndrome miembro fantasma
- Dolor pélvico crónico.



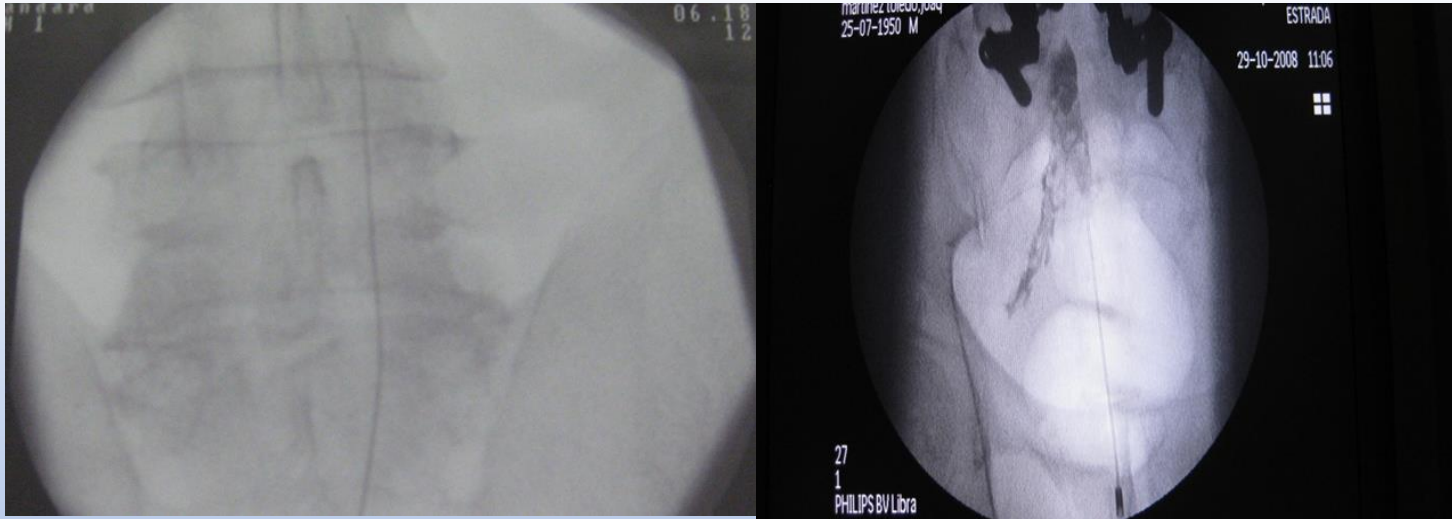
Bloqueo epidural caudal



BLOQUEO / RFP RADICULAR SELECTIVO



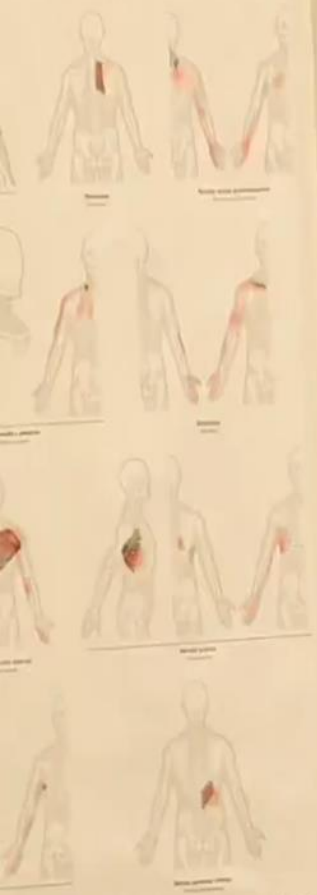
EPIDUROLISIS



Tratamiento del dolor de origen espinal. Preferente de carácter radicular y en el que se sospecha de fibrosis o cicatrices en el espacio epidural

- 1) Mecánico: A través de volúmenes elevados de líquido
- 2) Químico: hialuronidasa, triamcinolona, y suero salino hipertónico

B. GATILLO®
Codo y Brazo (1)



19.08.22-17:20:...

18/11/1858

Dinámico/Ampliado

Orto/Trauma



Estándar

Escopia



00:03:04

541.44 cGycm²

LSH



RX listo



E 20 %
LUT Linear

19.08.22-17:20:...

