



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

ElDolor

ISSN: 0717-1919

Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

N° 68 | Diciembre 2017 | Año 27

Editorial	Juan Pablo Miranda	Palabras del Editor	8
Originales	Camila Romero	Relación entre el Adecuado Manejo del Dolor Agudo Perioperatorio e Incidencia de Dolor Crónico no Oncológico	10
	Carola Montecino	Filosofías, Modelos y Teorías en Enfermería: Un Acercamiento a las Bases Ontológicas de los Cuidados Paliativos en la Disciplina	18
	Carola Montecino	Consideraciones Culturales en Cuidados Paliativos: La Interdisciplinariedad al Servicio de las Personas	22
Revisiones Bibliográficas	Luis Contreras	Intervención en Crisis: Estrategia de Enfermería para el Afrontamiento de la Vivencia Dolorosa	26
Casos Clínicos	Santiago Ayala	Espacio Retrodural de Okada: Comunicación de un Caso	32
Reseñas Bibliográficas	Rodrigo Fernández	Revista de Revistas	36
Noticias			38
Agenda			44
Normas de Publicación			46





Helixor

Bringing life to life.



XENIUS PHARMA

San Pio X 2445, Oficina 1103, Oficina 1103, Providencia

www.xeniuspharma.cl

Revista El Dolor de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

Editorial	Juan Pablo Miranda	Palabras del Editor	8
Originales	Camila Romero	Relación entre el Adecuado Manejo del Dolor Agudo Perioperatorio e Incidencia de Dolor Crónico no Oncológico	10
	Carola Montecino	Filosofías, Modelos y Teorías en Enfermería: Un Acercamiento a las Bases Ontológicas de los Cuidados Paliativos en la Disciplina	18
	Carola Montecino	Consideraciones Culturales en Cuidados Paliativos: La Interdisciplinariedad al Servicio de las Personas	22
Revisiones Bibliográficas	Luis Contreras	Intervención en Crisis: Estrategia de Enfermería para el Afrontamiento de la Vivencia Dolorosa	26
Casos Clínicos	Santiago Ayala	Espacio Retrodural de Okada: Comunicación de un Caso	32
Reseñas Bibliográficas	Rodrigo Fernández	Revista de Revistas	36
Noticias			38
Agenda			44
Normas de Publicación			46



International Association for the Study of Pain

IASP[®]

Working together for pain relief

Capítulo Chileno de la Asociación Internacional
para el Estudio del Dolor (IASP)

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

Editor Responsable

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

Correspondencia Científica
editor_dolor@ached.cl

website: www.ached.cl/canal_cientifico/revista_eldolor.php

Comité Editorial Nacional

Abusada Abusada, Nancy
Químico Farmacéutico

Larrea Aguilar, María Belén
Médico Cirujano, Anestesiología

Aguayo Zamora, Carlos
Médico Cirujano, Anestesiología

Parra Giordano, Denisse
Enfermera Universitaria, MSc

Cabrera Schulmeyer, María Carolina
Médico Cirujano, Anestesiología

Ramírez Skinner, Hernán
Cirujano Dentista, Cirugía y Traumatología
Buco Maxilofacial

Cavada Chacón, Gabriel
MSc Bioestadística, PhD Econometría

Rabah Heresi, Edward
Médico Cirujano, Anestesiología

Contreras Domínguez, Víctor
Médico Cirujano, Anestesiología

Rico Pazos, María Antonieta
Médico Cirujano, Anestesiología

Corro Campos, Claudia
Cirujano Dentista, Trastornos
Temporomandibulares y Dolor Orofacial

Ritter Arcos, Paola
Médico Cirujano, Medicina Física y Rehabilitación

Cura Capurro, María Alejandra
Enfermera Universitaria

Sánchez Krause, Patricia
Médico Cirujano, Anestesiología

Fernández Rebolledo, Rodrigo
Médico Cirujano, Anestesiología

Velasco Venegas, Maritza
Médico Cirujano, Anestesiología

González Amarillo, Cecilia
Médico Cirujano, MSc

Consejo Editorial Internacional

Arbaiza Aldazábal, Daniel

MD, Neurólogo
Perú

Kamel, Carolina

MD, Pediatra, Medicina Paliativa
Venezuela

Cerveró, Fernando

MD, PhD, Medicina del Dolor
Canadá

Miró, Jordi

Psicólogo, PhD
España

Finnerup, Nanna Brix

MD, Neuróloga, Medicina del Dolor
Dinamarca

Rodríguez, José Luis

MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor y
Cuidados Paliativos
España

Genis Rondero, Miguel Ángel

MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor
México

Rosenfeld, Noemí E.

MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor y
Cuidados Paliativos
Argentina

Gómez Sancho, Marcos

MD, PhD, Anestesiólogo, Medicina Paliativa
España

Rodríguez, Manuel

MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor y
Cuidados Paliativos
España



International Association for the Study of Pain

IASP[®]

Working together for pain relief

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

Capítulo Chileno de la Asociación Internacional
para el Estudio del Dolor (IASP)

Asociación Chilena para el Estudio del Dolor ACHED

Directorio 2016-2018

Presidente

Dra. Marisol Ahumada Olea

Vicepresidente

Dr. César Cárcamo Quezada

Secretaria

EU Lorena Méndez Muñoz

Tesorera

Dra. María Eliana Eberhard Fellay

Directores

Dr. Fernando Hormazábal Navarrete

Dr. Gerardo Correa Illanes

Dr. Ronny Muñoz Manzur

Past President

Dr. Norberto Bilbeny Lojo



International Association for the Study of Pain

IASP

Working together for pain relief

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

La Revista "El Dolor" es el órgano oficial de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. Es una publicación semestral cuyo primer número fue editado en octubre de 1991. En febrero de 1995 esta publicación fue inscrita en la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos y se solicitó a CONICYT el International Standard Serial Number (ISSN), que le fue concedido como el 0717-1919. Este número debe ser exhibido en el extremo superior derecho de la carátula. Esto le significa figurar en los listados internacionales y le obliga a la periodicidad acordada y a la calidad que debe tener el órgano oficial de un capítulo nacional de la International Association for the Study of Pain (IASP).

En 2007, el Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, en São Paulo, de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), otorgó la indexación de la revista El Dolor en la base de datos de la BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), en el recurso LILACS (Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud), en la Sección de fisiología, con el N° SECS 13552.

Revista de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

Representante Legal y Editor Responsable

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

Editor Responsable

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

Correspondencia Científica
Dr. Juan Pablo Miranda Olivares
Perseo 608 - Las Condes - Santiago
editor_dolor@ached.cl

website: www.ached.cl/canal_cientifico/revista_eldolor.php

Secretaría ACHED

Ángela Valenzuela Serrano
Teléfono: +56 9 8637 3057
E- Mail: secretaria@ached.cl

Edición, Diseño y Diagramación Arca Comunicaciones Ltda.

Cuarto Centenario 420, Las Condes.
Santiago de Chile.
Teléfonos: (56) 22 220 9022 - (56) 22 365 9221
e-mail: arca@arca.cl



International Association for the Study of Pain

IASP[®]

Working together for pain relief

Capítulo Chileno de la Asociación Internacional
para el Estudio del Dolor (IASP)

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

La Asociación Chilena para el Estudio del Dolor es una Corporación de Derecho Privado sin fines de lucro. El objeto de esta Asociación es exclusivamente de carácter académico y pretende:

1. Promover y estimular las investigaciones, estudio y conocimiento de los diversos tipos de Dolor agudo y crónico y de los Cuidados Paliativos.
2. Promover la formación clínica permanente en la especialidad del Dolor y los Cuidados Paliativos.
3. Facilitar la difusión de toda información atingente mediante su órgano oficial.
4. Promover y auspiciar Jornadas y Congresos Nacionales y todo tipo de reunión que resulte de interés para los fines de la Asociación.
5. Aconsejar a instituciones internacionales, nacionales y regionales sobre normas relacionadas con el uso de fármacos y procedimientos que ayuden al tratamiento del Dolor.
6. Estimular la participación en toda actividad nacional e internacional que se relacione con la investigación del Dolor y los Cuidados Paliativos.

Podrán ser socios de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor aquellos profesionales de la salud interesados en la temática. La solicitud de ingreso que se encuentra publicada en www.ached.cl debe ser avalada por dos socios activos y aprobada por el Directorio; en dicho caso se ingresa a la Asociación en calidad de socio adherente. Para optar a la calidad de socio activo, el postulante deberá, presentar un trabajo original o revisión bibliográfica en las reuniones mensuales de ACHED.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) declaró a 2018 como el año de la “excelencia en la educación del dolor”. Es una iniciativa a nivel global para que el ya reconocido “Quinto Signo Vital” alcance un nivel superior en cuanto a las políticas públicas de sanidad, incentivando entre otros aspectos la formación de equipos expertos en Unidades de Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos.

La organización internacional advierte que hay deficiencias en la formación profesional en el tratamiento del dolor y, más, en la formación de equipos tratantes con una estrategia integral y complementaria. IASP advierte que no hay programas suficientes para la formación de expertos y que aún se asume que la patología dolorosa se puede afrontar sin adiestramiento o capacitación especializada.

ACHED, miembro de IASP, ha puesto especial énfasis en su trabajo de este año en profundizar su característica como entidad científica multidisciplinaria, conciente que el nivel de excelencia en el manejo del dolor y cuidados paliativos se alcanza con la participación de distintos profesionales en un enfoque integral.

Ha sido un gran avance en los últimos años la formación de Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos en la red hospitalaria, tanto pública como privada. Y ellas han sido, hasta ahora, una buena escuela para la formación y experiencia de especialistas. No obstante, se requeriría que en las escuelas universitarias de medicina y de formación de otros profesionales afines al manejo del dolor hubiese más tiempo, más programas, más compromiso y convicción para avanzar aún más en todo el arco formativo, de médicos generales y especialistas en analgesia y fisioterapia, en enfermería, kinesioterapia, psicología y otros profesionales que brindan atención, educación y alivio a los pacientes que padecen dolor agudo y crónico.

En esta edición N° 68 de El Dolor destacamos la participación de enfermeras (os) universitarios con trabajos científicos. Es una gran contribución para la complementariedad e integralidad en el manejo del dolor y cuidados paliativos. ACHED sigue así el rumbo enmarcado en su misión de “promover y estimular las investigaciones, estudio y conocimiento de los diversos tipos de dolor agudo y crónico y el entrenamiento para su terapéutica”. Las (os) enfermeras (os) están siempre cerca del paciente y son artífices de su educación en el manejo de sus dolencias y en la difícil tarea de explicar al paciente y su entorno el porqué del dolor y del padecimiento.

I Sonia Eugenia Contreras C. (Enfermera, Departamento Enfermería, Universidad del Bio Bio, Chillán; Olivia Inés Sanhueza A. (Enfermera, Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción), Chile. Los Pacientes del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos: Razones y Significados para Enfermeras/Os. Cienc. enferm. vol.22 no.1 Concepción abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000100005>.

En el trabajo “Los Pacientes del Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos: Razones y Significados para Enfermeras/Os” 1, enfermeras(os) de Centros de Salud Familiar de Chillán respondieron un cuestionario sociodemográfico Delphi, en que destacan de su experiencia “el compromiso, los conocimientos, la entrega, la vocación y cumplir con cierto perfil; significa desgaste y no se permanece indiferente frente al dolor; reconocen la formación de pregrado, pero necesitan mayor capacitación por tratarse de un área compleja; los pacientes enfrentan complicaciones y es difícil enfrentarlas solos; dar tranquilidad y paz permite serenidad en los últimos momentos y la carga emocional, espiritual y física es más llevadera; etapa de gran vulnerabilidad; el rol cobra importancia en lo clínico y en lo humano al entregar apoyo emocional en fallecimiento y duelo”.

En los últimos años ACHED ha contribuido institucionalmente por el trabajo mancomunado de sus directivas a que se formen más y más unidades de dolor y cuidados paliativos, integradas por profesionales de distintas disciplinas. De esta manera, los pacientes ya no tienen que hacer un peregrinaje por todo tipo de terapias, en tratamientos desintegrados y focales. El dolor es una de las patologías en que un genuino enfoque bio-psico-social es necesario y fundamental para el alivio del paciente y a su mejor calidad de vida.

Nuestra revista El Dolor es un instrumento vital para la formación, capacitación actualización continua de los profesionales que integran o prontamente se integren a unidades de dolor y cuidados paliativos. Para profundizar nuestra tarea y difundir aún más los aportes científicos de nuestros socios, necesitamos de su entusiasta participación con trabajos científicos que den a conocer sus experiencias y hallazgos.

Agradecemos a todos su compromiso diario en difundir y aplicar conocimiento en el alivio del dolor. Por la suma del servicio y experiencias de todas las Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos, estamos seguros que 2018 ha sido un buen año para dar impulso a la excelencia en educación en dolor.



Juan Pablo Miranda Olivares, MD, MSc
Editor Responsable Revista El Dolor



Relación entre el Adecuado Manejo del Dolor Agudo Perioperatorio e Incidencia de Dolor Crónico no Oncológico

Relationship between the Adequate Management of Perioperative Acute Pain and Incidence of Non-Oncologic Chronic Pain

Romero, Camila ⁽¹⁾; Contreras-Domínguez, Víctor ⁽²⁾; Contreras, Felipe ⁽³⁾; Carbonell-Bellolio, Paulina ⁽⁴⁾

Resumen

El adecuado manejo perioperatorio del dolor agudo y la elección de la técnica anestésica influyen en la incidencia de complicaciones a corto, mediano y largo plazo, encontrándose en este grupo el desarrollo de dolor crónico no oncológico (DCNO). Debido al aumento de la prevalencia de dolor crónico no oncológico y su relación con un manejo inadecuado o insuficiente del dolor agudo en el período perioperatorio, hemos realizado una revisión de su fisiopatología, los factores de riesgo y las técnicas preventivas que permitirían mitigar y/o disminuir su incidencia.

Palabras clave: dolor crónico, dolor agudo, dolor quirúrgico.

Abstract

The adequate perioperative management of acute pain and the correct choice of the anesthetic technique influence the incidence of complications in the short, medium and long term, being in this group the development of chronic non-oncological pain (CNOP). Due to the increase in the prevalence of non-oncological chronic pain and its relation with an inadequate or insufficient management of acute pain in the perioperative period, we have carried out a review of its pathophysiology, risk factors and preventive techniques that would allow mitigating and/or decrease its incidence.

Keywords: chronic pain, acute pain, surgical pain.

(1) Médico Residente de Anestesiología. Universidad de Concepción. Chile.

(2) Médico Anestesiólogo. Servicio de Urgencia y Anestesia Hospital Clínico Regional de Concepción. Chile.

(3) Interno de Medicina. Universidad San Sebastián. Concepción. Chile.

(4) Médico Anestesiólogo. Servicio de Urgencia Hospital Clínico Regional de Concepción. Chile.

Introducción

El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un desafío para los equipos de salud y muy particularmente para los anestesiólogos. En la actualidad, aproximadamente el 10% de los pacientes pueden desarrollar DCNO con relación a distintos tipos de cirugía (1). Se asocia, en la gran mayoría de los casos, a cirugías cruentas y/o de gran envergadura, tales como: cirugías de amputación de extremidades, de tórax abierto (toracotomía), de mama, de pared abdominal, cardíaca, cesáreas y la colecistectomía abierta, entre otras (2).

La cirugía es reconocida como una de las causas más frecuentes de dolor crónico en pacientes que asisten a clínicas del dolor. En una encuesta realizada a más de 5.000 pacientes, se encontró que el grupo de mayor incidencia (34,2%) estaba asociado a enfermedades degenerativas. El

segundo grupo más numeroso (22,5%) había desarrollado DCNO como consecuencia de alguna cirugía (3).

Habitualmente, el DCNO es definido como aquel dolor que persiste por más de 3 meses tras una cirugía. Esta es una complicación reconocida en varias cirugías habituales y pueden llegar a ser una complicación seria a largo plazo, como ocurre en la reparación de hernia inguinal (4). El DCNO tiene un alto y negativo impacto en la calidad de vida y actividades cotidianas de los pacientes afectados por éste; pero también, existe un alto costo para la sociedad en relación a los gastos asociados en salud y sistema de previsión.

Fisiopatología

El trauma y la inflamación que ocurren por la manipulación de tejidos y las incisiones durante la cirugía activan nociceptores y se traducen en impulsos eléctricos que van a la médula espinal, a través de las vías aferentes primarias Aδ y C. La primera neurona aferente hace sinapsis con la segunda neurona en el asta dorsal de la médula y lleva el impulso a centros superiores, a través de la vía espinotalámica contralateral y espinoreticular, que son las dos vías ascendentes principales. A nivel central, existen múltiples proyecciones a la corteza cerebral y otros centros, los que traducen estos impulsos en dolor. El dolor inflamatorio ocurre porque se liberan mediadores inflamatorios y sensibilizadores como las citoquinas, bradiquininas y prostaglandinas, desde las células lesionadas en el sitio de daño tisular.

Los nociceptores han demostrado plasticidad reversible en respuesta a los mediadores inflamatorios. El umbral de activación de los nociceptores disminuye, lo que aumenta la sensibilidad al dolor en el sitio de la lesión tisular (sensibilización periférica).

Este tipo de dolor inflamatorio, secundario a la estimulación local, habitualmente se detiene una vez que la fuente de los mediadores cede, a medida que la cicatrización ocurre o la patología es controlada. La sensibilidad aumentada puede contribuir a la curación al ayudar a proteger la parte del cuerpo dañada hasta que se haya producido una reparación. El sistema nervioso central también demuestra plasticidad en respuesta al dolor y se puede potenciar la señalización del dolor dentro de la médula espinal.

Con la entrada nociceptiva continua, la relación estímulo-respuesta se altera y puede ocurrir un aumento en la excitabilidad de las neuronas en el sistema nervioso central, conocida como sensibilización central. Clínicamente, se manifiesta como una respuesta aumentada al estímulo doloroso (hiperalgesia), y como dolor secundario a estímulo no doloroso (alodinia).

El reclutamiento, la potenciación a largo plazo y la hiperalgesia secundaria son todos procesos asociados con la sensibilización central. El reclutamiento ocurre con la activación repetida de fibras C y se debe a la acción del glutamato en los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). Bajo condiciones normales, un ion magnesio bloquea el receptor NMDA. Con el estímulo doloroso, el ion magnesio que bloquea es removido y la respuesta al estímulo doloroso de las segundas neuronas es amplificadas. Esto explica por qué los antagonistas de los receptores NMDA, como la ketamina, sirven para atenuar o bloquear el reclutamiento. La respuesta de las segundas

neuronas puede durar más que el estímulo inicial y esto es conocido como potenciación a largo plazo, que contribuye a la hiperalgesia. Una disminución del umbral del dolor fuera del área de inflamación (hiperalgesia secundaria) ocurre por una activación aumentada de las segundas neuronas en el asta dorsal de la médula espinal.

El daño neuronal juega un rol importante en el desarrollo del DCNO. Siguiendo la injuria neuronal, ocurren descargas ectópicas de nervios dañados y no dañados, lo que lleva a dolor espontáneo. El aumento de la entrada nociceptiva en el asta dorsal contribuye a la sensibilización central. La pérdida de interneuronas inhibitorias en el asta dorsal produce una desinhibición de las vías del dolor y la facilitación de la transmisión del dolor (5).

El proceso de sensibilización central se considera importante para el desarrollo de dolor persistente; por lo tanto, las técnicas quirúrgicas e intervenciones farmacológicas para minimizar la sensibilización central son un área de gran interés.

Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo que han sido identificados para el desarrollo de DCNO. Algunos de éstos, como la predisposición genética y el género, no son modificables; sin embargo, es posible reducir el riesgo al considerar otros factores, tales como el abordaje quirúrgico, el manejo del dolor agudo y la vulnerabilidad psicológica (Tabla N° 1).

Tabla 1: Factores de riesgo para el desarrollo de dolor crónico postoperatorio

Tabla 1: Factores de riesgo para el desarrollo de dolor crónico postoperatorio	
Factores preoperatorios	Dolor moderado a severo, de más de un mes de duración. Cirugía repetida. Vulnerabilidad psicológica (ejemplo: sensación de catástrofe). Ansiedad preoperatoria. Sexo femenino. Adulto joven. Presencia de compensación laboral. Predisposición genética. Ineficiente control difuso inhibitorio nocivo (DNIC) - una vía descendente de inhibición del dolor.
Factores intraoperatorios	Técnica quirúrgica con riesgo de daño nervioso.
Factores postoperatorios	Dolor (agudo, moderado a severo). Terapia con radiación en un área. Quimioterapia neurotóxica. Depresión. Vulnerabilidad psicológica. Ansiedad.

Control del estrés pre operatorio

En búsqueda de técnicas eficientes para el manejo adecuado de la ansiedad preoperatoria, nos parece interesante analizar algunas intervenciones no farmacológicas del tipo enseñanza/aprendizaje, tales como preparación psicológica, relajación, hipnosis, escucha de música, intervención centrada en la emoción, información sensorial, técnicas de distracción, etc. En general, se sabe que éstas pueden ser una alternativa eficiente a la administración de medicamentos ansiolíticos para disminuir la ansiedad preoperatoria. Es muy importante tener en cuenta la preferencia del paciente, la experiencia del personal de salud y los recursos disponibles.

La ansiedad preoperatoria, más allá de los efectos emocionales en el paciente, también puede tener repercusiones negativas en la cirugía, incluyendo estadía hospitalaria prolongada (6). Dado el amplio impacto de la ansiedad preoperatoria, es fundamental identificarla y disminuirla en el periodo pre quirúrgico.

Los efectos de la preparación psicológica, tales como: información procedimental, información sensorial, intervención cognitiva, relajación, hipnosis y la intervención centrada en la emoción en pacientes sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general sobre los resultados postoperatorios como el dolor, recuperación del comportamiento, duración de la estancia y afecto negativo, fueron estudiados por Powell R y cols. (7). Ellos realizaron un meta-análisis que incluyó 105 estudios (10.302 participantes). Los participantes se sometieron a una amplia gama de procedimientos quirúrgicos, y se utilizó una gama de componentes psicológicos en las intervenciones, con frecuencia en combinación. Sólo en 38 de los 105 estudios existían datos confiables y pruebas estadísticas con la robustez suficiente, como para hacer confiable sus conclusiones. En general, los autores califican la calidad de la evidencia para cada resultado como “baja” y “muy baja”, debido al alto nivel de heterogeneidad en los estudios meta-analizados y el riesgo poco claro de sesgo. Actualmente, la evidencia es insuficiente para llegar a conclusiones firmes sobre el papel de la preparación psicológica para la cirugía. Se necesitan más análisis para explorar la heterogeneidad en los datos, para identificar más específicamente cuándo las técnicas de intervención son beneficiosas. Como la calidad actual de la evidencia es baja o muy baja, existe la necesidad de realizar investigaciones bien conducidas y claramente informadas.

Un estudio realizado por Ko YL y cols. (8) investigó el efecto de la audición de una cinta de audio de relajación sobre los niveles de ansiedad en 80 pacientes con cirugía electiva. Se realizaron pruebas antes y después que los pacientes escucharan las cintas. El cuestionario de ansiedad STAI, la respiración, el pulso y la presión arterial se utilizaron para medir nivel de ansiedad. Después que los pacientes escucharon la cinta de relajación, su tasa de respiración disminuyó, la frecuencia cardíaca también cayó, la presión arterial sistólica disminuyó y la puntuación del STAI también disminuyó. Todos mostraron un nivel significativo de diferencia ($p < 0,05$). La mayoría de los pacientes escucharon la cinta durante toda la estancia hospitalaria (66,3%), y la puntuación STAI pudo reducirse aún más al aumentar el número de sesiones de escucha ($p < 0,001$). Los resultados muestran que una cinta de audio de relajación puede reducir significativamente el nivel de ansiedad y signos vitales relacionados con la ansiedad en

pacientes pre quirúrgicos. Se recomienda que las cintas de relajación se incluyan en el estándar de atención para aliviar la ansiedad en los pacientes quirúrgicos.

La utilidad de la hipnosis para el control del dolor y la ansiedad fue estudiada en pacientes beneficiarios de una ecografía transrectal para la biopsia de próstata por Hizli F y cols. (9). Se incluyeron 64 pacientes para la biopsia eco-guiada de próstata, asignados aleatoriamente para recibir una sesión de hipnosis pre quirúrgica de 10 minutos ($n = 32$, edad media $63,5 \pm 6,1$, $p = 0,289$) o una sesión de control pre quirúrgico ($n = 32$, edad $61,8 \pm 6,8$, $p = 0,289$). La sesión de hipnosis incluyó sugerencias para aumentar la relajación y reducir la ansiedad. El dolor y la ansiedad de la cirugía se midieron usando escalas analógicas visuales (EVA), Beck Anxiety Inventory (BAI) y Hamilton Ansiedad Scale (HAS), respectivamente. Después de la intervención, y antes de la cirugía, los pacientes en el grupo de hipnosis tenían valores medios significativamente inferiores para la VAS prequirúrgica [media 1 (0-8); $P = 0,011$], BAI (6,0 frente a 2,0, $p < 0,001$) y HAS (11,0 frente a 6,0; $p < 0,001$). Los resultados del estudio indican que una breve intervención de hipnosis antes de la cirugía puede ser eficaz para controlar la ansiedad prequirúrgica y, por tanto, el dolor, en pacientes que esperan dicha cirugía diagnóstica. En otro ensayo clínico aleatorizado (10), se estudió la utilidad de una breve sesión de hipnosis para reducir el trastorno psicológico prequirúrgico en 90 pacientes a las que se les efectuó una biopsia de mama. A un grupo se realizó una sesión de hipnosis pre quirúrgica de 15 minutos ($n = 49$) y sugerencias para una mayor relajación y disminución de la angustia. Al grupo control una sesión de control de atención quirúrgica de 15 minutos ($n = 41$), con escucha empática no directiva. La angustia preoperatoria se midió usando las escalas análogas visuales (VAS) y la versión corta del perfil de estados del humor (SV-POMS). Los pacientes del grupo hipnosis tuvieron valores medios significativamente inferiores para el colapso emocional de la VAS previa a la cirugía ($p < 0,0001$), estado de ánimo depresivo del VAS ($p < 0,02$), y la ansiedad de SV-POMS ($p < 0,0001$); como a la vez, niveles significativamente más altos para la relajación del VAS ($p < 0,001$) que las pacientes del grupo control. Los resultados del estudio indican que una breve intervención de hipnosis antes de la cirugía puede ser un medio eficaz de controlar la angustia prequirúrgica en mujeres que esperan la cirugía diagnóstica de cáncer de mama.

Bradt y cols. (11) en una revisión sistemática analizan los efectos de la música con atención preoperatoria estándar versus atención estándar sola sobre la ansiedad preoperatoria en pacientes quirúrgicos. Se incluyeron 26 ensayos (2.051 participantes). Todos los estudios usaron la escucha de música grabada previamente. Los resultados indicaron que la escucha de música dio lugar, en promedio, a una reducción de la ansiedad de 5,72 unidades más (IC del 95%: -7,27 a -4,17; $p < 0,00001$) que la del grupo de atención estándar según lo medido con el Stait-Trait Anxiety Inventory (STAI-S), y de -0,60 unidades estandarizadas (IC del 95%: -0,90 a -0,31; $p < 0,0001$). Se concluye que la escucha de música puede tener un efecto beneficioso sobre la ansiedad preoperatoria.

Labrague y cols. (12), en un ensayo clínico prospectivo y aleatorizado en 97 mujeres beneficiarias de una cirugía ginecológica, estudiaron la utilidad de la música para disminuir el estrés preoperatorio. 49 fueron asignadas al grupo

control (grupo sin música) y 48 fueron asignadas al grupo experimental (grupo de música). La ansiedad preoperatoria se midió utilizando el STAI, y los signos vitales: presión arterial, pulso y respiración, fueron monitorizados de manera no invasiva. Las mujeres que escucharon música presentaron puntuaciones más bajas en el STAI, presión sistólica y diastólica que las del grupo de control. Se apoya el uso de la música durante el período preoperatorio para reducir la ansiedad y los síntomas desagradables en las mujeres sometidas a cirugía ginecológica.

Hace una década, Muzzarelli y cols. (13) estudiaron en 118 pacientes el uso de la aromaterapia para reducir la ansiedad antes de una colonoscopia programada o endoscopia digestiva alta. Se utilizó el STAI para evaluar los niveles de ansiedad antes y después de la terapia. El grupo control recibió un aceite inerte (placebo) para inhalación, y el grupo experimental recibió un aceite esencial de lavanda para inhalación. No hubo diferencias en los niveles de ansiedad entre la inhalación pre y post placebo en el grupo control. No hubo diferencias estadísticas en los niveles de ansiedad de estado entre la inhalación de aceite de lavanda pre y post en el grupo experimental. Este estudio demostró que la aromaterapia no fue eficaz.

Factores de riesgo quirúrgico y prevención

La técnica quirúrgica es un factor de riesgo reconocido en DCNO y es probable que la injuria nerviosa cumpla un rol (1). Muchas de las cirugías asociadas con el desarrollo de dolor crónico involucran nervios mayores en el campo quirúrgico, por ejemplo, en cirugía de mama (nervio intercostobraquial) y cirugía torácica (nervios intercostales). El daño nervioso debería ser minimizado para reducir el desarrollo de dolor crónico (14). La cirugía laparoscópica puede reducir el riesgo de daño nervioso intraoperatorio. Por ejemplo, existe evidencia de una menor incidencia de dolor persistente luego de una reparación de hernia por vía laparoscópica (4). Mujeres sometidas a cirugía por cáncer de mama en unidades con gran número de pacientes y por cirujanos experimentados, también presentan menor incidencia de dolor crónico y se piensa que esto se debe a la técnica quirúrgica y al menor daño nervioso. Muchas cirugías no incluyen la sección de troncos nerviosos, pero la injuria también puede ocurrir por estiramiento y aplastamiento de los nervios durante la tracción o la incisión de la piel, víscera (s), fascia (s), músculo (s) y articulaciones; debido a que todas las estructuras recién mencionadas están inervadas por nervios sensitivos. Sin embargo, es evidente que otros factores distintos a la injuria nerviosa son una causa importante de dolor crónico. La sección nerviosa intraoperatoria no siempre resulta en dolor neuropático y evitar la sección nerviosa no necesariamente previene el dolor crónico (15). La duración de la cirugía influye en el desarrollo de dolor crónico, siendo las cirugías de más de 3 horas las asociadas a mayor riesgo (16). Lo anterior puede reflejar patologías más complejas y con mayor grado de daño de tejido en el intraoperatorio.

Mientras que la cirugía habitualmente está indicada o es apropiada, hay situaciones donde es innecesaria y potencialmente inútil. La posibilidad de desarrollar DCNO debería ser considerada con la indicación quirúrgica. El dolor crónico es un problema reconocido luego de una cirugía

estética como el aumento mamario y las pacientes deberían ser informadas del riesgo (17). En pacientes con dolor abdominal y síndromes de hiperalgesia visceral sin causa evidente del dolor pese a múltiples estudios debiera considerarse como una eventual causa de su padecer a la(s) potencial(es) noxa(s) secundarias al acto quirúrgico.

Anestesia regional y consideraciones analgésicas

Considerando los mecanismos fisiopatológicos propuestos que contribuyen al DCNO, parecería lógico suponer que el manejo adecuado del dolor perioperatorio será un beneficio a largo plazo en reducir la sensibilización central.

Anestesia regional

Las técnicas de anestesia regional usan anestésicos locales para bloquear la conducción de impulsos a través de los nervios. Al minimizar la transmisión de señales hacia o a través de la médula espinal, puede ser posible prevenir la entrada de impulsos nociceptivos hacia el asta dorsal de la médula y así prevenir la sensibilización central. Las técnicas espinal y epidural actúan a nivel de las raíces nerviosas, mientras que los bloqueos de nervio periférico, bloqueos de plexo e infiltración de la herida operatoria, interrumpen los impulsos de nervios periféricos. Una reciente revisión sistemática describió los beneficios de la analgesia peridural en las toracotomías al reducir el riesgo de dolor crónico a los 6 meses, y para los bloqueos paravertebrales al reducir el dolor crónico relacionado con la cirugía de cáncer de mama a los 5-6 meses (18). La anestesia espinal también ha demostrado ser beneficiosa en comparación con la anestesia general al reducir el riesgo de DCNO luego de una operación cesárea (19).

La amputación de alguna extremidad se asocia a un alto riesgo de DCNO. La injuria nerviosa es inevitable, sin embargo, la analgesia epidural perioperatoria reduce la incidencia de síndrome de miembro fantasma severo (20). Aunque existe alguna evidencia de los beneficios de técnicas de anestesia regional para reducir el DCPNO, no está completamente dilucidado si ésta aplica a todos los procedimientos.

Analgesia preventiva

El momento óptimo y modo de administración de anestesia perioperatoria regional y sistémica es aún debatido. La analgesia preventiva es administrada previamente a la incisión quirúrgica. La analgesia epidural preventiva tiene beneficios significativos en el dolor postoperatorio (20), sin embargo, el beneficio de otros tipos de analgesia preventiva no está tan claro (21).

La analgesia preventiva describe un tratamiento analgésico que excede su duración esperada. Puede ser importante para reducir el DCNO, al disminuir la sensibilización central. Se estima que para que un manejo analgésico sea efectivo en prevenir la sensibilización del sistema nervioso, debería actuar durante el periodo de tiempo en el que existe un estímulo inflamatorio, no solo la incisión de la piel, sino que más bien en todo el periodo postoperatorio. En una revisión sistemática efectuada por McCartney y cols., se evidenció que los antagonistas NMDA administrados en el periodo perioperatorio son eficientes en producir analgesia preventiva, y se piensa que se debe a prevenir la sensibilización central (22).

Ketamina

La ketamina es un antagonista del receptor NMDA y es a través de este mecanismo que previene la supresión mediada por receptores NMDA. También produce analgesia a través de la activación de las vías inhibitorias del dolor monoaminérgica descendentes y previene la hiperalgesia inducida por opioides (un aumento paradójico de la sensibilidad al estímulo doloroso en pacientes que reciben opioides) y la tolerancia aguda a opioides. La ketamina es raramente usada como anestésico único, debido a sus efectos adversos, pero puede ser muy útil como droga coadyuvante en pacientes que requieren altas dosis de opioides. Potencia la analgesia de los opioides, mejora el control del dolor y reduce los efectos secundarios asociados a los opioides (23). Ha sido administrada en bolo único y en dosis bajas (0,15-0,5 mg/kg); o bien, como bolo en dosis bajas, seguido de una infusión continua también a dosis bajas (2 a 4 mcg/kg/min) en pacientes sin tratamiento previo con opioides que son sometidos a una variedad de cirugías. La mayoría de los estudios muestran una reducción en los requerimientos de opioides postoperatorios y en el dolor principalmente en las primeras 24 horas, aunque algunos estudios también muestran beneficios a largo plazo (24). La analgesia epidural perioperatoria combinada con la ketamina endovenosa, reduce la hiperalgesia y el dolor crónico luego de cirugía colónica en comparación con la analgesia endovenosa sola (25)

Gabapentinoides

La gabapentina fue inicialmente introducida como un medicamento anticonvulsivante en los años 90. Estudios posteriores han mostrado sus beneficios en el tratamiento de dolor neuropático (26). Actúa en la subunidad presináptica α -2- δ de los canales de calcio presinápticos, inhibiendo el flujo de calcio y como consecuencia la liberación de neurotransmisores excitatorios de las vías del dolor (27). La pregabalina es estructuralmente similar a la gabapentina y tiene mayor potencial analgésico y un perfil farmacocinético más favorable en relación con la gabapentina. Diversos estudios clínicos prospectivos aleatorizados han demostrado el beneficio del uso preventivo de gabapentina para reducir el dolor postoperatorio (28, 29). Recientemente, una revisión sistemática y metaanálisis, analizó el uso perioperatorio de gabapentina y pregabalina sobre el desarrollo de DCNO. Se evidenció un efecto positivo en pacientes que recibieron gabapentina en 4 de 6 estudios incluidos en este metaanálisis. Asimismo, la gabapentina demostró disminuir importantemente la incidencia de DCNO. En otra revisión sistemática y metaanálisis, se analizaron 3 estudios en los que se utilizó pregabalina; en todos ellos se evidenció un efecto analgésico preventivo. A la vez, en cuatro de seis estudios que analizaban los resultados funcionales a largo plazo, revelaron beneficios en el uso de gabapentina y pregabalina. Este análisis provee evidencia en que la administración perioperatoria de estos fármacos puede estar relacionada con la disminución de la incidencia del DCNO (30). Sin embargo, existe un número limitado de estudios en esta revisión, y esto, asociado a un cierto grado de sesgo en la publicación, hace necesario que se realicen estudios futuros bien diseñados para dilucidar el verdadero rol de la gabapentina y pregabalina en la prevención del DCNO.

Lidocaína endovenosa

En un reciente metaanálisis sobre el uso intraoperatorio de lidocaína endovenosa, Vigneault y cols. (31) encontraron una reducción del dolor agudo postoperatorio, mostrando mayores beneficios en aquellos pacientes sometidos a cirugía abdominal. Las administraciones sistémicas de anestésicos locales también han demostrado un efecto anti-hiperalgésico que dura por días luego de la cirugía, mucho después de la acción anestésica local del medicamento. El mecanismo de acción no está completamente dilucidado y no puede ser explicado por el bloqueo de los canales de sodio (32). Sin embargo, estos hallazgos sugieren que la lidocaína podría tener un papel en la prevención de la sensibilización central y, por lo tanto, un rol como analgésico preventivo e influenciar de este modo la incidencia del DCNO.

Factores psicosociales

La experiencia del dolor es más que la detección de un estímulo transmitido al sistema nervioso central. La percepción del dolor está influenciada por el estado anímico, la memoria, la expectativa y ambiente social; es así, como los factores psicosociales deberían ser considerados en la evaluación del dolor y su manejo.