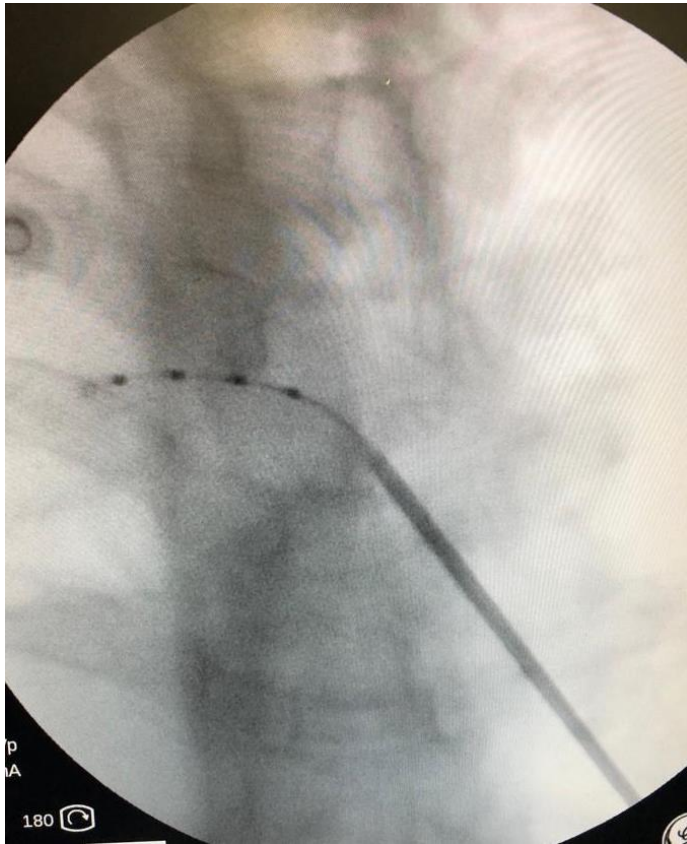
STUDY 1
22/08/2019
17:48:46
3 IMA 1

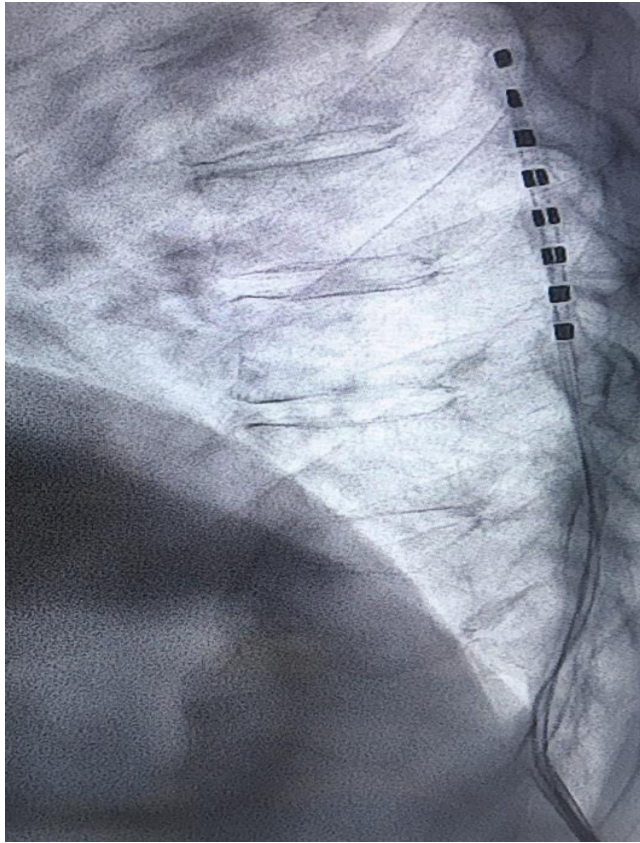
kV 68
mA 4.6
Cont.