El modelo de evitación de miedo, que se considera importante en la iniciación y mantención del dolor crónico, demuestra la importancia de los factores psicológicos. En este modelo, una persona cree que el dolor indica peligro o daño. El miedo al dolor conduce a evitar actividades que puedan inducir o exacerbar el dolor. El comportamiento de evitación de miedo puede conducir al desuso y la discapacidad (33) y se ha evidenciado que el miedo al dolor predice mejor la discapacidad que el dolor en sí mismo (34). Las personas con pensamientos catastróficos son más propensas a entrar en este ciclo de comportamiento de evitación del miedo. El pensamiento catastrófico puede describirse como una evaluación negativa habitual casi inmediata de una situación. Una persona puede creer, por ejemplo, que si se dobla la espalda se romperá y se convertirá en usuario de silla de ruedas. La relación entre la experiencia del dolor y la actividad conductual está mediada por la expectativa de dolor y la anticipación de consecuencias catastróficas si se llevan a cabo ciertas actividades (35). La anticipación del dolor debe ser una respuesta útil y adaptativa que lleve a la modificación del comportamiento para evitar el dolor. Sin embargo, puede volverse inadaptable en el contexto del dolor crónico. Los estudios de neuroimagen que analizan cómo la anticipación y la ansiedad pueden aumentar la percepción del dolor han revelado que ciertas regiones son importantes para amplificar la experiencia del dolor. Estas regiones incluyen el complejo entorrinal, la amígdala, la corteza insular anterior y la corteza prefrontal (36). Los factores psicológicos juegan un papel importante tanto en el dolor de espalda agudo como crónico, y en la transición del dolor agudo al crónico. De hecho, es conocido que los factores psicosociales tienen un mayor impacto que los factores biomédicos o biomecánicos en la discapacidad del dolor de espalda (37). A su vez, los factores psicológicos influyen en el dolor postoperatorio agudo. Por ejemplo, Katz y cols. (38) describieron una correlación entre la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio agudo en mujeres sometidas a cirugía de cáncer de mama.

En la literatura existe menos información sobre el papel de los factores psicosociales en el dolor persistente después de la cirugía; en contraste, la vulnerabilidad psicológica (por ejemplo, pensamiento catastrófico), la ansiedad, la depresión y el regreso tardío al trabajo, han demostrado ser importantes factores de riesgo (20, 39). Los pacientes con miedo a las consecuencias a largo plazo de la cirugía también presentan un mayor riesgo de dolor a largo plazo y una recuperación deficiente (40).

Dar sentido al dolor, lo que puede significar y lo que no significa es esencial para un afrontamiento efectivo. Las intervenciones cognitivas y conductuales preventivas disminuyen la ansiedad antes y después de la cirugía, reducen la intensidad del dolor postoperatorio y el uso de analgésicos (41). Un estudio de Egbert y cols. (42), que data de casi 50 años, demostró una reducción en los requerimientos de morfina y la duración de la estadía cuando a los pacientes se les proporcionó información preoperatoria sobre probables tratamientos postoperatorios y molestias e instrucciones sobre técnicas de relajación. Cuando los pacientes reciben información sobre lo que deberían esperar sentir, además a la información de procedimiento, experimentan menos dolor y angustia en comparación con cualquier tipo de información dada por sí sola (43). Relacionado esto, con el modelo de evitación de miedo, podemos ver que la información puede proporcionar la seguridad de que las sensaciones experimentadas después de un procedimiento son normales y no amenazantes. Por ejemplo, después de un reemplazo total de rodilla, se alienta a los pacientes a moverse a las pocas horas de la cirugía. Esto puede ser incómodo, pero es importante que a los pacientes se les asegure que el dolor no es igual al daño, que es normal sentir cierta incomodidad y no significa que se esté poniendo en peligro su intervención o que algo anda mal. Educar a los pacientes y sus cuidadores sobre el dolor fomentan una actitud más positiva para el alivio del dolor y, cuando sea posible, tratar de involucrar a los pacientes en su estrategia de control del dolor tiene especial importancia. A través de la participación activa, los pacientes desarrollan un mayor sentido de autoeficacia con respecto al tratamiento y comportamientos relacionados con la enfermedad y es más probable que cumpla con las decisiones de manejo alcanzadas (44). Los pacientes que responden pasivamente al dolor muestran mayor angustia e incapacidad, en comparación con aquéllos que intentan resolver el problema. Tener cierto control sobre la causa del dolor o el método de analgesia tiene un efecto beneficioso. Las relaciones sociales también pueden influir en el informe del dolor y la discapacidad. Un estudio de pacientes con dolor de espalda crónico descubrió que cuando hay una pareja presente que está atenta y puede ayudarlos a evitar actividades que pueden exacerbar el dolor, es probable que el paciente informe más dolor y rinda menos en las tareas. Las expresiones de dolor son reforzadas por el compañero que actúa para aliviar la actividad conductual del paciente, y esto se refleja en el aumento del nivel de dolor (35).

El manejo de las expectativas se reconoce como un componente importante de los programas de recuperación mejorados. Se espera que la información cuidadosamente presentada de cirujanos, anestesiólogos y enfermeras

sobre el procedimiento quirúrgico, las experiencias sensoriales anticipadas, el tratamiento analgésico y el periodo de recuperación reduzcan la ansiedad y promuevan la recuperación (45). Al abordar estos problemas en el periodo perioperatorio es posible que podamos influenciar en reducir la progresión a dolor persistente y discapacidad en aquellos pacientes con factores de riesgo.

Conclusión

Al comprender los procesos fisiológicos que contribuyen al dolor persistente, podemos usar intervenciones terapéuticas para minimizar la progresión del dolor agudo al crónico. El conocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de dolor crónico postoperatorio puede ayudar a identificar a aquellos pacientes en alto riesgo y dirigir las intervenciones. Siempre se debe considerar el impacto de los factores psicológicos en la experiencia del dolor y se recomienda un enfoque de colaboración que involucre a los pacientes en sus decisiones de tratamiento para que experimenten el mejor resultado.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 03 de Agosto 2018, aceptado para publicación el 03 de octubre 2018.

Correspondencia a:
Dr. Víctor Contreras-Domínguez
Hospital Clínico Regional de Concepción
Concepción, Chile.
Email: dr.vcontreras@gmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367:1618–1625.
- (2) Schug SA, Pogatzki-Zahn EM. Chronic pain after surgery or injury. *IASP. Clinical Updates* 2011;XIX.
- (3) Crombie IK, Davies HTO, Macrae WA. Cut and thrust: antecedent surgery and trauma among patients attending a chronic pain clinic. *Pain* 1998; 76:167–71.
- (4) Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ* 2008;336:269–72.
- (5) Reddi D, Curran N. *Postgrad Med J* 2014; 90:222–227.
- (6) Wilson CJ, Mitchelson AJ, Tzeng TH, El-Othmani MM, Saleh J, Vasdev S, LaMontagne HJ, Saleh KJ. Caring for the surgically anxious patient: a review of the interventions and a guide to optimizing surgical outcomes. *Am J Surg.* 2016 Jul; 212(1):151-9.
- (7) Powell R, Scott NW, Manyande A, Bruce J, Vögele C, Byrne-Davis LM, Unsworth M, Osmer C, Johnston M. Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 May 26; (5):CD008646.
- (8) Ko YL, Lin PC. The effect of using a relaxation tape on pulse, respiration, blood pressure and anxiety levels of surgical patients. *J Clin Nurs.* 2012 Mar; 21(5-6):689-97.
- (9) Hizli F, Özcan O, Selvi I, Eraslan P, Kösus A, Bas O. The effects of hypnotherapy during transrectal ultrasound-guided prostate needle biopsy for pain and anxiety. *Int Urol Nephrol.* 2015 Nov; 47(11):1773-7.
- (10) Schnur JB, Bovbjerg DH, David D, Tatro K, Goldfarb AB, Silverstein JH, Weltz CR, Montgomery GH. Hypnosis decreases presurgical distress in excisional breast biopsy patients. *Anesth Analg.* 2008 Feb; 106(2):440-4.
- (11) Bradt J, Dileo C, Shim M. Intervenciones con música para la ansiedad preoperatoria. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 6. Art. No.: CD006908. DOI: 10.1002/14651858.
- (12) Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM. Influence of Music on Preoperative Anxiety and Physiologic Parameters in Women Undergoing Gynecologic Surgery. *Clin Nurs Res.* 2016 Apr; 25(2):157-73.
- (13) Muzzarelli L, Force M, Sebold M. Aromatherapy and reducing preprocedural anxiety: A controlled prospective study. *Gastroenterol Nurs.* 2006 Nov-Dec; 29(6):466-71.
- (14) Katz J, Seltzer Z. Transition from acute to chronic postsurgical pain: risk factors and protective factors. *Expert Rev Neurother* 2009; 9:723–44.
- (15) Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth* 2008; 101:77–86.
- (16) Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* 2007; 245:487–94.
- (17) Von Sperling ML, Høimyr H, Finnerup K, et al. Persistent pain and sensory changes following cosmetic breast augmentation. *Eur J Pain* 2011; 15:328–32.
- (18) Andrae MH, Andrae DA. Local anaesthetics and regional anaesthesia for preventing chronic pain after surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 ;(10).
- (19) Nikolajsen L, Sørensen HC, Jensen TS, et al. Chronic pain following Caesarean section. *Acta anaesthesiol Scand* 2004; 48:111–16.
- (20) Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, et al.; APM: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine. *Acute Pain Management: Scientific Evidence.* 3rd ed. Melbourne: ANZCA & FPM, 2010.
- (21) Kissin I. Preemptive Analgesia. *Anesthesiology* 2000; 93:1138–43.
- (22) McCartney CJL, Sinha A, Katz J. A qualitative systematic review of the role of N-Methyl-D-aspartate receptor antagonists in preventive analgesia. *Anesth Analg* 2004; 98:1385–400.
- (23) Hirota K, Lambert DG. Ketamine: new uses for an old drug? *Br J Anaesth* 2011; 107:123–6.
- (24) De Kock M, Lavand'homme P, Waterloos H. "Balanced analgesia" in the perioperative period: is there a place for ketamine? *Pain* 2001; 92:373–80.
- (25) Lavand'homme P, De Kock M, Waterloos H. Intraoperative epidural analgesia combined with ketamine provides effective preventive analgesia in patients undergoing major digestive surgery. *Anesthesiology* 2005; 103:813–20.
- (26) Gilron I, Bailey JM, Tu D, et al. Morphine, Gabapentin, or Their Combination for Neuropathic Pain. *N Engl J Med* 2005; 352:1324–34.
- (27) Rowbotham DJ. Gabapentin: a new drug for postoperative pain? *Br J Anaesth* 2006; 96:152–5.
- (28) Dirks J, Fredensborg BB, Christensen D, et al. A Randomized Study of the Effects of Single-dose Gabapentin versus Placebo on Postoperative Pain and Morphine Consumption after Mastectomy. *Anesthesiology* 2002; 97:560–4.
- (29) Pandey CK, Navkar DV, Giri PJ, et al. Evaluation of the Optimal Preemptive Dose of Gabapentin for Postoperative Pain Relief After Lumbar Discectomy. *J Neurosurg Anesthesiol* 2005; 17:65–8.
- (30) Clarke H, Bonin RP, Orser B, et al. The prevention of chronic postsurgical pain using gabapentin and pregabalin: a combined systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg* 2012; 115:428–4.
- (31) Vigneault L, Turgeon AF, Côté D, et al. Perioperative intravenous lidocaine infusion for postoperative pain control: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anaesth* 2011; 58:22–37.
- (32) Strichartz GR. Novel ideas of local anaesthetic actions on various ion channels to ameliorate postoperative pain. *Br J Anaesth* 2008; 101:45–7.
- (33) Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007; 30:77–94.
- (34) Crombez G, Vlaeyen JW, Heuts PH, et al. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain* 1999; 80:329–39.
- (35) Morley S. Psychology of pain. *Br J Anaesth* 2008; 101:25–31.
- (36) Tracey I. Imaging pain. *Br J Anaesth* 2008; 101:32–9.
- (37) Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 322:1511–16.
- (38) Katz J, Poleshuck EL, Andrus CH, et al. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain* 2005; 119:16–25.
- (39) Hinrichs-Rocker A, Schulz K, Jänvinen I, et al. Psychosocial predictors and correlates for chronic post-surgical pain (CPSP)—A systematic review. *Eur J Pain* 2009; 13:719–30.
- (40) Munafò MR, Stevenson J. Anxiety and surgical recovery. Reinterpreting the literature. *J Psychosom Res.* 2001; 51:589–96.
- (41) Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *Lancet* 1999;353:2051–8.
- (42) Egbert LD, Battit GE, Welch CE, et al. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients—a study of doctor-patient rapport. *N Engl J Med.* 1964; 270:825–7.
- (43) Suls J, Wan CK. Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:372–9.
- (44) Baars JE, Markus T, Kuipers EJ, et al. Patients' preferences regarding shared decision-making in the treatment of inflammatory bowel disease: results from a patient-empowerment study. *Digestion* 2010; 81:113–19.
- (45) Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003; 362:1921–

**AVISO
TECNOFARMA
PENDIENTE**

Revista El Dolor 68
18-20; 2017

Filosofías, Modelos y Teorías en Enfermería: Un Acercamiento a las Bases Ontológicas de los Cuidados Paliativos en la Disciplina

Philosophies, Models and Theories in Nursing: An approach to the Ontological Bases of Palliative Care in the Discipline

Montecino, Carola ⁽¹⁾

Resumen

Introducción:

En la ciencia de la enfermería existen diferentes filosofías, modelos y teorías que sustentan el trabajo en la disciplina. Algunos autores han aplicado instrumentos creados por Jean Watson, Katherine Kolcaba, Cornelia Ruland y Shirley Moore en cuidados paliativos orientados al fomento de la paz, la cercanía de los familiares y la conciencia de la proximidad de la muerte.

Objetivo:

Describir las filosofías, modelos y teorías de enfermería como base ontológica en los cuidados paliativos.

Metodología:

La metodología utilizada es una revisión integrativa, para la que se utilizaron bases de datos como Pubmed, Lilacs, Scielo.

Resultados:

Existen algunas autoras que han aplicado las filosofías, modelos y teorías en la práctica clínica, a partir de instrumentos elaborados por las teoristas y siguiendo patrones de cuidado específicos en el contexto ambiental, familiar y personal, como la implementación en los planes de cuidado paliativo en pacientes neonatales, coronarios y quirúrgicos.

Discusión:

Los sustentos teóricos de la enfermería contribuyen a abrir espacios para la investigación y la conciencia del cuidado basado en la evidencia. Por lo cual, se establece como un desafío la generación de estudios rigurosos para integrar las filosofías, modelos y teorías en la práctica, con el propósito de contribuir al conocimiento y la estética de la disciplina, desarrollando una epistemología comprensiva en las necesidades de cuidado en la vida y la muerte.

Palabras clave: modelos y teorías, enfermería, cuidados paliativos.

Abstract

Background:

In the science of nursing there are different philosophies, models and theories that support the work of the discipline, some authors have applied instruments created by Jean Watson, Katherine Kolcaba, Cornelia Ruland and Shirley Moore in palliative care oriented to the promotion of peace, the closeness of relatives and the awareness of the proximity of death.

Objective:

Describe the philosophies, models and theories of nursing as an ontological basis in palliative care.

Methods:

The methodology used is an integrative review, using databases such as Pubmed, Lilacs, Scielo.

Results:

There are some authors who have applied the philosophies, models and theories in clinical practice, from instruments developed by the theorists and following specific care patterns in the environmental, family and personal context, such as the implementation of care plans palliative in neonatal, coronary and surgical patients.

Discussion:

The theoretical foundations of nursing contribute to open spaces for research and awareness of evidence-based care. Therefore, the generation of rigorous studies to integrate philosophies, models, theories in practice with the purpose of contributing to the knowledge and aesthetics of the discipline is established as a challenge, developing a comprehensive epistemology in the needs of care in life and death.

Keywords: models and theories, nursing, palliative care.

(1) Magíster en Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. Chile.

Introducción

Las bases ontológicas del cuidado se sustentan en las diferentes filosofías, modelos y teorías de enfermería, en las que sus autoras pretenden explicar el fenómeno desde su concepción pura hasta los aspectos teóricos de la praxis, para estructurar y dar forma a los saberes de la disciplina. Éstos se componen de patrones que se identifican con la ética, la ciencia, el conocimiento personal de enfermería y lo estético (1), siendo la experiencia el punto que vincula cada una de estas dimensiones.

Las formas de comprensión y aplicación del cuidado muestran un dinamismo integral en el proceso de construcción de la enfermería. Es así como las filosofías, en su abstracción, apuntan a explicar el significado de los fenómenos mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica, creando una base para la generación de nuevos conocimientos teóricos (2). Florence Nightingale, Madeleine Leininger y Jean Watson son algunas de las autoras más reconocidas. A su vez, los modelos de enfermería pretenden vincular conceptos y su relación con fenómenos específicos para ofrecer perspectivas y marcos de pensamiento crítico en la toma de decisiones al cuidar (3, 4), como el modelo de "Adaptación", de Callista Roy; o el "Déficit de Autocuidado", de Dorothe Orem. Igualmente, las teorías explican aspectos específicos de la clínica, y las teorías de rango medio se centran en responder preguntas prácticas del cuidado. En todas ellas, existe interacción entre persona, entorno, salud y enfermería, y algunas de las autoras que las sustentan son Katherine Kolcaba, Cornelia Ruland y Shirley Moore (5).

Filosofía en Enfermería

En su filosofía, Jean Watson expone diez factores de cuidados originales que contribuyen al "proceso caritativo", que describe las dimensiones del amor y el cuidado, incorporándolos en el trabajo de la Enfermera (6, 7, 8).

Respecto a este punto Watson, en conjunto con otras autoras, integra el cuidado humanizado dentro del contexto paliativo y señala que la muerte debe ser consciente; es decir, las personas deben explorar sentimientos y pensamientos sobre el propio fallecimiento, permitiendo el contacto con las creencias espirituales, el propósito de la vida y lo que el cuerpo necesita, basado en el ambiente y las relaciones humanas. Según las autoras "el morir bien implica para los pacientes el conocimiento de que su vida fue significativa" (9). En este contexto, las enfermeras pueden influir tanto en la vida como en la muerte y abarcar el cuidado humano de una manera sagrada y profunda (10).

Jean Watson relaciona los caritas y el proceso de muerte consciente para crear instrumentos donde, a través de preguntas dirigidas, valora el proceso reflexivo de las personas, para alcanzar con ello su propia autocuración, al evaluar dimensiones como el autocuidado, la fe, el manejo de ambientes nocivos, la preocupación de las propias necesidades y la conexión con el cuidado caritativo. También crea otro cuestionario dirigido a los procesos reflexivos colectivos de enfermera-paciente, el cual valora la comunicación sobre la muerte entre las Enfermeras, la atención a los procesos mentales, emocionales y espirituales, la creación de ambientes humanizados durante el final de la vida, entre otros (10).

Teorías de Rango Medio

Según Katherine Kolcaba, el confort es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse al abordar las necesidades de las personas; y destaca que el contexto donde se produce el confort es el físico, psicoespiritual, ambiental y social, dimensiones que se entrecruzan con el alivio, la tranquilidad y la trascendencia (11). Según esta

teoría, las intervenciones de confort son el resultado del abordaje realizado por enfermería, diseñado para estudiar las necesidades específicas de comodidad de los pacientes, en relación con intervenciones fisiológicas, físicas, financieras, psicológicas, ambientales, sociales, culturales y espirituales.

En la literatura existe el registro de la utilización de esta teórica aplicada en los cuidados durante la anestesia general, donde se menciona la forma en que las enfermeras, en su plan de cuidados, evitan la aparición de dolor, náuseas, ansiedad, manteniendo la privacidad del paciente y la comunicación continua con los familiares (12). Otros autores aplican esta teoría de rango medio en pacientes con cardiopatías (13), al realizar cuidados holísticos y farmacológicos con el propósito de evitar la ansiedad por un posible ataque cardíaco. Al considerar en el plan de cuidado, manteniendo un ambiente tranquilo en intervenciones como el manejo del dolor, se facilitará la presencia de los familiares durante la hospitalización.