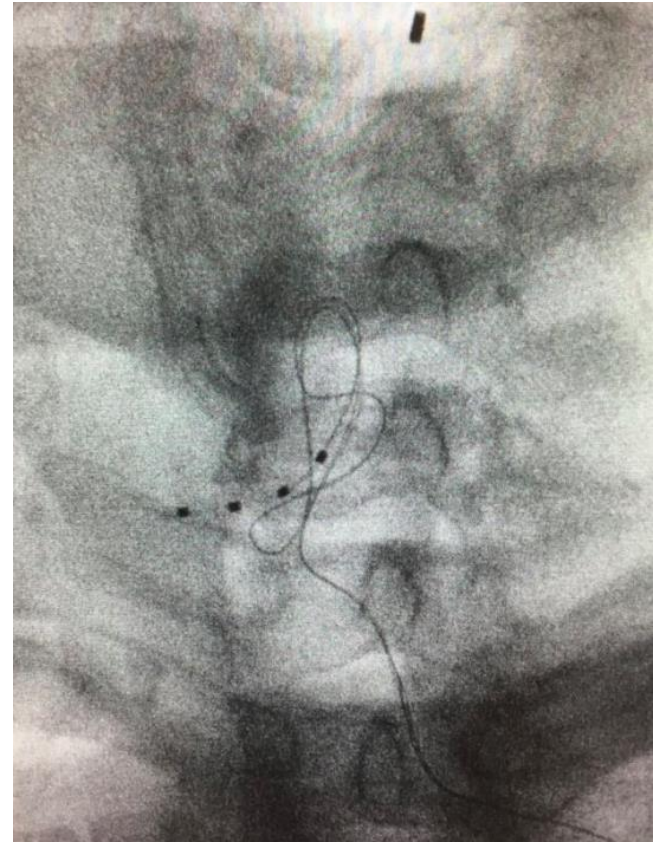
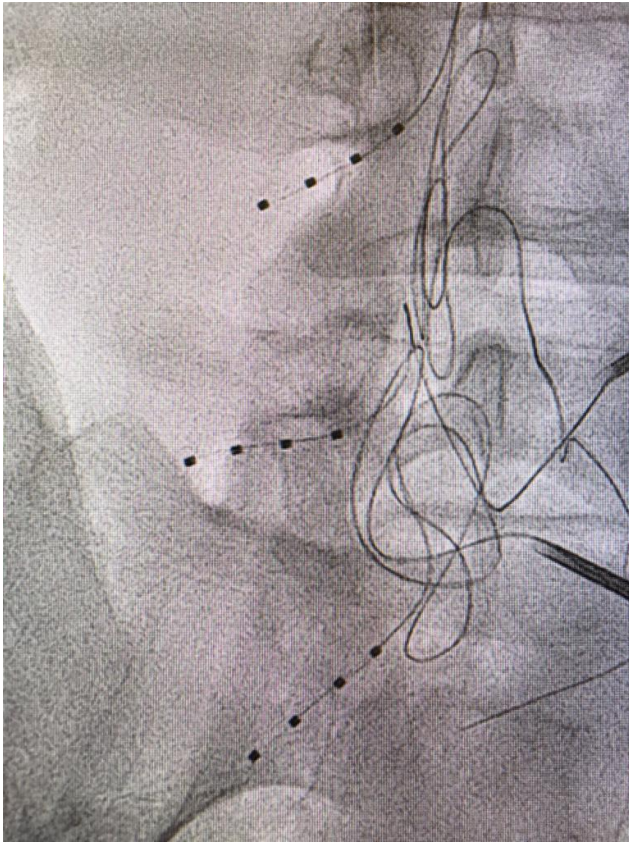
discogel

Estimulación medular y GRD





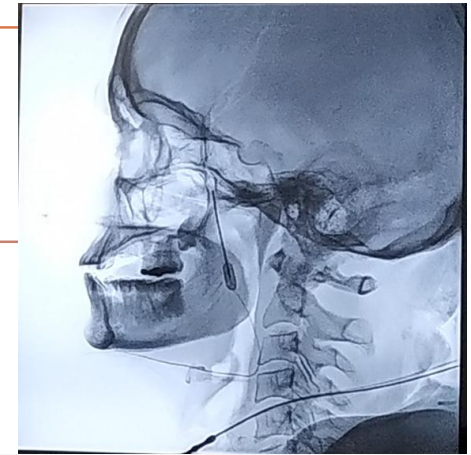
Tipos de electrodos



Tipos de electrodos

CEFALEAS

Bloqueo de ganglio
esfenopalatino



Bloqueo Gg. De Gasser





TRATAMIENTOS PARA DOLOR TIPO NEUROPATICO

- APLICACIÓN DE PARCHE DE QUTENZA
- LIDOCAINA EV
- RF DE NERVIOS PERIFÉRICOS
- ELECTRODOS PERIFÉRICOS

Técnicas
para
pacientes
oncológicos

Bloqueo de N. esplácnicos (tumores de páncreas)

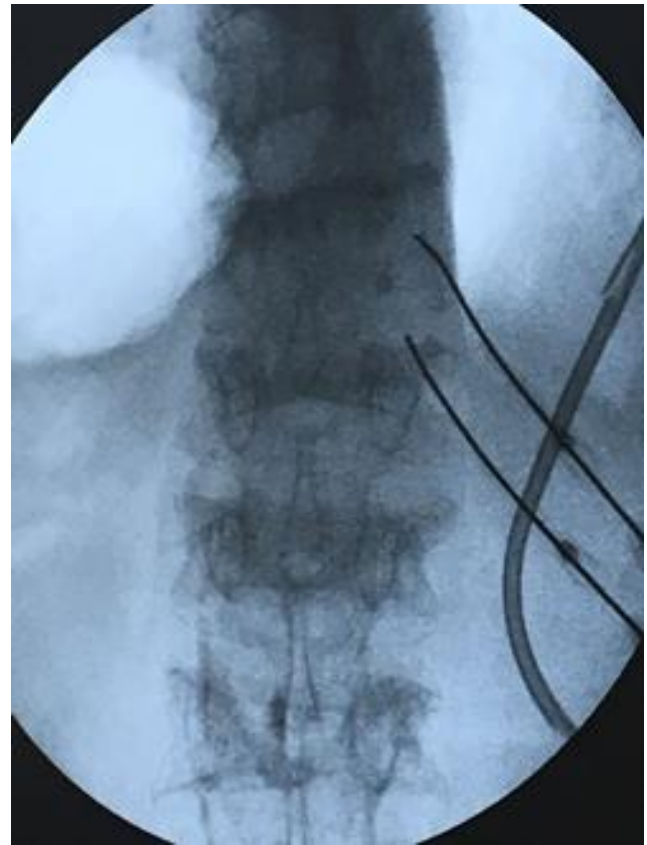
Bloqueos plexo hipogástrico sup- inferior (dolor pelvico)

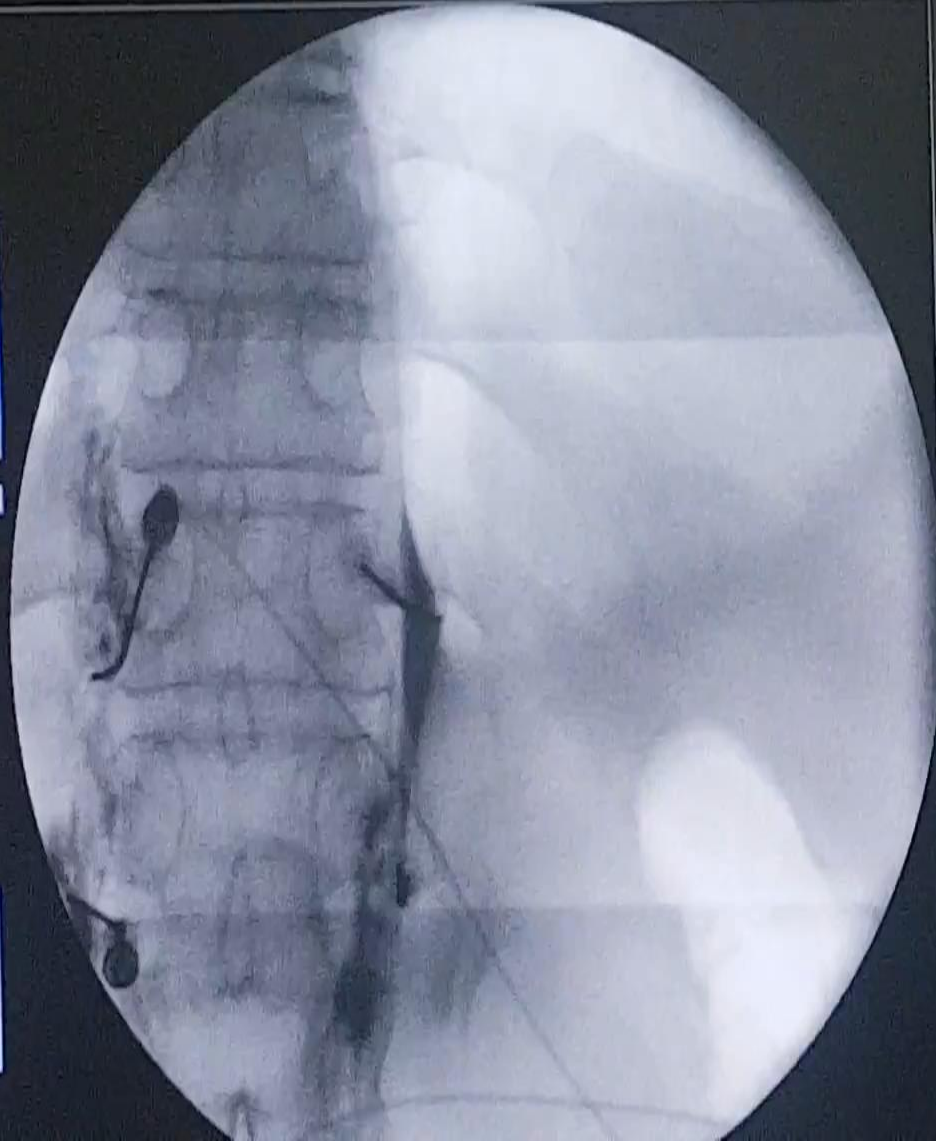
Bloqueo de ganglio impar/Walther (dolor perineal)