Otro ejemplo es la aplicación de esta teoría en pacientes neonatológicos al final de la vida, donde la enfermera cuida de las necesidades del recién nacido y maneja los síntomas como dolor y signos de distrés, procurando un ambiente tranquilo y seguro para que la familia pueda tener tiempo de calidad durante el proceso (14).

Otra teoría de rango medio es la creada por las enfermeras Cornelia Ruland y Shirley Moore, llamada "El final tranquilo de la vida" (15), que fue realizada para ser aplicada específicamente en personas que están en las últimas etapas de la vida, al integrar la experiencia de dignidad, estado de tranquilidad y proximidad con los cercanos. El objetivo es ofrecer el mejor cuidado posible con el uso juicioso de la tecnología y con ello procurar aumentar la calidad de vida en el proceso de fin de vida y lograr una muerte tranquila. Para llegar a este propósito, las autoras sugieren cuidados que estén orientados a mantener la ausencia de dolor en los pacientes, aumentar las experiencias de bienestar, dignidad y respeto, estar en paz consigo mismo y los demás, y mantener la proximidad de los seres queridos.

Algunos autores han aplicado cuidados relacionados con esta teoría en unidades de paciente crítico, a través de un manejo orientado hacia la paz y la cercanía de los familiares (16) o al realizar cuidados para tomar conciencia de la muerte, crear un ambiente tranquilo y promover cuidados especializados para atender el final de la vida (17).

Por lo tanto, y siguiendo con lo antes mencionado, cabe destacar que los sustentos teóricos de la enfermería contribuyen a abrir espacios para la investigación y la conciencia del cuidado basado en la evidencia. En este sentido, se establece como un desafío la generación de estudios rigurosos para integrar las filosofías, modelos, teorías en la práctica, y experiencias empíricas de la atención brindada directamente a los pacientes y sus familias, además de la utilización de éstas en los programas de estudio de pregrado y postgrado, con el propósito de contribuir al conocimiento y la estética de la disciplina, desarrollando una epistemología comprensiva de las necesidades de cuidado en la vida y la muerte.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 31 de julio 2018, aceptado para publicación el 03 de octubre 2018.

Correspondencia a:
E.U. Carolina Montecino Bacigalupo.
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Santiago. Chile.
E mail: cnmontec@uc.cl

Referencias Bibliográficas

- (1) Carper, B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS*, 1978; 1 (1): 13-24
- (2) Chinn P, Kramer M. Integrated knowledge development in nursing. 7th ed. St. Louis: Elsevier-Mosby. 2008. 256 p.
- (3) Fawcett, J. Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories. 2nd ed. Philadelphia; 2005. 623 p.
- (4) Alligood M, Tomey A. Nursing theory: Utilization & application (3rd ed.). St. Louis: Mosby; 2006. 449 p.
- (5) Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. Elsevier España 7ª edic, Madrid 2011. 850 p.
- (6) Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little Brown; 1979.
- (7) Watson J, The theory of human caring: retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*. 1997 Mar; 10 (1): 49-52.
- (8) Watson J. Nursing human science and human care: a theory of nursing. Connecticut (USA): AppletonCentury Crofts; 1985. New York (USA): National League for Nursing; reprinted 1988. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett; reprinted 1999
- (9) Keegan L, Drick C. Dying in peace. In Dossey, B. M., Keegan, L. (Eds.), *Holistic nursing: A handbook for practice* 7th ed. 2016; 415-438p
- (10) William R, Tarron E, Watson J. Caring science conscious dying an emerging metaparadigm. *Nurs Sci Q*. 2017 Dec; 30(1): 58-64.
- (11) Kolcaba, K. Evolution of the Mid-Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nurs Outlook*. 2001; 2 (49): 86-92.
- (12) Wilson L, Kolcaba K. Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. *J Perianesth Nurs*. Jun 2004; 3(19)164-173.
- (13) Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katherine Kolcaba's confort theory to cardiac patients. *Appl Nurs Res*. 2014 Feb. (27) 147-150.
- (14) Marchuk A. Endo f life care in the neonatal intensive care unit: applying confort theory. *Int J Palliat Nurs*. 2016 Jul;7(22)317-323.
- (15) Ruland CM, Moore SM. Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nurs Outlook*. 1998; 46:169-75.
- (16) Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the Intensive Care Unit. *N Engl J Med*. 2014 Jun; 370:2506-2514.
- (17) Kongsuwan W, Loecin RC. Promoting peaceful death in the intensive care unit in Thailand. *Int Nurs Rev*. 2009 Mar; 56 (1): 116-22.

Zorvolex®

DICLOFENACO / SAVAL



La ciencia de las
partículas pequeñas



Zorvolex®

DICLOFENACO 35 mg

Envases con: 10 y 20 cápsulas

- Efectivo en **dolor agudo y crónico**
- **Menor exposición sistémica al fármaco**, en línea con las recomendaciones internacionales de seguridad para los AINEs
- No es intercambiable con otras formulaciones de diclofenaco
- **ZORVOLEX®** cuenta con aprobación FDA

- El **primer AINE en dosis bajas** formulado en base a partículas a escala **SUBMICRÓN**

Laboratorios SAVAL con tecnología farmacéutica de vanguardia **100% GMP SAVAL**



Unidad | **Dolor**

Material promocional exclusivo para médicos cirujanos y químicos farmacéuticos.
Información completa para prescribir disponible para el cuerpo médico en
www.savall.cl y/o a través de su representante médico.
www.savall.cl

LS
SAVAL

1023041-101-2018

Consideraciones Culturales en Cuidados Paliativos: La Interdisciplinariedad al Servicio de las Personas

Cultural Considerations in Palliative Care: Interdisciplinarity at the Service of People

Montecino, Carola ⁽¹⁾; Pavez, Amaya ⁽²⁾

Resumen

Introducción:

Para los cuidados paliativos la cultura es determinante, por el hecho de conformar una red de significados compartidos por un grupo humano que orienta el esquema de creencias sobre el final de la vida y los comportamientos asociados, esperados en su abordaje según el contexto social.

Objetivo:

Describir el contexto cultural en cuidados paliativos desde un enfoque etnocultural.

Metodología:

La metodología utilizada es una revisión integrativa, se utilizaron bases de datos como Pubmed, Lilacs, Scielo.

Resultados:

El pensamiento biomédico en torno al significado de la salud y enfermedad ha construido una impronta cultural que reduce la vivencia del término de la vida a una experiencia unidimensional: la muerte del cuerpo, premisa que limita sus capacidades y autovalencia en la etapa del final de la vida. La diversidad de pensamientos y creencias permite señalar que los cuidados paliativos son consecuencia de la cultura, pues Occidente ayuda a sus enfermos desde una esfera altamente asistencial, integrando al equipo de cuidados paliativos como uno más dentro de la familia; en cambio, en otras culturas los allegados son los protagonistas del cuidado.

Discusión:

Las políticas y programas en el área deben diversificar sus esfuerzos para comprender otras esferas etnoculturales, más que intentar entrar en ellas con una única visión alópata y abrir su horizonte de trabajo para comenzar a abordar el proceso de muerte desde una perspectiva particular, integrando los significados que le atribuyen las personas en todo el proceso y adaptar su quehacer a los diferentes contextos y necesidades de cuidado.

Palabras clave: cultura, cuidados paliativos.

Abstract

Background:

For palliative care, culture is a determining factor for forming a network of meanings shared by a human group that guides the belief scheme about the end of life and the associated behaviors expected in its approach according to the social context.

Objective:

Describe the cultural context in palliative care from an ethnocultural approach.

Methodology:

The methodology used is an integrative review, using databases such as Pubmed, Lilacs, Scielo.

Results:

Biomedical thinking about the meaning of health and disease has built a cultural imprint that reduces the experience of the term of life to a one-dimensional experience, the death of the body, because this premise limits its capabilities and self-valence in the stage of end of life. The diversity of thoughts and beliefs makes it possible to point out that palliative care is a consequence of culture, since the West helps its patients from a highly assistance sphere by integrating the palliative care team as one of the family, while in other cultures the relatives They are the protagonists of care.

Discussion:

Policies and programs in the area must diversify their efforts to understand other ethnocultural spheres, rather than trying to enter them with a single allopathic vision and open their work horizon to begin to address the process of death from a particular perspective, integrating the meanings attributed by people throughout the process and adapting their work to different contexts and needs of care.

Keywords: culture, palliative care.

(1) Universidad de las Américas. Santiago. Chile.

(2) Universidad de Santiago de Chile. Santiago. Chile.

Introducción

La muerte adquiere diferentes significados, dependiendo de los lugares y de las épocas, de los sistemas socioculturales y también de los individuos. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (1), cultura es “El conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social”. Para los cuidados paliativos la cultura es determinante por conformar una red de significados compartidos por un grupo humano que

orienta el esquema de creencias sobre el final de la vida y los comportamientos asociados esperados en su abordaje según el contexto social. El cuidado deriva de la palabra *cógito*, que implica pensar, reflexionar respecto a un problema pasado, presente o futuro (2). En este sentido, la ciencia del cuidado, la Enfermería, puntualiza que cuidar es pensar al otro, reflexionar sobre las necesidades que requiere una persona situada, para generar, en conjunto con quien requiere el cuidado, estrategias y acciones que satisfagan dichas necesidades. Por su parte, el término paliativo viene de la palabra *pallium*, que etimológicamente significa capa, es decir, proporcionar una capa para calentar a quienes pasan frío (3). Y en una definición universal, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que los “cuidados paliativos tienen la misión de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que se están enfrentando a una enfermedad potencialmente mortal” (4).

Siguiendo con lo anteriormente mencionado, es importante destacar que los cuidados paliativos han acompañado al ser humano en su historia, cambiando según el contexto sociocultural. Ariés señala que en Occidente, las prácticas cambiaron rápidamente durante el siglo XX, pues la agonía y la muerte en otras épocas se vivía en el hogar junto a la compañía de familiares. Sin embargo, en la actualidad, con el posicionamiento de la salud biomédica se ha trasladado a los hospitales, por la creencia de que solo en estos establecimientos vinculados al curar se realizan mejores cuidados. Por ello, tanto el proceso de fin de vida como la muerte se han transformado en fenómenos técnicos que comienzan cuando no existe posibilidad de tratamiento para la recuperación. Es en ese momento cuando el equipo de salud se adueña de las circunstancias de la muerte, modelando la vivencia de este hito vital desde la perspectiva experta centrada en la curación. Esto implica que situaciones conmovedoras sean controladas por el equipo de salud y las emociones se expresen en forma discreta (5). En este contexto, el cuidado paliativo se reduce a un cuidado unidimensional centrado en el cuerpo-biológico y no en un cuidado integral, holístico y multidimensional, como propone el objetivo general de la OMS, inspirado en la filosofía de Cicely Saunders.

Fue Saunders, fundadora del movimiento Hospice, quien creó un nuevo sentido para el final de la vida humana, cuando hace converger el cuidado de enfermería, el propósito del trabajo social de propiciar el bienestar social y la dimensión médica, en la comprensión de la experiencia de vivir la muerte. Es decir, construye un saber interdisciplinar para abordar desde salud una de las etapas de mayor trascendencia para hombres y mujeres. Es así, que resalta la importancia que tiene el espacio clínico para brindar atención a las personas con enfermedad terminal desde un enfoque sistemático en el control del dolor, necesidades sociales, emocionales y espirituales (6), lugar donde las personas pueden estar acompañadas por sus familiares y con el apoyo de asistencia sanitaria adaptada a sus necesidades. Es aquí donde los cercanos tienen un papel importante en el acompañamiento a su familiar: existe evidencia que señala que ellos también son afectados por el proceso de fin de vida y lo vivencian

de forma diversa (7, 8). En este contexto, surge el significado de la muerte para cada individuo, la persona afectada al momento de enfrentarse al cuidado paliativo experimenta una pérdida gradual en sus facultades mentales y físicas, lo que impacta en su autonomía a causa de las complicaciones relacionadas por el cáncer u otras enfermedades degenerativas. En este proceso, Saunders refiere que la persona comienza a vivenciar el término holístico de su vida a partir del inexorable deterioro físico, éste se acompaña del quiebre en su dimensión social que implica un cambio irreversible en las relaciones con su entorno familiar, laboral, cotidiano y el tipo de relación hacia la dependencia y la disolución de los vínculos, se pierden los planes a futuro y el sentido de la vida anterior a ese momento (6). A su vez, también se ve afectada la dimensión psicológica, los afectos, las emociones, su propia identidad y el ámbito espiritual por el despojo cultural de la transcendencia durante la vida y después de la muerte. La persona que requiere de cuidados paliativos se autopercibe como fallecida socialmente, paradójicamente inserta alrededor de personas sanas, es una persona portadora de terminalidad.

El pensamiento biomédico en torno al significado de la salud y enfermedad ha construido una impronta cultural que reduce la vivencia del término de la vida a una experiencia unidimensional: la muerte del cuerpo, pues esta premisa limita sus capacidades y autovalencia en la etapa del final de la vida.

Por consiguiente, se puede analizar el significado de la salud y la enfermedad y cómo el cuerpo representa esta condición, apareciendo las creencias individuales y sociales que hacen del final de la vida y la muerte un tabú, relacionado con el dolor, el sufrimiento y la deformación del cuerpo. Según Ariés, la muerte en la cultura occidental moderna es ocultada por tener la connotación de ser fea y sucia, por lo cual se prohíbe el acceso público, salvo para aquellos íntimos que pueden superar su repugnancia. Y es así como el familiar que cuida y protege a su cercano se va impregnado del mismo tabú, lleno de creencias sociales y religiosas, que llevan a reconocer un simbolismo particular alrededor de la muerte (5).

En este contexto, la asistencia paliativa que se reduce a proporcionar soporte clínico con un enfoque experto del fenómeno, vinculado al modelo biomédico, con una visión holística y humanitaria discursiva que no se traduce en acciones completamente coherentes. Por lo cual, la propuesta es a pensar el cuidado paliativo para la acción de un cuidado que contemple la complejidad de la existencia humana, su importancia radica en brindar el apoyo específico a las personas que viven el término de su vida para recuperar su multidimensionalidad, que dignifique su proceso de fin de vida y tránsito hacia la muerte como persona y no únicamente como paciente terminal.

Siguiendo con lo antes mencionado, el significado de la muerte y los cuidados paliativos también se describen en algunas investigaciones. Es el caso de O’ Brien (9), que señala que en Australia los aborígenes tienen peores resultados en salud que el resto de la población, ya que por cultura demuestran resistencia a acceder a estos servicios, lo que incluye cuidados paliativos. Por ejemplo,

en el país se han implementado dos modelos de cuidados paliativos centrados en este grupo, pero la participación en estas innovaciones ha sido reducida por las personas aborígenes. Koffam describe que las personas en países del caribe asumen el dolor como parte de la vida y como una forma de entrar al cielo, creencia que está íntimamente ligada a la religión, por lo cual el dolor puede tener una connotación distinta, de acuerdo a la localización y la influencia de las costumbres (10).

En este sentido, la diversidad de pensamientos y creencias permite señalar que los cuidados paliativos son consecuencia de la cultura, pues Occidente ayuda a sus enfermos desde una esfera altamente asistencial, integrando al equipo de cuidados paliativos como uno más dentro de la familia; en cambio, en otras culturas los allegados son los protagonistas del cuidado. Por lo cual, las políticas y programas en el área deben diversificar sus esfuerzos para comprender otras esferas etnoculturales, más que intentar entrar en ellas con una única visión alópata y abrir su horizonte de trabajo para comenzar a abordar el proceso de muerte desde una perspectiva particular, integrando los significados que le atribuyen las personas en todo el proceso y adaptar su quehacer a los diferentes contextos y necesidades de cuidado, ya que el final de vida y la muerte van más allá de la asistencia paliativa: es un fenómeno antropológico.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 31 de julio 2018, aceptado para publicación el 03 de octubre 2018.

Correspondencia a:
E.U. Carolina Montecino Bacigalupo.
Pontificia Universidad Católica de Chile.
Santiago. Chile.
E-mail: cnmontec@uc.cl

Referencias Bibliográficas

- (1) Organización de las Naciones Unidas para la Educación [Internet]. La Ciencia y la Cultura. Cultura y diversidad de cultural; c2018 [citado 2018 Jul 28]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>
- (2) Siles J, Solano M. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Rev. esc. enferm.* Ago 2012; 46(4): 1015-1022
- (3) Pessini L, Bertachini L. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioeth.* 2006; 12(2): 231-242.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control de cáncer. Políticas y guías para la gestión. 2a edición, versión en castellano. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2002, 210 p.
- (5) Ariés, F. Historia de la muerte en Occidente, de la edad media hasta nuestros días. Barcelona: El acantilado. 2000. 304 p.
- (6) Saunders, S. Velad conmigo, inspiración para una vida en cuidados paliativos. Houston: IAHP Press; Barcelona: Obra Social La Caixa. 2011. 92 p.
- (7) Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G, Bokemeyer C, Bergelt C, Oechsle K. Quality of life, psychological burden, need, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care.* 2017; 16 (1):31.
- (8) Peeranuch L, Chongkham-ang S. The experience of caregivers living with cancer patients: A systematic review and Meta-Synthesis. *J Pers Med.* 2015;(5)4: 406-39.
- (9) Koffman J, Morgan M, Edmonds P, Mota, P, Higginson I. Cultural meanings of pain: a qualitative study of Black Caribbean and White British patients with advanced cancer. *J Palliat Med.* 2008; 22 (4): 350 – 9.
- (10) O' Brien A, Bloomer M, McGrath P, Clark K, Martin T, Lock. M, O'Connor M. Considering Aboriginal palliative care models: the challenges for mainstream services. *Rural Remote Health.* 2013; 13(2), 2339.



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Paracetamol IV Fresenius Kabi

Al Cuidado de la Analgesia

Presentaciones



1 gr / 100 ml



500 mg / 50 ml



1 gr / 100 ml
Freeflex®



Intervención en Crisis: Estrategia de Enfermería para el Afrontamiento de la Vivencia Dolorosa

Intervention in Crisis: Nursing Strategy for Coping with Painful Life

Contreras, Luis ⁽¹⁾; Castillo, Lucía ⁽²⁾; Pavez, Amaya ⁽³⁾

Resumen

Introducción: La enfermera, debido a su quehacer como profesional del cuidado, mantiene una cercanía mayor que el resto de los profesionales de salud con los usuarios que son sujetos de sus cuidados, muchos de los que experimentarán dolor en distintas intensidades. Esta cercanía emplaza a las enfermeras en una ubicación estratégica para detectar el dolor precozmente e intervenir de manera oportuna, desde una mirada holística.

El dolor como concepto se trata de un constructo universalmente conocido por todos los seres humanos, pero a la vez vivenciado por cada uno de nosotros de manera única e individual. Sobre la vivencia dolorosa participan factores multidimensionales, más allá del biológico, destacando el componente emocional, del cual se ha investigado sobre su relación bidireccional con la sensación dolorosa.

Desde esta relación bidireccional, es que la vivencia dolorosa puede convertirse en una crisis situacional con consecuencias graves para la salud mental del individuo, la contención emocional que pueda realizar un profesional de enfermería a través de la intervención en crisis favorecerá el afrontamiento emocional más efectivo posible de la vivencia dolorosa.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica respecto a la aplicación de la intervención en crisis, como estrategia para la entrega de cuidados de Enfermería dirigidos a usuarios portadores de dolor, considerando la estrecha relación existente entre el dolor y calidad de vida.

Material y Método: Revisión bibliográfica de estudios sobre la participación de Enfermería en pacientes que sufren dolor físico, de tipo agudo y/o crónico, a través de intervención en crisis, disponible y publicado en revistas chilenas e internacionales en idioma español o inglés.

Búsqueda bibliográfica de información publicada en bases de datos electrónicas nacionales e internacionales, que publican información científica nacional e internacional: Scopus, Enferteca y Google Académico.

Los descriptores en inglés y en español que se utilizaron en la búsqueda fueron: pain (dolor), nursing (Enfermería), crisis intervention (intervención en crisis). Para la búsqueda en español se utilizaron los siguientes descriptores: dolor, Enfermería, intervención en crisis.

Resultados: Una vez realizada la revisión bibliográfica, se confirma escasez de publicaciones vinculadas a la intervención en crisis con participación específica de profesionales de enfermería en personas que presentan dolor físico. Se acepta que la preparación emocional previa, así como el acompañamiento emocional de quien sufre dolor, tienen impacto sobre la intensidad del dolor, sin embargo no es posible cuantificar.

Discusión: La intervención en crisis de enfermería tiene impacto sobre los factores psicológicos, emocionales y sociales asociados a la vivencia dolorosa. Adquiere protagonismo la realización de una valoración de enfermería integral y multidimensional en el momento que la persona reporta dolor, con la finalidad de planificar cuidados integrales que aborden los factores determinantes de dolor identificados de una manera integral, tanto en la etapa de preparación, afrontamiento y posterior a la vivencia dolorosa. Es necesario capacitar al profesional de enfermería en salud mental a través de técnicas de intervención, considerando que se constituye como el primero en la cadena de atención de la persona que sufre dolor.

Palabras clave: dolor, enfermería, intervención en crisis.

Abstract

Introduction: Nurses, as professional caretakers, have a proportionally closer relation than other health professionals with the users who are subjected to their care, many of whom will experience pain of varying intensity. This closeness places nurses in a strategic position to detect pain precociously and intervene in a timely manner from a holistic viewpoint.

As a concept, pain is a construct universally known by all human beings, but at the same time it is experienced by each of us in a unique and individual way. Multidimensional factors participate in the pain experience, beyond the purely biological, with the emotional component standing out, with research being done on its bidirectional relation with the painful feeling.

From this bidirectional relation the painful experience can turn into a situational crisis with serious consequences to the individual's mental health, so the emotional containment that a nursing professional can be realized through the crisis intervention will favor the most effective emotional handling of this painful experience.

Objectives: To make a literature review on the application of crisis intervention as a strategy to deliver nursing care aimed at pain bearers, considering the close relation existing between the pain and the quality of life.

Materials and Methods: A literature review of studies published on nursing interventions by performing crisis interventions to take care of patients suffering acute and/or chronic physical pain, published in Chilean and international journals in Spanish or English language, available in national and international electronic data bases that publish national and international scientific information, like Scopus, Enferteca, and Academic Google.

The descriptors that were used for the search were pain, nursing, and crisis intervention in English, and dolor, enfermería, and intervención en crisis in Spanish.

Results: The literature review confirmed the scarcity of publications on crisis intervention with specific participation of nursing professionals in people presenting physical pain. It is accepted that the previous emotional training, as well as the emotional support of those suffering pain, have an impact on the intensity of pain, yet it cannot be quantified.

Discussion: Nursing crisis intervention has an impact on the psychological, emotional, and social factors associated with a painful experience. Making an integral and multidimensional nursing valuation at the time the person reports pain takes on a greater role, with the purpose of planning integral care that will deal with the factors determining the pain identified in an integral manner, in preparing, coping with, and following the painful experience. It is necessary to train the nurse in mental health through intervention techniques, considering that this professional becomes the first one in the attention chain of the person who suffers pain.

Keywords: pain, nursing, crisis intervention.

(1) E.U. Académico Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile. Chile.

(2) E.U. Magister en Administración y Dirección RRHH. Universidad de Santiago de Chile. Chile

(3) Enfermera Matrona. Universidad de Santiago de Chile. Chile.

Introducción

La/el profesional Enfermera/o, debido su quehacer como profesional del cuidado, mantiene a través del tiempo una cercanía mayor que el resto de los profesionales de salud con los usuarios que son sujetos de sus cuidados. Muchos de ellos experimentarán dolor en distintas intensidades durante su atención de salud. Esta cercanía sitúa a las enfermeras en una ubicación estratégica para detectar el dolor precozmente e intervenir de manera oportuna, desde una mirada holística.

El dolor, considerado como el quinto signo vital, se refiere a un constructo universalmente conocido por todos los seres humanos, pero a la vez, vivenciado por cada uno de nosotros de manera única e individual. Sobre la vivencia dolorosa participan factores multidimensionales, más allá del biológico, destacando el componente emocional, del cual se ha investigado sobre su relación bidireccional con la sensación dolorosa. Desde esta relación bidireccional, es que la vivencia dolorosa puede convertirse en una crisis situacional con consecuencias graves para la salud mental del individuo.

La contención emocional que pueda realizar un profesional de enfermería a través de la intervención en crisis, realizada oportunamente, favorecerá la elaboración del afrontamiento emocional más efectivo posible de la vivencia dolorosa.

La presente revisión tiene como propósito visibilizar el trabajo de los profesionales de enfermería a la hora de entregar cuidados desde una perspectiva holística, con respeto al ser humano e integrada al manejo planteado por un equipo de salud interdisciplinario para una persona que sufre dolor. El énfasis de este artículo está centrado en los cuidados que la Enfermería puede procurar a la salud mental de una persona cuyo motivo de consulta se vincula principalmente a su salud física, y cómo los cuidados dirigidos a la salud mental del individuo impactan sobre la salud física del mismo.

Objetivo General

Realizar una revisión bibliográfica respecto a la aplicación de la intervención en crisis, como estrategia para la entrega de cuidados de Enfermería dirigidos a usuarios portadores de dolor, considerando la estrecha relación existente entre el dolor y calidad de vida.

Objetivos Específicos

Visualizar la importancia de la valoración de Enfermería con un enfoque holístico en la persona que sufre dolor, con la finalidad de identificar los factores determinantes de vivencia dolorosa.

Visibilizar el aporte de la intervención en crisis como estrategia para el abordaje de los factores determinantes y afrontamiento de la vivencia dolorosa.

Material y Método

Análisis teórico de la intervención en crisis realizada por Enfermería, dirigida a los pacientes portadores de dolor a la luz de la teoría de la relación entre seres humanos de Joyce Travelbee.

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios sobre la participación de Enfermería en pacientes que sufren dolor, de tipo agudo y/o crónico, a través de intervención en crisis, disponibles y publicados en revistas nacionales e internacionales, en idioma español o inglés.

Se realizó también una búsqueda bibliográfica de información publicada en bases de datos electrónicas nacionales e internacionales que publican información científica nacional e internacional, considerándose las bases nacionales y bases internacionales de datos Scopus, Enferteca y Google Académico.

Los descriptores en inglés y en español que se utilizaron en la búsqueda fueron: pain (dolor), nursing (Enfermería), crisis intervention (intervención en crisis). Para la búsqueda en español se utilizaron los siguientes descriptores: dolor, Enfermería, intervención en crisis.

Se buscó la presencia de los términos en el título del artículo, en su resumen y en las palabras clave. Las fechas incluidas en las búsquedas bibliográficas fueron todas las posibles, debido a la escasez de publicaciones sobre la temática en estudio. Se consideraron para la evaluación final todos los estudios y referencias bibliográficas que hayan sido publicados en formato impreso o electrónico en revistas indexadas en alguna de las bases de datos anteriormente comentadas. El procesamiento de la información consideró la revisión de las publicaciones encontradas, incluso con más de cinco años de antigüedad al momento de la investigación, a modo de literatura clásica, procediéndose a su categorización según vigencia, nivel de evidencia y correspondencia de la información disponible con el tema en estudio.

Dolor e intervención en crisis

Concepto de crisis situacional

Crisis situacional es un concepto relacionado con la capacidad adaptativa del individuo y se refiere a un episodio transicional inesperado o no, que es percibido como una amenaza o pérdida, que supera sus mecanismos psíquicos y fisiológicos de afrontamiento habituales, sumiéndole en un estado psicológico temporal de malestar subjetivo marcado por la ansiedad, confusión y desorganización. Una crisis psicológica ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse en su modo usual (1).

En general, el ser humano en su funcionamiento emocional individual experimenta episodios a lo largo de su vida en que su equilibrio estructural puede verse alterado, debido a situaciones que modifican su funcionamiento previo. Frente a ellos despliega, con un mínimo de autoconsciencia y sensación de esfuerzo, una serie de mecanismos de afrontamiento presentes en el repertorio previo de respuestas aprendidas o innatas de cada persona, de los que alguno tendrá la capacidad de hacer frente a la situación problemática y solucionarla en un lapso de tiempo similar a otras situaciones vividas previamente, recuperando el equilibrio de la estructura (1). La recuperación de este equilibrio tiene relación con diversos factores, entre los que se considera el logro de la solución a la situación problema, mediante la respuesta adaptativa basada en métodos análogos a experiencias previas, la duración de esta respuesta adaptativa frente al problema, y el nivel de tensión al que se somete el organismo para elaborar esta respuesta. Ante una crisis, el estímulo que genera la respuesta adaptativa puede ser mayor y, por lo tanto, los mecanismos de afrontamiento encargados de recuperar el equilibrio no

alcanzan a actuar dentro del margen de tiempo común, sometiendo al individuo a un estrés superior al que se ha adaptado anteriormente, generando sentimientos de agotamiento y malestar subjetivo. En ese instante, los mecanismos comunes de afrontamiento se ven inútiles, y aparecen como si ningún otro método pudiera usarse o ser de utilidad. La persona se ve enfrentada, entonces, a un escenario en que se percibe expuesta a un peligro inminente para la satisfacción de sus necesidades más básicas, poniendo en cuestionamiento la propia existencia, predominando las sensaciones de frustración, impotencia e ineficacia, dando lugar a un estado de cierta desorganización del funcionamiento de sus actividades familiares, sociales y laborales, haciendo al afectado parecer menos eficiente de lo que es generalmente, y confirmando sus sentimiento de impotencia, al límite de poner en cuestión su propia eficacia y valía como ser humano.

La creciente tensión emocional durante el periodo de crisis, también puede traducirse en la presentación de síntomas de malestar físico, similares a los observados durante un proceso de duelo, tales como; fatiga, cefalea, sequedad bucal, hipersensibilidad al ruido, sensación opresiva en pecho y garganta, taquicardia y debilidad muscular (2).

Cabe señalar que estos síntomas asociados al malestar subjetivo son indiferenciados y su presencia no es indicador de crisis. Si el individuo presenta este tipo de sintomatología, y sin embargo, esto no impide que pueda hacer frente por sí mismo a una situación problema, se trata entonces de una instancia de estrés manejable y no de una crisis. Del mismo modo, si los mecanismos personales de abordaje de la situación problema no resultan suficientes, pero aun así el individuo todavía puede desenvolverse en sus áreas emocional, ocupacional e interpersonal en forma efectiva, tampoco se tratará de una situación de crisis (3).

Según la teoría de la crisis, cuando el individuo ve superadas sus herramientas para el afrontamiento del problema y es invadido por los sentimientos de ineficacia anteriormente señalados, experimenta trastornos cognitivos y emocionales similares a la pérdida y el duelo. Este trastorno se inicia con una etapa de shock y desorganización, en el que temporalmente la persona se "paraliza" para luego volver a movilizarse en forma paulatina, a medida que logra reestructurarse, para planificar y probar, por medio del ensayo y error, nuevas estrategias que le permitan afrontar el problema que desembocó en la crisis.

A partir de la descripción que hace Caplan (1), puede otorgarse una visión optimista frente a lo que la crisis vivencial representa, a pesar del aumento de la vulnerabilidad de la estructura psíquica, al generar un trastorno mental y un trauma. Su desenlace también puede conducir al desarrollo de la personalidad y logro de una madurez mayor, dependiendo del modo en que la situación sea manejada.

Siguiendo este mismo curso de pensamiento, se señala una serie de factores que tendrán una participación decisiva sobre el desenlace beneficioso o traumático de cada crisis. En este grupo se consideran las elecciones activas y azarosas que haga el individuo; el nivel de comprensión cognitiva y emocional que tenga sobre su vivencia, incorporando la forma en que se comunica con el medio en que se encuentra inserto; los mecanismos de afrontamiento conscientes e inconscientes que la persona haya aprendido en experiencias

previas (de este punto se entiende que cada vez que la persona termina un periodo de crisis de manera exitosa, habrá incorporado nuevas estrategias a su repertorio que le permitirán afrontar de mejor manera las crisis futuras) y el significado que haya atribuido a estos aprendizajes; la disponibilidad de recursos sociales a través de sus redes de apoyo cercanas y extensas con las que cuente; el contexto social en que se encuentre; y la fortaleza del yo de cada individuo.

Según Caplan (1), la fortaleza del yo se mide a través de tres componentes: la capacidad particular de toda persona para resistir el estrés; el grado en que la persona es capaz de aplicar criterio de realidad al observar sus problemas y su manera de abordarlos; y el repertorio de mecanismos efectivos para la superación de los problemas con que cada persona dispone para mantener el equilibrio biopsicosocial. El concepto de fortaleza del yo ha sido identificado por múltiples autores con el de resiliencia (4), señalado como una competencia relacionada con el afrontamiento efectivo en respuesta al riesgo o a la adversidad. Se trata de un componente del Yo que le capacita para el éxito en situaciones de adversidad, y que a la vez puede ser desgastado o reforzado por los eventos adversos. Una de las definiciones más aceptadas es "la capacidad de recuperarse y mantener la conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante".

Vivencia dolorosa: Dolor como crisis vivencial

Similar al resto de las experiencias sensoriales, la información del estímulo doloroso es mediada por células nerviosas encargadas de su recepción, transmisión en el sistema nervioso periférico, y su procesamiento en el sistema nervioso central para dar respuesta al mensaje, ya sea como percepción o representación interna de las sensaciones (5). El dolor es una vivencial individual y subjetiva, resultado de la interacción de diversos factores interdimensionales (6). Es en la percepción del estímulo donde participan factores adicionales al estímulo físico que genera la sensación dolorosa, existiendo factores psicológicos individuales que serán determinantes en el resultado final del proceso perceptivo. Dentro de estos factores se encuentran la motivación del individuo, sus creencias e interpretaciones del estímulo basadas en vivencias previas, su afectividad en consideración al estado de ánimo y emociones predominantes, y las expectativas previas que puedan existir en relación al fenómeno perceptivo (5), en este caso doloroso. Todos estos procesos propios del aparato psíquico teñirán la percepción e interpretación de esta vivencia dolorosa, entendida como la percepción del dolor en función de los componentes del aparato psíquico, tanto en beneficio como en perjuicio de la tolerancia al estímulo. Ante una situación de gran tensión o riesgo inminente, el umbral del dolor puede elevarse y, por el contrario la atención de la persona sobre una sensación dolorosa que ha sido anticipada, puede hacerlo descender. En otro ejemplo, una persona que vive un proceso de enfermedad solo, sin un apoyo en la contención emocional, contará con menor cantidad de recursos para afrontar una vivencia dolorosa, por lo estará expuesto a un mayor nivel de tensión y eventualmente la percepción de un mayor nivel de sufrimiento.

En la misma vía, de forma inversa, la percepción del dolor tendrá repercusión sobre los componentes del aparato psíquico. Dependiendo de sus características, el dolor afectará el desempeño de sus roles, “teñirá” la percepción, exponiendo al desequilibrio al individuo en su estructura psíquica. Son esperables reacciones de orden psíquico como la ansiedad, miedo y depresión, pudiendo incluso desencadenar situaciones de agresividad y agitación psicomotora (6).

Una revisión bibliográfica realizada en la Universidad de Cambridge (7), señala que el riesgo de suicidio en personas con dolor crónico aumentaría al doble respecto de aquellas personas que no lo padecen, influyendo dentro de los componentes psíquicos más relevantes, los sentimientos de impotencia y la desesperanza sobre el dolor, el deseo de escapar del dolor, el catastrofismo y la evitación del dolor y los déficits de resolución de problemas.

Bajo la definición de crisis anteriormente mencionada, la vivencia dolorosa entonces es considerada una crisis cuando la percepción del dolor supera los mecanismos psicológicos con los que cuenta el individuo para tolerarlo y poder cumplir de manera satisfactoria con sus roles vitales. Visto de otro modo, cuando repercute de manera sustancial sobre su calidad de vida.

Para fines de esta reflexión, es necesario diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. Los componentes psíquicos y sociales previamente mencionados tendrán un mayor protagonismo en el segundo, debido a los procesos de adaptación psíquica que realiza una persona al incorporar la vivencia dolorosa como una parte de su vida.

Dolor y calidad de vida

La vivencia dolorosa es una situación de crisis que tiene el potencial de alterar en algún grado la percepción de la calidad de vida del individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la forma en que el individuo percibe el lugar que ocupa dentro de su entorno cultural y el sistema valórico en que vive, en relación con sus creencias, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo esto en el contexto del estado de su salud física, su estado psicológico, la calidad de sus relaciones sociales, el nivel de autonomía e independencia, factores ambientales y en congruencia con sus creencias espirituales personales (8). Basado en esta definición, la percepción de la calidad de vida es, entonces, un criterio subjetivo, personal, individual y particular, no determinado por los profesionales sanitarios ni por las redes más cercanas a la persona. En esta lógica, es válido afirmar que la vivencia dolorosa tiene influencia sobre la calidad de vida del individuo, a través del grado de repercusión sobre su salud física, estado psicológico, nivel de autonomía y, eventualmente, sobre sus creencias espirituales.

Desde la mirada de la fortaleza del yo o resiliencia, la vivencia dolorosa puede verse afectada de manera beneficiosa, en la medida en que la capacidad previa del individuo para mantener la conducta adaptativa, supere al estrés generado por el dolor. Esto se relaciona con la disposición previa de la persona susceptible de la vivencia dolorosa, lo que favorecerá a su repertorio de mecanismos de afrontamiento efectivo.

Por lo tanto, podría inferirse que el acompañamiento emocional provisto por un profesional de la salud capacitado, en este caso la Enfermera/o, podría ser útil no solamente a la hora de hacer frente a la vivencia dolorosa presente, sino también en la preparación emocional de aquella persona que se espera experimente tal vivencia en un futuro próximo, en la medida que la relación de ayuda de Enfermería establecida, colabore en procurar el desarrollo de una disposición más optimista frente a un episodio doloroso que se avecina.

Martínez-Correa (9) propone que la disposición emocional previa optimista favorece de manera positiva la vivencia de la situación de estrés así como la efectividad de los mecanismos de afrontamiento y procesos de ajuste vital del individuo, en la medida que mejore las expectativas del usuario acerca del control de los resultados de sus propias acciones, las expectativas sobre la posibilidad de alcanzar resultados positivos en el futuro, así como su percepción de autoeficacia.

Enfermería y relación de ayuda. La Teoría de la relación entre seres humanos de Joyce Travelbee

Joyce Travelbee, en su teoría de la “relación entre seres humanos”, plantea que “el objetivo de la Enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza” (10). Plantea que, a veces es necesario ayudar a la persona a encontrar un significado a la enfermedad e incluso al sufrimiento. El individuo, al hallar estos significados, podrá encontrar un asidero para hacer frente a los problemas creados a partir de esta experiencia (11).