Bloqueo de plexo celiaco

BOMBA INTRATECAL

NEUROLISIS N. ESPLACNICOS





19.02.25-20:32:59-STD
19.02.25-20:32:59-STD-1.3.12.2.1107.5.12.9.18287
*18/11/1858

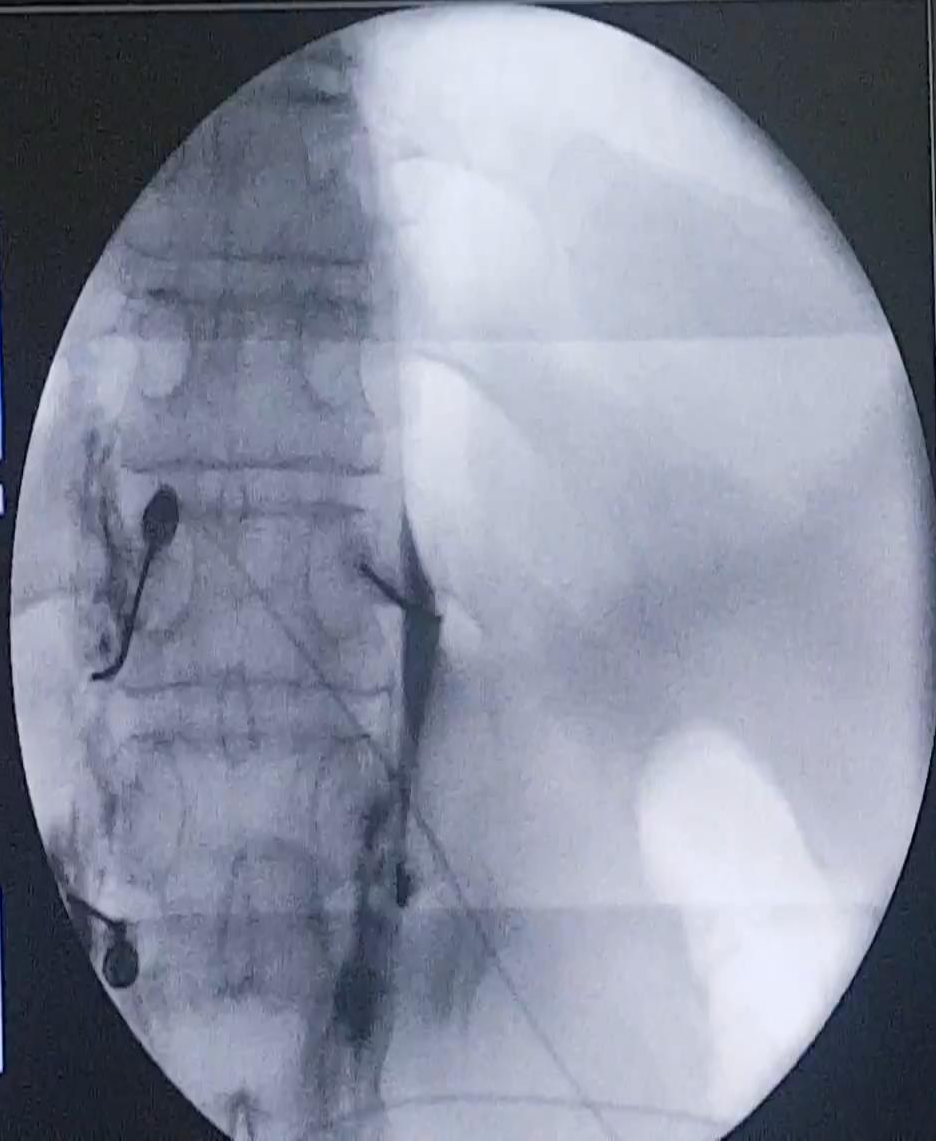
STUDY 1
25/02/2019
21:14:07
73 IMA 1

H COLLADOVIL
AR



KV 74
mA 73

LL



19.02.25-20:32:59-STD
19.02.25-20:32:59-STD-1.3.12.2.1107.5.12.9.18287
*18/11/1858

STUDY 1
25/02/2019
21:14:07
73 IMA 1

H COLLADOVIL
AR



KV 74
mA 73

LL

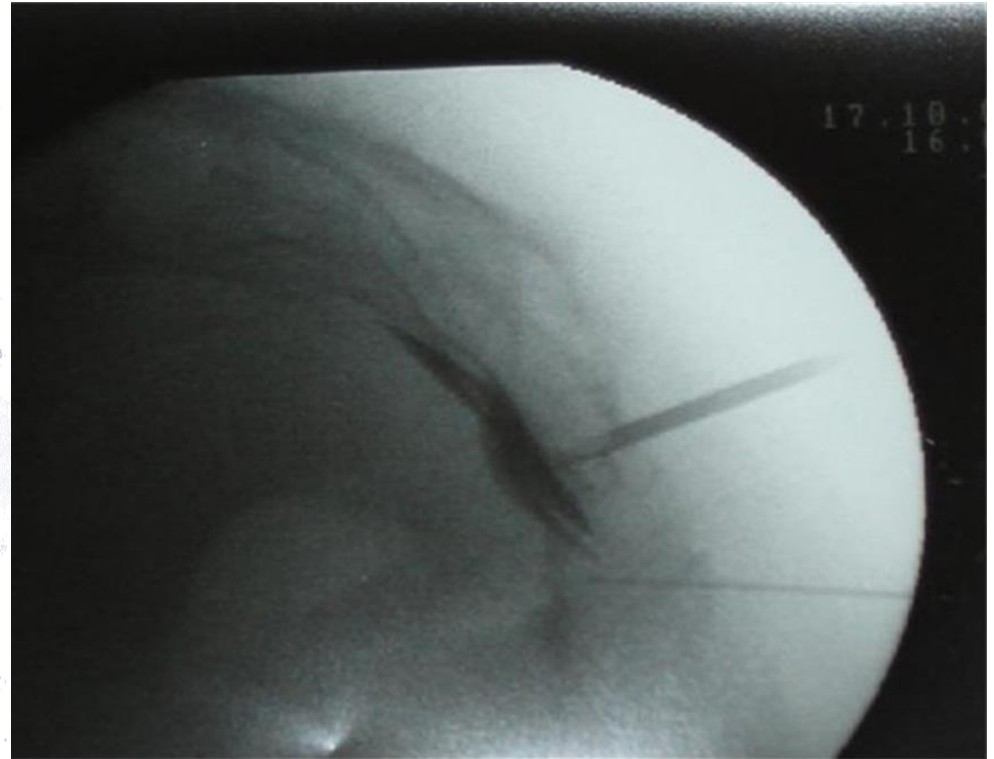


Bloqueo hipogástrico superior

Indicado en dolor pélvico a
región abdominal inferior

Bloqueo del ganglio impar (Walther)

- Coccicodinea
- dolor visceral perianal y pélvico
- Proctalgia fugaz
- enteritis.
- Cistitis intersticial.



Cartera de servicios.



Y ahora que sabemos lo que hacemos.....



¿ QUÉ PACIENTES SE PUEDEN BENEFICIAR DE SER TRATADOS EN LA UNIDAD ?

Criterios de derivación. Generalidades

- Dolor diagnosticado y no controlado con analgesia 2º-3º escalón
- Necesidad de orientación por la UD
- Priorizar pacientes subsidiarios de técnicas intervencionistas
- Primera visita: acudirá paciente con informes, pruebas complementarias y tratamiento analgésico actualizado
- Cita programada. No atención urgente.
- Uso de la e- consulta

CRITERIOS DE DERIVACIÓN



CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sin tratamiento
- Pacientes sin diagnóstico
- Pacientes en lista
- Dolor osteoarticular sin haber realizado
- Sospecha de



sin

Algunos puntos a destacar...

INTENTO DE DESMITIFICACIÓN

UNIDAD DEL DOLOR = INFILTRACIONES y/o MORFINA

TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA = INFILTRACIONES

Establecer expectativas realistas

Buena selección de pacientes.

**EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ES RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS
PROFESIONALES**



MUCHAS
GRACIAS
POR
VUESTRA
ATENCIÓN