Propone que la enfermedad debe ser considerada a través de dos criterios: el criterio objetivo, definido por los factores externos de la enfermedad de la persona afectada; y el criterio subjetivo, referido a la percepción que tiene el mismo individuo acerca de su condición de enfermo. Presenta la figura de la Enfermera/o como un ser humano dotado/o de conocimientos especializados en el cuidado, con el objetivo de cuidar de otros seres humanos con quienes se interrelaciona. Así otorga a la Enfermería una base disciplinar fundamentalmente humanista, estableciendo una modalidad específica de interrelación entre dos seres humanos en el contexto del cuidado: “la relación de ayuda”. A juicio de los suscritos, esta “relación de ayuda” es la piedra angular de toda acción de Enfermería en su rol asistencial. La interrelación referida por Travelbee sigue un proceso etapificado de acercamiento entre ambas partes, ordenado de la siguiente manera: el encuentro original, la presentación de identidades emergentes, el desarrollo de sentimientos progresivos de empatía y de posterior compasión, hasta que la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase (10).

Esta esperanza de la que habla Travelbee constituye una arista fundamental a través de la que el profesional de enfermería tiene la oportunidad de potenciar de manera correlacionada la disposición optimista frente al evento estresante, los mecanismos de afrontamiento eficaz, la resiliencia y la fortaleza del yo.

La relación de ayuda, como proceso asociado al quehacer de profesionales y agentes terapéuticos del cuidado, consiste

en establecer mediante recursos materiales, técnicos y socioemocionales, intra e interpersonales, una relación terapéutica con aquel sujeto de ayuda, con el fin de mejorar su disposición para afrontar los problemas lo más sanamente posible, permitiendo en todo momento el desarrollo personal. En Enfermería, la relación de ayuda no es un proceso completamente planificado, sino que es en sí misma una relación propia del ser profesional y de sus cuidados. Se encuentra en las actitudes, habilidades y relaciones que desarrolla la Enfermera/o en su profesión, por el carácter interaccionista de los cuidados que otorga.

Enfermería e Intervención en Crisis

Basada en esta mirada humanista de la Enfermería, el establecimiento de esta relación de ayuda considera que la enfermera sea capaz de empatizar y simpatizar con el componente subjetivo de la vivencia dolorosa de aquella persona a quien cuida, y desde esa forma de vinculación, introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que experimenta dolor, con el fin de ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional.

Según la guía de buenas prácticas en Enfermería de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO, por sus siglas en inglés), intervención en crisis se define como un proceso centrado en la resolución de problemáticas dentro del plazo inmediato, mediante el uso de recursos humanos, sociales y medioambientales (3).

Slaikeu en 1988, se refiere a la intervención en crisis como un método cuyo fin es auxiliar a la persona o familia que se enfrenta a un proceso traumático, de tal modo que la probabilidad de secuelas secundarias a la crisis en las distintas dimensiones humanas, se aminoren, a la vez que se procure incrementar la probabilidad de crecimiento personal a través del aprendizaje de nuevas habilidades y perspectiva de vida (12).

Se plantea como un proceso activo, abordando la situación problemática en el plazo inmediato, centrado en la subjetividad del individuo a quien se agencian los cuidados, tal y como sea percibido por éste (3).

Los objetivos de la intervención en crisis consideran la resolución rápida de la crisis para evitar un empeoramiento, la recuperación del estado de la persona, al menos similar al previo a la crisis, promover el crecimiento y la resolución efectiva de problemas, y reconocer señales de alerta que permitan evitar posibles efectos negativos (3).

Impacto de intervención en crisis sobre la vivencia dolorosa

Si bien es cierto, no se encuentra respaldo para cuantificar el impacto de la intervención en crisis realizada por la Enfermera/o, en el contexto de la relación de ayuda que establece con la persona afectada, sobre la cuantificación de la sensación física del dolor planteada como complemento de la terapia analgésica, esta intervención en crisis sí podría tener impacto sobre la “vivencia dolorosa”, si tenemos en cuenta otras dimensiones distintas a la sensorial, consideradas dentro del concepto más amplio de calidad de vida, tal como; la contención emocional, colaborando en algún grado sobre el alivio de la ansiedad, la tensión emocional y, por tanto, en las manifestaciones físicas de la vivencia dolorosa;

el acompañamiento espiritual, la asignación de sentido a la experiencia dolorosa, la entrega de esperanza frente al dolor y la disminución de la sensación catastrófica, del riesgo e intensidad en la aparición de trastornos de salud mental secundarios a la vivencia dolorosa.

La programación de cuidados de Enfermería en una persona que experimenta dolor debe planificarse desde una perspectiva cognitiva, emocional y espiritual para lograr el abordaje holístico del ser humano sujeto de cuidado.

Un estudio realizado en el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de Costa Rica en 2001 (13) reconoce la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales en el adiestramiento para el abordaje del dolor crónico, mejorando así su manejo, controlando las reacciones del individuo ante el dolor y disminuyendo el sufrimiento asociado. Del mismo modo, concluye en la necesidad de capacitación que requiere el personal de enfermería del centro para la aplicación de estas intervenciones.

Según un estudio realizado en 2014-2015 en la Universidad de Lleida (6), que analiza la participación de Enfermería en el control de la ansiedad perioperatoria y el dolor postquirúrgico, se acepta la existencia de una relación directa entre el nivel de ansiedad y presencia de dolor. Por tal motivo, la inclusión en el plan de cuidados de Enfermería de intervenciones destinadas a disminuir la ansiedad a través de una preparación psicosocial, aportará con la disminución de la calidad de la vivencia dolorosa percibida. Estas intervenciones, principalmente, tienen que ver con la entrega de información previa al usuario en relación a todo su proceso perioperatorio, así como la intensificación del contacto con el paciente.

En conjunto al trabajo anticipatorio, también se han descrito intervenciones desde la dimensión de “apoyo al yo”, ubicado en el periodo de recuperación postoperatoria, las que consideran cuidados relacionados con la educación para el autocuidado del individuo y acompañamiento emocional, muy requerido en esta etapa. Estas intervenciones colaborarían en la entrega de apoyo al individuo para la adquisición de estrategias de afrontamiento adecuado, así como en volver el foco de atención hacia otras áreas de la vida, la entrega de esperanza y proyección hacia el futuro, y disminución de la ansiedad, así como la prevención del aprendizaje de conductas desadaptativas (14)

Discusión

No se puede cuantificar el impacto de la intervención psíquica y emocional sobre la intensidad de la sensación dolorosa, pese a que se acuerda que si existe tal impacto. No obstante, la intervención en crisis tiene un efecto positivo sobre los factores psicológicos, emocionales y sociales asociados a la vivencia dolorosa. En relación a este punto, adquiere protagonismo la realización de una valoración de enfermería integral y multidimensional en el momento que la persona reporta dolor, de manera de identificar los factores asociados a tales vivencias dolorosas, con la finalidad de planificar cuidados integrales que aborden los factores determinantes de dolor identificados, tanto en la etapa de preparación, afrontamiento y posterior a la vivencia dolorosa para afrontarla de forma adaptativa y alcanzar aprendizajes que potencien la capacidad de afrontamiento de la persona.

Como señala la RNAO, la intervención en crisis debe ser oportuna, flexible y accesible las veinticuatro horas del día (3). Es necesario capacitar a la Enfermera/o en salud mental considerando el afrontamiento del dolor, a través de técnicas de intervención en crisis con el objetivo de lograr un mejor ajuste emocional considerando que el Enfermero/a constituye el primer profesional en la cadena de atención de la persona que sufre dolor, quien puede intervenir oportunamente previniendo la generación de la crisis, entregando contención o preparando la disposición del usuario antes de la intervención del dolor de parte de otro profesional sanitario especializado.

La RNAO en su "Guía de Buenas Prácticas: Valoración y manejo del dolor" declara: "Aunque otros profesionales de la salud están directa o indirectamente involucrados en la valoración y manejo del dolor de las personas, las enfermeras tienen un mayor contacto con las personas que reciben cuidados. Esta relación coloca a las enfermeras en una posición única para detectar el dolor, y, si la detección es positiva, para continuar con una valoración exhaustiva de la experiencia del dolor de la persona" (15)

La formación en habilidades socioemocionales intra e interpersonales, así como en la estrategia de intervención en crisis debería ser percibida como un área crítica dentro de los planes de estudio de futuros profesionales de enfermería generalistas, puesto que la forma en que el enfermero pesquise y aborde a la persona en crisis, así como la evitación de este abordaje, tendrá un impacto relevante en la recuperación de la salud mental y física del ser humano sujeto de cuidados.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 22 de diciembre 2017, aceptado para publicación el 05 de marzo 2018.

Correspondencia a:
Luis Contreras
Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias
Médicas. Universidad de Santiago de Chile.
Santiago. Chile.
E-mail: luis.contreras.v@usach.cl

Referencias Bibliográficas

- (1) Caplan G. Principios de Psiquiatría Preventiva Buenos Aires: Editorial PAIDOS, Argentina; 1964.
- (2) Guillem Porta V, Romero Retes R, Oliete Ramirez E. manifestaciones del duelo. [Online].; 2017. Available from: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo08.pdf>.
- (3) Registered Nurses Association of Ontario. guía de buenas prácticas en enfermería: intervención en casos de crisis. 2006th ed. Ontario: Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en enfermería - Investén ISCIII; 2002.
- (4) Becoña E. Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2006; 11(3).
- (5) Nieto Corella P. Procesos Psicológicos Básicos. In Plumed Moreno C, Mansilla Pozuelo MD, Nieto Corella P, Poves Plumed AB. Psicología General. España: Colección Enfermería S21; 2015. p. 65-103.
- (6) Sofia Mora Alins, Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida. Diseño de una intervención de enfermería para disminuir la ansiedad preoperatoria y el dolor postoperatorio del paciente quirúrgico. [Online].; 2015 [cited 2017 diciembre 13. Available from: <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49333/smora.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (7) TANG NICOLEKY CC. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. Psychological Medicine. Cambridge University Press. 2006; 36(5): p. 575-86.
- (8) OMS. <http://www.who.int/iris/handle/10665/55264>. [Online].; 2017. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf.
- (9) Martínez-Correa A RdPGAGLAGJMI. Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. [Online].; 2006 [cited 2017 09 15. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718110>.
- (10) Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. In. Barcelona: Mosby, Elsevier España. 8va edición; 2015. p. 50 - 51.
- (11) Ramos M A. sintiendo el ser humano: interpersonal aspects of nursing. [Online].; 2005 [cited 2017 Abril 24. Available from: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/51/7981.php>.
- (12) Slaikou K. Intervención En Crisis. Mexico D.F.: El Manual Moderno; 1996.
- (13) Rojas-Elizondo J. Abordaje de la intervención psicológica en casos diagnosticados de dolor crónico. Enfermería de Costa Rica. 2003 Diciembre; 25(1): p. 16-21.
- (14) Calderón-Gómez MÉ. Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en Enfermería. Enfermería en Costa Rica. 2003 Diciembre; 25(1): p. 39-44.
- (15) Registered Nurses' Association of Ontario. Guía de buenas prácticas: Valoración y manejo del dolor. 3rd ed. Ontario: Investén - Iscii; 2013.
- (16) OMS. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? [Online].; 1996 [cited 2017 abril 23. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf.
- (17) OPS OMS. www.paho.org. [Online].; 2017 [cited 2017 abril 15. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102%3Adepression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es.
- (18) OMS. <http://www.who.int>. [Online].; 2017 [cited 2017 abril 15. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
- (19) Benviste A. Intervencion en crisis despues de grandes desastres. Revista de psicoanalisis. 2000; p. 137-148.

Espacio Retrodural de Okada: Comunicación de un Caso

Retrodural Space of Okada: Communication of a Case

Ayala, Santiago ⁽¹⁾; Cané, Gustavo ⁽¹⁾; Carreras, Óscar ⁽²⁾; Ayala, Walter ⁽³⁾

Resumen

Se describe un caso en el que, al realizar una inyección facetaria lumbar, se observó pasaje del contraste y del corticoide hacia la faceta controlateral. Se plantea que el pasaje controlateral del contraste y del corticoide se realizó a través del espacio retrodural de Okada, un espacio potencial dorsal al ligamento amarillo, que puede facilitar la comunicación entre distintos compartimientos del complejo ligamentoso posterior de la columna vertebral, en este caso entre las facetas articulares. Se muestran las imágenes y se informa sobre la conducta tomada ante una imagen desconocida. Se discuten otras posibles causas de pasaje controlateral del contraste, así como otras imágenes que pueden visualizarse en relación del espacio retrodural de Okada. El conocimiento de este espacio resulta de gran importancia para el anestesiólogo que realiza técnicas regionales, en particular a la hora de interpretar imágenes durante los procedimientos intervencionistas.

Palabras clave: espacio retrodural de Okada, espacio retroligamentoso.

Abstract

The following text describes a case in which during a lumbar facet injection, contrast and corticoid passage to the contralateral side was observed. The contralateral passage through the retrodural space of Okada is proposed. This is a potential dorsal space to the yellow ligament that can facilitate communication between different compartments of the posterior ligamentous complex of the spine, in this case between the articular facets. The images are shown and the behavior on an unknown image is reported. Other possible causes of contralateral contrast passage are discussed, as well as other images that can be visualized in relation to the retrodural space of Okada. The knowledge of this space is of great importance for the anesthesiologist who performs regional techniques, in particular when interpreting images during interventionist procedures.

Keywords: retrodural space of Okada, retroligamentous space.

(1) Profesor Adjunto de Anestesiología. Universidad de la República de Uruguay. Uruguay.

(2) Especialista en Patología y Cirugía de Columna. Universidad de la República de Uruguay. Uruguay.

(3) Profesor de Anestesiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República de Uruguay. Instituto Quirúrgico Sudamericano. Sanatorio Americano. Uruguay.

Introducción

El espacio retrodural de Okada es un espacio potencial de ubicación dorsal al ligamento amarillo, que puede facilitar la comunicación entre distintos compartimientos del complejo ligamentoso posterior de la columna vertebral (1).

En el presente reporte se describe un caso en el que, al realizar una inyección facetaria lumbar, se observó pasaje del contraste y del corticoide hacia la faceta articular controlateral. Se plantea que ese pasaje se realizó a través del espacio retrodural-retroligamentoso de Okada.

Caso Clínico

Paciente de 45 años, sexo femenino, con sufrimiento lumbar crónico, con osteosíntesis instrumentada de las tres últimas vértebras lumbares, coordinada para bloqueo facetario bilateral de la articulación L3-L4.

Con la paciente en decúbito ventral y en condiciones de asepsia, se realizó una inyección intraarticular L3-L4 derecha, según guía de la Sociedad de Intervenciones Espinales (SIS), con enfoque oblicuo, mediante una aguja 22G x 3-1/2 punta tipo Quincke (2).

Al inyectar 1 ml de contraste (iopamidol 300 mg/ml) en la articulación, se observó en el enfoque oblicuo la típica opacificación intraarticular y el pasaje del contraste hacia la línea media, en dirección controlateral (Figura 1).



Figura 1. Imagen oblicua.
1. Llenado intraarticular derecho.
2. Pasaje contralateral del contraste.

En el enfoque postero-anterior se confirmó la opacificación de la articulación controlateral (Figura 2).

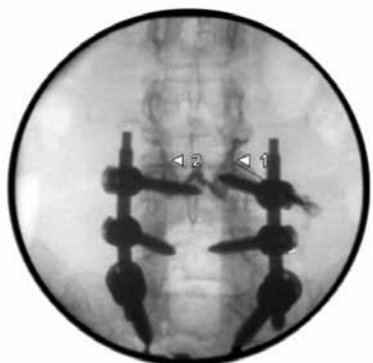


Figura 2. Imagen postero-anterior.
1. Llenado intraarticular derecho.
2. Pasaje contralateral del contraste.

Se procedió a la inyección de 1,5 ml de una solución de 0,5 ml de lidocaína al 0,5% y de 1 ml (10 mg) de la preparación intraarticular de acetónido de triamcinolona.

Al ubicar la aguja en la articulación L3-L4 izquierda con enfoque oblicuo, se visualizó la salida de un líquido de similares características al inyectado en la articulación L3-L4 derecha (Figura 3).

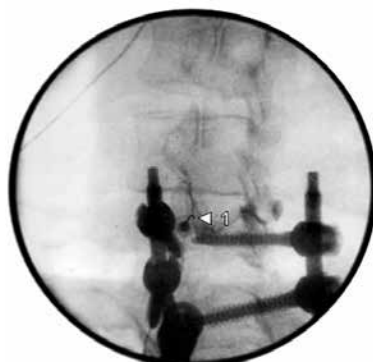


Figura 3. Imagen oblicua.
1. Aguja intraarticular por la que sale un líquido similar al inyectado en la articulación opuesta.

Ante lo atípico de las imágenes observadas y la imposibilidad de su interpretación, se suspendió la inyección intraarticular del corticoide y se dio por finalizado el procedimiento. Este reporte cuenta con el consentimiento informado y con la aprobación del Comité de Ética del Sanatorio Americano para su publicación.

Discusión

El espacio retrodural de Okada, también llamado retroligamentoso, está situado a nivel interlaminar, tiene una ubicación horizontal, está confinado a un nivel y tiene una extensión cráneo-caudal de aproximadamente unos 5 milímetros.

Se extiende bilateralmente a las facetas articulares y al ligamento interespinoso, incluida la bursa adventicial (1).

Es un espacio potencial que puede actuar como conducto para la difusión de fármacos, contraste o material infeccioso entre las facetas articulares homo o controlaterales, con el foramen intervertebral adyacente, con la musculatura paraespinal, o con la bursa adventicial de la apófisis espinosa (3).

Okada (4) describió en 1981 una comunicación bilateral entre las facetas articulares a nivel cervical. Al inyectar contraste en una faceta articular, observó el pasaje de contraste a través de la línea media hacia la faceta articular contralateral, como ocurrió a nivel lumbar en el presente caso.

Este autor observó, mediante inyección de azul de metileno en cadáveres, la existencia en varios casos de una comunicación entre la parte ventral de la cápsula articular y un espacio de ubicación dorsal a la duramadre y al ligamento amarillo (5). En la Figura 4 se muestra la ubicación del espacio y el posible recorrido del contraste.

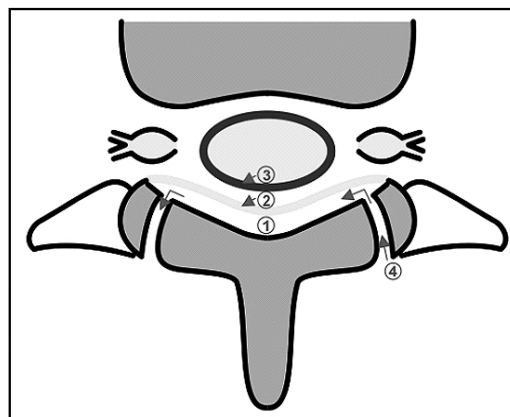


Figura 4. Esquema. Corte axial.
1. Espacio retrodural
2. Ligamento amarillo.
3. Duramadre.
4. Posible ruta del contraste.

Posteriores reportes describieron comunicaciones entre facetas articulares adyacentes o contralaterales a nivel interlaminar lumbar, en su mayoría por defectos espondilolíticos, aunque también en ausencia de espondilólisis (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Una brecha en la *pars interarticularis* permitiría la comunicación entre los recesos articulares inferior

y superior de los facetas articulares homolaterales adyacentes. Por otra parte, la ausencia de ligamento amarillo a nivel de la *pars interarticularis* permitiría la comunicación retrodural transversal con la faceta articular controlateral.

Puede haber también una comunicación con las facetas articulares controlaterales por vía interespinosa en la enfermedad de Bastrup (12, 13, 14), afección caracterizada por cambios degenerativos entre dos apófisis espinosas adyacentes que resultan en una bursa interespinosa capaz de comunicarse con un divertículo facetario.

También pueden observarse comunicaciones verticales u horizontales entre facetas articulares, resultantes de quistes o divertículos en pacientes con osteoartritis avanzada (12).

La visualización de una imagen desconocida para el operador determinó la suspensión de la inyección intraarticular del corticoide que, por otra parte, ya estaba presente en la articulación. El planteo de que se tratara de un pasaje a través del espacio de Okada se hizo retrospectivamente.

La paciente no era portadora de una espondilólisis, de una enfermedad de Bastrup ni de una osteoartritis avanzada. No hemos encontrado reportes de inyección facetaria contralateral en pacientes portadores de osteosíntesis instrumentada lumbar.

En este caso, considerando que la inyección se realizó inmediatamente por encima de la zona de osteosíntesis, no se puede descartar que alguna alteración en los tejidos vecinos a las facetas articulares inyectadas haya facilitado la comunicación con el espacio retroligamentoso.

La importancia del conocimiento de este espacio para el anestesiólogo no queda limitada a las facetas articulares. Murthy (3) describe un caso durante la inyección de una faceta articular lumbar, en el que el contraste opacificó no solamente el espacio retrodural, sino también el espacio epidural homolateral adyacente a nivel del foramen neural, probablemente por pasaje a través del ligamento amarillo.

Este autor (3) también describe, durante una inyección transforaminal lumbar, la ubicación del contraste en la faceta articular adyacente, en el defecto de la *pars interarticularis* y en la faceta articular controlateral.

Cannon (5) relata un caso de inyección retroligamentosa durante una pretendida inyección epidural interlaminar, en el que se observó luego de una prematura pérdida de resistencia, una banda de contraste con difusión bilateral con relleno de ambas facetas articulares, en lugar de la típica imagen peridural que recién se visualizó luego de una mínima introducción de la aguja.

Stolzenberg (15) observó un artrograma facetario bilateral sin contraste en el espacio peridural, luego de una inyección interlaminar paramediana lumbar. Advierte que una inesperada inyección en el espacio retroligamentoso puede explicar un fallo técnico vinculado a una pérdida de resistencia falsamente positiva cuando la técnica se realiza a ciegas.

Conclusión

El conocimiento del espacio retrodural de Okada es de gran importancia para el anestesiólogo que realiza técnicas regionales, y en particular para el que realiza procedimientos intervencionistas.

Tiene un significativo rol en la interpretación de las imágenes, en los resultados terapéuticos, y en las posibles complicaciones.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 07 de septiembre 2018, aceptado para publicación el 10 de octubre 2018.

Correspondencia a:
Santiago Ayala Pastorino
Cátedra de Anestesiología. Facultad de
Medicina. Universidad de la República. Hospital
de Clínicas. Uruguay.
Montevideo. Uruguay
E-mail: ayalapastorino@gmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1). Lehman VT, Murthy NS, Diehn FE et al. The posterior ligamentous complex inflammatory syndrome: spread of fluid and inflammation in the retrodural space of Okada. *Clin Radiol* 2015; 70 (5): 528-535.
- (2). Bogduk N. Lumbar zygapophyseal joint access. In: Bogduk N. Practice guidelines for spinal diagnostic and treatment procedures. 2nd ed. San Francisco: International Spine Intervention Society; 2013. p. 373-392.
- (3). Murthy NS, Maus TP, Aprill C. The retrodural space of Okada. *AJR* 2011; 196:W784-W789.
- (4). Okada K. Studies on the cervical facet joints using arthrography of the cervical facet joint. *Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi* 1981; 55(6): 563-580.
- (5). Cannon DT. The lumbar retroligamentous space: description and implications for the spinal injectionist. *International Spinal Injection Newsletter* 2000; 3:4-10.
- (6). Duprez T, Maileux P, Bodart A, Coulier B, Malghem J, Maldague B. Retrodural Cysts bridging a bilateral lumbar spondylolysis: a report of two symptomatic cases. *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23:534-537.
- (7). Ghelman B, Doherty JH. Demonstration of spondylolysis by arthrography of the apophyseal joint. *ALR* 1978; 130:986-987.
- (8). Maldague B, Mathurin P, Malghem J. Facet joint arthrography in lumbar spondylolysis. *Radiology* 1981; 140:29-36.
- (9). McCormick CC, Taylor JR, Twomey LT. Facet joint arthrography in lumbar spondylolysis: anatomic basis for spread of contrast medium. *Radiology* 1989; 171:193-196.
- (10). Park WM, MacCall IW, Benson D, Seal PV, O'Brien JP. Spondylarthrography: the demonstration of spondylolysis by apophyseal joint arthrography. *Clin Radiol* 1985; 36:427-430.
- (11). Shipley JA, Beukes CA. The nature of the spondylolitic defect: demonstration of a communication synovial pseudarthrosis in the pars interarticularis. *J Bone Joint Surg Br* 1998; 80(4): 662-664.
- (12). Sarazin L, Chevrot A, Pessis E, et al. Lumbar facet joint arthrography with the posterior approach. *Radiographics* 1999; 19:93-104.
- (13). Chen CK, Yeh L, Resnick D, et al. Intraspinal posterior epidural cyst associated with Bastrup's disease: report of 10 patients. *AJR* 2004; 182:191-194.
- (14). Yang A, Emig M, Akuthota V. Kissing spine and the retrodural space of Okada: More than just a kiss. *Arch Phys Med Rehabil* 2014; 6: 287-289.
- (15). Stolzenberg DS, Greis A. The space of Okada with bilateral facet joint arthrograms during a lumbar interlaminar epidural injection. *Pain Med* 2018; 19: 636-637.

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo ⁽¹⁾

Medicina paliativa, cuidados del enfermo en el final de la vida y atención a su familia.

Wilson Astudillo A, Carmen Mendinueta A, Edgar Astudillo A.

Sexta edición, mayo 2018, ediciones universidad de navarra S.A. (EUNSA)

EL LIBRO

Los autores del libro, W. Astudillo, C. Mendinueta y E. Astudillo, fundadores de la ONG española Paliativos Sin Fronteras (PSF) y de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, con una vasta experiencia en Medicina Paliativa, como escribe Robert Twycross en el prólogo de esta sexta edición “texto que desde hace muchos años se ha establecido como básico tanto para especialistas como generalistas”, nos presentan una obra renovada que nace hace 23 años, que tiene como finalidad, a través de su lectura, colaborar en la difusión y aplicación de los conocimientos paliativos actualmente disponibles.

En esta nueva edición se revisan los cuatro aspectos primordiales de los Cuidados Paliativos (CP): la comunicación, el control de síntomas, el alivio del sufrimiento y el apoyo a la familia. La obra, como lo expresan sus autores, está principalmente destinada a profesionales que trabajan en Atención Primaria, Oncología, Radioterapia, SIDA y Demencias. Si bien, en cada capítulo los temas individuales son tratados en profundidad, no se pierde de vista considerar siempre al paciente recordándolo como un todo.

Esta renovada edición consta de 1.056 páginas con 57 artículos que se distribuyen en cuatro secciones: La primera sección corresponde a Generalidades, la segunda trata el Manejo de Síntomas, la tercera Manejo del Dolor y la cuarta se denomina Otros Aspectos de la Paliación y Atención a la Familia. El libro cubre la mayoría de los aspectos teóricos necesarios para el bienestar del paciente y su familia, resaltando la posibilidad de los CP para aliviar tanto el sufrimiento de adultos y niños que presentan enfermedades incurables.

El autor de esta columna de Revista de Revistas agradece a Wilson Astudillo, a Carmen Mendinueta y a Edgar Astudillo la invitación para escribir nuevamente un artículo en uno de sus libros. En esta ocasión, se me

ha concedido el privilegio de escribir el capítulo 54, “Desastres y Cuidados Paliativos”. El infrascripto plasma en este artículo la experiencia obtenida al haber ejercido durante 12 años la jefatura de la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital del Salvador de Santiago de Chile, la que se complementa con haber estado simultáneamente durante ocho años en el cargo de Coordinador de Emergencias y Desastres del Servicio de Salud Metropolitano Oriente del MINSAL. Desde 2010 a la fecha, Chile ha sufrido constantemente diversos desastres de origen natural y antrópicos, los que se han traducido en terremotos, tsunamis, incendios forestales, aluviones y erupciones volcánicas, que han afectado a la población en general y también han tenido una particular repercusión en los pacientes que se encuentran en CP, debiendo éstos ser considerados en los planes de contingencia referentes a la Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres. De este modo, se ha pasado de una acción de respuesta a una acción preventiva, evaluando amenazas y vulnerabilidad, proponiendo medidas de mitigación y planes de acción y rehabilitación.

En el referido capítulo se realiza un análisis histórico de los principales desastres acaecidos durante el siglo pasado hasta la fecha, se evalúa el ámbito para la reducción del riesgo en desastres, se analizan las estrategias desarrolladas al respecto por ONU – OMS – OPS y se plantea un Plan de Emergencia para los equipos sanitarios de pacientes en Cuidados Paliativos y sus familias. Se pretende, como objetivo general, llamar la atención de las organizaciones humanitarias y de las autoridades de salud para introducir la educación paliativa y la búsqueda de métodos para prevenir y aliviar el sufrimiento ante las tragedias.

El libro puede ser adquirido vía internet (www.paliativossinfronteras.org) por un aporte de € 60, aunque también existe la posibilidad de adquirir diversos textos editados por la ONG e inscribirse como socio colaborador, con una cuota anual de € 30 para los integrantes de países latinoamericanos lo que permite, junto con ayudar a la promoción de los cuidados paliativos en países del tercer mundo, acceder a diversos descuentos en congresos y actividades organizadas por PSF.

Dolor Irruptivo Oncológico (DIO): Un Nuevo Desafío para su Tratamiento

Es una entidad clínica específica de dolor que es acuñada en los años noventa con el vocablo inglés “breakthrough pain” y definida inicialmente como: Exacerbación transitoria del dolor que aparece en pacientes oncológicos, con Dolor Basal adecuadamente controlado mediante la administración de opioides mayores, luego

(1) Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital del Salvador. Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras. Santiago. Chile.

es complementada su definición por el Task Group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland 1990, Breakthrough Pain, agregándole el concepto de que ocurre en forma espontánea en relación a situación específica predecible o imprevista. El vocablo “breakthrough” no tiene equivalencia en español, siendo traducido erróneamente como “irruptivo”, palabra que no existe en el diccionario de la Real Academia Española, lo que lleva al mundo hispanoparlante a plantear para el futuro el vocablo irruptor, que hace referencia a la capacidad o inclinación a entrar violentamente en un lugar o acometer de forma impetuosa y repetitiva. Teniendo en consideración la disparidad de factores que concurren para la definición, entre los que se consideran además de las diferencias en el lenguaje, la diversidad de poblaciones, las diferentes etapas de la enfermedad, el número de metástasis, etc; se efectúa una reunión de consenso el año 2002 entre las sociedades españolas de: Dolor (SED), Cuidados Paliativos (SECPAL) y de Oncología Médica (SEOM), en la que se define el Dolor Irruptivo /or, Breakthrough Pain (BTP), como “Exacerbación del dolor en forma súbita y transitoria de gran intensidad, EVA mayor a 7, duración menor a 30 minutos, que aparece sobre la base de un dolor persistente estable, cuando éste se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5), mediante el uso de opioides mayores.

Se trata de una entidad álgica que, de acuerdo a los pocos estudios existentes, afecta globalmente a alrededor del 53% de los pacientes que tienen cáncer y que, de acuerdo a una encuesta realizada en España por la SED, es infradiagnosticada y tratada en forma insuficiente en un 77%.

El tratamiento adecuado comienza por un diagnóstico adecuado, utilizando un opioide potente que tenga un inicio de acción rápido (<10 min), corta duración del efecto, mínimos efectos secundarios y fácil administración. El Fentanilo utilizado por la vía transmucosa es el fármaco disponible en la actualidad que más se ajusta a las necesidades de pacientes con DIO, debiendo ser utilizado por medio de un tratamiento individualizado, ya que este tratamiento varía de una persona a otra, no pudiéndose establecer un tratamiento generalizado.

Este artículo tiene como objetivo llamar la atención sobre este tipo de dolor, para el cual en nuestro país no teníamos el fármaco adecuado para su tratamiento, a lo que se suma además la poca claridad que existe respecto de su diagnóstico. Cabe destacar que en diciembre de 2017, finalmente hemos tenido la posibilidad de disponer de Fentanilo para uso transmucoso – sublingual, por lo cual es inexcusable no aliviar adecuadamente el sufrimiento del DIO en nuestros pacientes de cáncer.

Debemos incorporar sin tardanza a nuestro armamentario farmacológico este nuevo opioide para el tratamiento del DIO, lo que implica comenzar por un diagnóstico correcto y realizar la curva lógica de aprendizaje de su uso. Para tal efecto, recomiendo por lo menos cuatro publicaciones al respecto que pueden ayudar a abordar este problema en el dolor por cáncer.

Oxicodona/Naloxona (OXN): Una Alternativa para el Manejo del Dolor Severo con un Opiode Potente, disminuyendo la Aparición de la Disfunción Intestinal Asociada a su Uso

La incorporación durante el presente año en Chile de esta asociación farmacológica, extensamente utilizada en Europa y EE.UU. de Norteamérica por hace ya más de 10 años, es un nueva droga disponible para tratar el dolor asociado al cáncer, que corresponde al denominado tercer peldaño de la Escalera Analgésica de la OMS. En este nuevo fármaco, se asocia un opioide fuerte como la Oxicodona, con un antagonista opioide como la Naloxona, que tiene como finalidad aliviar el dolor severo disminuyendo la estitiquez ocasionada como efecto secundario al uso regular de opioides.

En el síndrome de Disfunción Intestinal Inducido por Opioides (DIO) la estitiquez representa uno de los efectos secundarios más prevalentes, provocando falta de adherencia y abandono del tratamiento.

Su uso, con un amplio respaldo científico global, es un valioso aporte a la estrategia del alivio del dolor severo por cáncer, especialmente cuando los opioides fuertes tradicionales, como la morfina, deben ser rotados a causa de una falta de eficacia analgésica o a un efecto intolerable de efectos secundarios asociados a disfunción intestinal. De la evidencia científica disponible, parte de la cual se adjunta en este artículo, se puede concluir que OXN:

- Es un opioide con sólida evidencia para el tratamiento del Dolor por cáncer.
- Es eficaz a corto y largo plazo para el alivio del dolor oncológico.
- Se acompaña de una mejoría en la función intestinal, siendo muy bien aceptado por los pacientes en dolor por cáncer.
- En pacientes de edad avanzada, la eficacia analgésica no se ha asociado a deterioro cognitivo.

Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 23 de octubre de 2018, aceptado para publicación el 26 de octubre de 2018.

Correspondencia a:
 Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo
 Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos Hospital
 del Salvador.
 Director Capítulo Chileno Paliativos Sin
 Fronteras.
 Santiago, Chile.
 E-mail: rodrigoached@gmail.com

Ciclo de Reuniones Científicas ACHED 2018

Durante 2018, ha continuado desarrollándose el Ciclo de Reuniones Científicas de nuestra Asociación, confirmando el objetivo de abordar el dolor como un fenómeno transversal a todas las especialidades médicas y a todas las profesiones de la salud.

Las reuniones realizadas durante este ciclo han contado con la participación de destacados profesionales que han presentado interesantes temas, dando a conocer diferentes perspectivas frente a la diversa fenomenología del dolor, generándose un interesante debate entre expositores y asistentes.

Como es tradicional, las reuniones se han desarrollado en el Hotel Hotel Best Western Premier Marina, Las Condes

y además están siendo transmitidas vía streaming por el Fan Page oficial de nuestra Asociación, con el objetivo de disponibilizar estas instancias para los colegas de regiones o quienes se encuentran más allá de nuestras fronteras.

A continuación se señalan los temas abordados en las Reuniones Científicas ACHED. Si desea obtener más información sobre cada una de las reuniones, le sugerimos visitar nuestro sitio web www.ached.cl.

Reunión Mayo (Martes 29 de mayo)

Conferencia:

“Uso de cannabinoides en medicina, evidencia científica y experiencias clínicas”.

Expositores:

- Dra. María Antonieta Rico, ACHED-CP.
- Dr. Gonzalo Bravo, Grupo Epistemonikos.
- Dr. Juan Pablo Yaeger, Presidente Medopal.
- Dr. Armando Maldonado, Cuidados Paliativos UC.



En reunión científica de Mayo, miembros de la Directiva de Ached con los expositores del tema Dra. María Antonieta Rico, Dr. Gonzalo Bravo, Dr. Juan Pablo Yaeger y Dr. Armando Maldonado.

Reunión Junio (Martes 26 de junio)

Conferencia:

“Intervencionismo en columna cervical”.

Expone:

Dra. Francisca Elgueta
Anestesióloga. Fellowship en Dolor.
Profesor Asistente, Facultad de Medicina PUC

Modera:

Dr. Gerardo Correa
Médico Fisiatra. Director ACHED.
Tema: “Síndrome de latigazo cervical tardío”



Dra. Francisca Elgueta y del Director de ACHED, Dr. Gerardo Correa.

Reunión Julio (Martes 31 de julio)

Conferencia:

“Cuidados Paliativos desde una mirada integrativa FALP 2018”.

Expone:

Dr. Yuri Moscoso
Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna.
Master en Cuidados Paliativos Universidad de Valladolid, España.
Jefe de la Unidad del Dolor y Medicina Paliativa
Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez.



El expositor de la reunión científica de julio, Dr. Yuri Moscoso, junto a la Dra. Marisol Ahumada, Presidenta de ACHED.

Memoria 2017: Asamblea de Socios ACHED-CP

De acuerdo a los estatutos, el jueves 22 de marzo en el auditorio del Centro Saval, se realizó la Asamblea General de Socios de nuestra entidad. Los miembros de la Directiva Dra. Marisol Ahumada, Dra. María Eliana Eberhard y Dr. Fernando Hormazábal hicieron una exposición con apoyo digital sobre la Memoria 2017, dando cuenta de las principales actividades tanto científicas como corporativas de nuestra asociación durante el año.

De acuerdo a su misión como asociación científico-académica sin fines de lucro y cuyo objetivo es estimular y apoyar el estudio del dolor y de los cuidados paliativos en Chile, ACHED -CP realizó un programa con diversas actividades durante 2017. Se destacó la regularidad de las reuniones científicas, el curso-taller de “Estimulación Medular en Dolor Crónico” (realizado en marzo Auditorio de Clínica Bicentenario), apoyo a tres estudios sobre carga de la enfermedad y costo-consecuencia del dolor crónico en nuestro país, vinculación con el Ministerio de Salud, universidades, entidades regionales e internacionales de referencia (IASP, ALCP), centros clínicos públicos y privados, y medios de comunicación.

Los expositores hicieron énfasis en la necesidad de participación de los socios de ACHED -CP en las actividades que se realizan y en la difusión de nuestra tarea, específica entre los profesionales relacionados con el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos. La Memoria 2017 fue aprobada y se informó de algunos lineamientos para 2018.



*Dra. Marisol Ahumada,
Presidenta, presenta la
Memoria 2017.*

ACHED en el IX Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos

El IX Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos de ALCP (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos) se realizó en Santiago entre el 11 y 14 de abril. ACHED-CP participó activamente en este congreso. La Dra. Marisol Ahumada fue la Tesorera y representante de la ALCP en el comité local y la EU Lorena Méndez representó a nuestra entidad en el Comité Organizador Local.

El Congreso Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos se celebra cada 2 años y reúne, como en esta versión de 2018, a más de 600 profesionales latinoamericanos que trabajan y tienen interés en el cuidado de personas con enfermedad avanzada.

El lema de este IX Congreso de ALPC, realizado en el hotel Marriot de Santiago, ha sido “Cuidados Paliativos para todos”, que es uno de los objetivos y desafíos de Latinoamérica para los próximos años.

El Comité Científico y el Comité Organizador Local hicieron un gran trabajo para ofrecer un programa rico y diverso con una variedad de expositores expertos y una serie de presentaciones orales y pósteres.

Un trabajo de investigación presentado en el pre-congreso por un equipo de cuidados paliativos pediátricos del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río obtuvo el 1er premio en la categoría Dame Cicely Saunders. Se trató del trabajo de investigación titulado: “Uso de infusor

elastomérico desechable en niños con cáncer avanzado en cuidado paliativo domiciliario: Experiencia en el H.R.del R”, de los autores Enf. Chery Palma, Dra. Natalie Rodríguez, Ps. Eugenia Ahumada. QF Ariel Parra y Asistente Social Alejandra Werth.

La ALCP es una organización no gubernamental para el desarrollo y el avance de los cuidados paliativos en Latinoamérica, que une a personas que trabajan en cuidados paliativos o tienen interés en cuidados paliativos y se adhieren a la misión de la institución.

Esta ha sido una oportunidad para conocer los avances en el campo de los Cuidados Paliativos, tanto en la atención de pacientes como en el desarrollo de programas, para establecer contactos en la región y compartir con otros colegas de América Latina sus experiencias”, expresó Tania Pastrana, Presidente IX Congreso ALCP y Presidente de ALCP.



Inauguración Congreso ALCP.


XI Congreso de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor

Entre el 22 y el 24 de noviembre, se llevará a cabo el XI Congreso de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, en el Hotel Sheraton Santiago & Convention Center. En la ocasión, los principales temas a abordar son **Canabinoides y Dolor Crónico, Cuidados Paliativos, Dolor Musculoesquelético, Dolor Neuropático, Fibromialgia, Intervencionismo No Oncológico, Intervencionismo Oncológico y Síndrome de Dolor Regional Completo.**

Además, en forma paralela, se desarrollarán II Congreso de Cuidados Paliativos, la II Jornada de Intervencionismo en Dolor, la III Jornada de Dolor Orofacial y Cefalea, las III Jornadas de Kinesiología, Terapia Ocupacional Y Medicina Complementaria, V Jornadas ABC, Investigación Básica en Dolor, VI Jornadas de Psicología y Dolor y X Jornada de Enfermería y Dolor.









Es importante destacar que en la undécima versión del Congreso, contaremos con la presencia y participación de destacados docentes extranjeros: el Dr. Fernando Cerveró, University of Bristol, Inglaterra; el Dr. Alfredo Covarrubias, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México; el Dr. Javier de André, Hospital Universitario La Paz, España; el Dr. Joao Batista Garcia, Facultad de Medicina, Universidad Federal de Maranhao, Brasil; Dr. César Margarit, Hospital General Universitario de Alicante, España; el Dr. Víctor Mayoral, Hospital Universitari Bellvitge, España; la Dra. Concepción Pérez, Hospital Universitario de La Princesa, España; y el Dr. Fabián Piedimonte, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

¡Desde ya, están todos invitados a participar de nuestro XI Congreso!




22-24 noviembre 2018
XI Congreso de la
Asociación Chilena para el
Estudio del Dolor
 Hotel Sheraton Santiago & Convention Center

·Canabinoides y Dolor Crónico ·Cuidados Paliativos ·Dolor Musculoesquelético
 ·Dolor Neuropático ·Fibromialgia ·Intervencionismo No Oncológico
 ·Intervencionismo Oncológico ·Síndrome de Dolor Regional Completo

DOCENTES EXTRANJEROS
Dr. Fernando Cerveró University of Bristol 
Dr. Alfredo Covarrubias Inst. Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán 
Dr. Javier de André Hospital Universitario La Paz 
Dr. Joao Batista Garcia Facultad de Medicina, Universidad Federal de Maranhão 
Dr. César Margarit Hospital General Universitario de Alicante 
Dr. Víctor Mayoral Hospital Universitari Bellvitge 
Dra. Concepción Pérez Hospital Universitario de La Princesa 
Dr. Fabián Piedimonte Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires 

EN CONCOMITANCIA
 II Congreso de Cuidados Paliativos
 II Jornadas de Intervencionismo en Dolor
 III Jornadas de Dolor Orofacial y Cefalea
 III Jornadas de Kinesiología, Terapia Ocupacional y Medicina Complementaria
 V Jornadas ABC: Investigación Básica en Dolor
 VI Jornadas de Psicología y Dolor
 X Jornada de Enfermería y Dolor



INSCRIPCIONES www.eventotal.cl INFORMACIONES / CONTACTO
dragana@eventotal.cl · Tel. +56 222 20 45 53



DOLONEUROBIONTA™

LA TRIPLA ACCIÓN QUE ALIVIA EL DOLOR

Efecto sinérgico mejora la eficacia y la tolerabilidad.¹

Eficaz en el tratamiento del componente neuropático y nociceptivo del dolor.²

Mayor movilidad, funcionalidad y discapacidad asociada a la lumbalgia.¹

1. Mirell MA, Geller M, Cohen JC, et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLIB study. *Curr Med Res Opin* 2009; 25(11): 2589-2599.

2. Góicortea García C. Papel de las vitaminas B₁, B₆ y B₁₂ en el tratamiento del dolor. *Revista Bibliográfica. Facts Research* ISSN: 2013-6944.



MATERIAL EDUCATIVO DE USO EXCLUSIVO PARA MÉDICOS

Precauciones de uso:

Este medicamento no debe ser administrado durante el embarazo ni la lactancia. No administrar en niños menores de 12 años. Antes de administrarlo se debe evaluar el estado del aparato digestivo, del hígado y del riñón. Es recomendable controlar periódicamente el hemograma y las funciones renales y hepáticas. El producto debe ser empleado con cautela en pacientes que presenten nefropatía, cardiopatía, que utilicen diuréticos o después de grandes cirugías. Los pacientes que presenten trastornos del sistema nervioso central deben abstenerse de conducir vehículos u operar máquinas cuando empleen este medicamento. Se debe utilizar este medicamento con precaución en los siguientes casos: **Diclofenaco:** sangrado, úlcera o perforación gastrointestinal, insuficiencia renal, hipertensión arterial no controlada o cardiopatía, que cursen con retención de líquido o edema. Insuficiencia hepática, asma, porfiria, trastornos de la coagulación, infecciones graves concomitantes. **Vitamina B₁:** antecedentes de pacientes con alergia a esta vitamina. **Vitamina B₆:** convulsiones neonatales, tratamiento simultáneo con levodopa. **Vitamina B₁₂:** su uso puede enmascarar una deficiencia de ácido fólico. Las altas dosis corrigen la megaloblastosis que se produce por deficiencia, pero no previene las complicaciones neurológicas que pueden ser irreversibles.

Agenda Internacional 2019

Febrero	15 - 16	<p>I Jornada de Dolor en el Anciano <i>Organiza: Sociedad Española del Dolor.</i> <i>Sede: Hotel Meliá Avenida de América, Madrid, España.</i> <i>Más Información: www.sedolor.es</i></p>
Abril	4 - 5	<p>8as Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos <i>Organiza: Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos.</i> <i>Sede: Palacio de Congresos de Mérida, España.</i> <i>Más Información: http://aecpal2019.com/</i> <i>E-Mail: sanicongress@aecpal2019.com</i></p>
Mayo	23 - 25	<p>16th World Congress of the European Association for Palliative Care <i>Organiza: European Association for Palliative Care (EAPC).</i> <i>Sede: Berlín, Alemania.</i> <i>Más Información: www.eapc-2019.org</i></p>
Mayo - Junio	29 mayo-1 de junio	<p>XVI Congreso de la Sociedad Española del Dolor <i>Organiza: Sociedad Española del Dolor</i> <i>Más Información: www.sedolor.es</i></p>
Junio	19 - 22	<p>14° Congresso Brasileiro de Dor <i>Organiza: Sociedade Brasileira para Estudo da Dor.</i> <i>Sede: Centro de Convenções Frei Caneca, Sao Paulo, Brasil.</i> <i>Más Información: www.sbed.org.br</i> <i>E-Mail: dor@dor.org.br</i></p>

NUEVO

Coxidol®

Etoricoxib 60 y 120 mg

Libre de dolor por más tiempo



Coxidol® está indicado en:⁽¹⁾

- Alivio del dolor agudo
- Alivio sintomático de la:
 - Artrosis (OA)
 - Artritis Reumatoide (AR)
 - Espondilitis Anquilosante (EA)
- Tratamiento a corto plazo del dolor moderado asociado a cirugía dental
- Tratamiento de la dismenorrea primaria
- Dolor y signos de inflamación asociados a la artritis gotosa aguda

Es seguro...

- 95% de buena tolerabilidad etoricoxib en pacientes con historia de intolerancia a AINEs⁽²⁾

Es cómodo...

- Única dosis diaria⁽¹⁾
- Puede administrarse con o sin alimentos⁽¹⁾
- No es necesario ajuste de dosis en personas de edad avanzada⁽¹⁾

Único con Código QR, que permite escuchar el folleto



Revista de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor - ACHED

Publishing Rules: Revista Asociación Chilena para el Estudio del Dolor - ACHED (Journal of the Chilean Association for the Study of Pain)

Política Editorial

La revista El Dolor es el órgano de expresión oficial de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. Se entiende a sí misma como el lugar de referencia para la producción de conocimiento clínico, teórico, epidemiológico y experimental de los distintos tipos de dolor, sea éste agudo, crónico, oncológico y no oncológico, conocimiento que puede provenir

de las distintas disciplinas médicas, de enfermería, psicología y, en general, de todos aquellos saberes que tengan como foco el conocimiento, la evaluación y el tratamiento del dolor. Privilegia asimismo la investigación y la difusión del saber en el campo de los Cuidados Paliativos. En ella se publican artículos originales de investigación, asociados o no a proyectos, casos clínicos, revisiones bibliográficas, colaboraciones especiales y reseñas bibliográficas. Su aceptación está basada en la relevancia, originalidad, consistencia y rigurosidad del material presentado.

Su edición es semestral.

Los artículos deberán ajustarse a la naturaleza y estilo de la revista, que tienen como referencia los "Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas", establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors, en el sitio WEB <http://www.icmje.org/>.

La Revista consta de las siguientes secciones habituales:

- Editoriales: que se hacen por encargo de la Dirección de la Revista.
- Originales: trabajos de investigación sean éstos clínicos, epidemiológicos y/o experimentales, asociados o no a proyectos de investigación y que no hayan sido publicados con anterioridad.
- Revisiones Bibliográficas: temas de interés que tienen por objeto la actualización del conocimiento en materias específicas del Dolor y de los Cuidados Paliativos.
- Colaboraciones Especiales: trabajos relevantes enviados por autores nacionales o extranjeros que hayan sido publicados previamente en revistas especializadas.
- Caso Clínicos: casos clínicos de especial interés que permiten la discusión de diagnóstico, evaluación y tratamiento del Dolor y de los Cuidados Paliativos.
- Reseñas Bibliográficas: críticas de libros, resúmenes de artículos notables y revisiones de los sumarios de las revistas más importantes en el campo del Dolor y los Cuidados Paliativos.

Editing Policy and guidelines

El Dolor Journal is the official publication of Asociación Chilena para el Estudio del Dolor. It is a reference on clinical, theoretical, epidemiologic, and experimental knowledge of different pain types: acute, chronic, oncologic and nononcologic.

That comes from: different medical disciplines, nursing, psychology and in general all knowledge focused on the treatment and assessment of pain. El Dolor Journal encourages (education, the spread of knowledge) and research in the field of Palliative Care. The Journal publishes original research articles (associated, or not to a project), clinical cases (case studies), bibliographical reviews, special collaborations and publication reviews. All which are chosen for publishing have been considered based on: relevance, originality, consistency and accuracy.

The editing is every months.

Articles have to be coherent with the nature and style of the journal that in turn relies on the "Uniform Requirements for Manuscripts to Biomedical Journals" of the International Committee of Medical Journal Editors, up-dated in February 2006 and available at the website <http://www.icmje.org/>

The Journal is published every six months and has the following regular sections:

- Editorial
Commissioned by the Journal Director.
- Original Articles
Clinical, epidemiological and/or experimental research articles. These may be associated to research projects, but not published, or released elsewhere.
- Bibliographical Reviews
Themes of interest that are meant to keep specific subjects on Palliative care and pain updated on a regular basis.
- Special Collaborators
Relevant work submitted by foreign, or Chilean authors that has been previously published by specialized Journals.
- Clinical Cases
Especially relevant clinical cases for discussion on diagnosis, evaluation and treatment of Pain, and Palliative Care.
- Publication Reviews
Book critique, abstracts of notable articles and reviews on summaries of the most important journals in the field of Pain and Palliative Care.

- **Experiencias Nacionales:** profesionales del área que relatan su experiencia en Dolor y Cuidados Paliativos a lo largo del territorio nacional.
- **Noticias:** comprende calendarios de Cursos y Congresos, publicaciones sobre el dolor en prensa, noticias nacionales e internacionales y cualquier otro tema de interés para la Algología y los Cuidados Paliativos.
- **Cartas al Director:** comunicaciones breves donde pueden comentarse artículos publicados recientemente en la Revista o temas de actualidad. El Comité Editorial se reserva el derecho a rechazar o aceptar la publicación de éstas.

Instrucciones a los Autores

Todos los trabajos serán revisados por el Comité Editorial, el cual tendrá como plazo tres meses desde la recepción del artículo, para: aceptar sin correcciones, aceptar con correcciones o rechazar el documento.

Las publicaciones se reciben solamente en formato digital desde la página web de la sociedad www.ached.cl mediante formulario online o en su defecto a la dirección de correo electrónico editor_dolor@ached.cl. Los artículos serán enviados a los miembros del Comité Editorial que resulten pertinentes para la evaluación del artículo y posteriormente se contactará al autor con la decisión del Comité Editorial.

Formato

Digital, word, times 12 y espacio sencillo para todo el artículo, márgenes 3-3-3-3. La extensión máxima para los artículos originales y revisiones no podrán exceder las 20 páginas, para el resto de las secciones no se podrán exceder las 5 páginas.

Título y Autores

Título en español y en inglés. Identificar a los autores con su apellido y nombre de pila. Especificar con claridad para cada autor, utilizando superíndices, una institución de referencia. Indicar si corresponde fuente de apoyo financiero en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Debe declararse toda ayuda financiera recibida, especificando si la organización que la proporcionó tuvo o no influencia en el diseño del estudio; en la recolección, análisis o interpretación de los datos; en la preparación, revisión o aprobación del documento.

Resumen y Palabras Clave

Resumen en español y en inglés (abstract), con un máximo de 500 palabras. El resumen debe incluir propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. Tres palabras clave o key words, de acuerdo a la lista del Index Medicus (Medical Subjects Headings), accesible en: www.nlm.nih.gov/mesh.

Para las palabras clave en español se recomienda la utilización de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME, consultables en <http://decs.bireme.br>

- **National Experiences**
Professionals in the field, throughout the country, sharing their experience in Pain and Palliative Care.

- **News**

This section includes calendar of courses and congresses, press publications on pain, local and international news and topics of interest for Algology and Palliative Care.

- **Letters to the Editor**

Current topics, or short comments on articles published recently in the Journal. The Editorial Board reserves the right to reject, or accept their publication.

Instructions To Authors

All submitted work will be reviewed by the editorial board within three months from the time of receipt. These may be accepted with no corrections, accepted with corrections, or rejected.

Publications are received in digital format only by completing an online form, found on and sent to the society's website at: www.ached.cl, or by e-mail to: editor_dolor@ached.cl.

Authors will be contacted with the Board's decision after an assessment, of their article, by relevant board members.

Format

Digital, Word, Times New Roman 12, Single spacing for all items, Margins: 3-3-3-3 Article length: Original articles and reviews must not exceed 20 pages. All other sections must not exceed 5 pages.

Title and Authors

The title must be in Spanish and English. Authors first and last names must be printed in the article, as well as any academic degree and specialty area. Clearly mention an institution as a reference in superscript text. Also, information must be provided regarding the type of finance obtained, whether research grants, equipment, drugs, or all three. All financial aid granted must be informed and whether the financing entity had any influence on: research design, data collection, analysis or interpretation, preparation, review and approval of the final document.

Abstract and Key words

A 500 word limit, abstract in Spanish and English. The abstract must specify the object of the study or research, material and methods used, the most important results and relevant conclusions. Three key words according to the list in Index Medicus (Medical Subjects Headings) available at www.nlm.nih.gov/mesh/.

For key words in Spanish, we suggest to access BIREME's "Descriptores en Ciencias de la Salud" (DeCS) at <http://decs.bireme.br>

Introducción

Síntesis actualizada de los hallazgos más recientes, sean éstos clínicos, teóricos, epidemiológicos y/o experimentales en la materia investigada. Se recomienda resumir la racionalidad del estudio y expresar claramente su propósito. Cuando sea pertinente, explicitar la hipótesis cuya validez se pretendió analizar. Máximo 1000 palabras.

Material y Método

Describir la selección de los sujetos estudiados: pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identificar los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos estadísticos), limitar a nombrarlos y citar las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcionar las referencias y agregar una breve descripción. Si los métodos son nuevos o se aplicaron modificaciones a métodos establecidos, describir con precisión, justificar su empleo y enunciar sus limitaciones. Cuando se efectuaron experimentos en seres humanos, explicitar si los procedimientos respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (actualizada en 2000) y si fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución en que se efectuó el estudio; cuando lo soliciten los editores, los autores deberán adjuntar el documento de aprobación respectivo. Los estudios en animales de experimentación deben acompañarse de la aprobación por el comité de ética respectivo. Identificar los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identificar a los pacientes mediante números correlativos, pero no usar sus iniciales ni los números de fichas clínicas de su hospital. Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados. Máximo 1000 palabras.

Resultados

Presentar resultados siguiendo una secuencia lógica y concordante, en el texto, las Tablas y Figuras. Los datos se pueden mostrar en Tablas o Figuras, pero no simultáneamente en ambas. En el texto, destacar las observaciones importantes, sin repetir todos los datos que se presentan en las Tablas o Figuras. No mezclar la presentación de los resultados con su discusión, la cual debe incluirse en la siguiente sección. Máximo 1000 palabras.

Discusión

Se trata de una discusión de los resultados obtenidos en este trabajo y no de una revisión del tema en general. Discutir únicamente los aspectos nuevos e importantes que aportan el trabajo y las conclusiones que se proponen a partir de ellos. Hacer explícitas las concordancias o discordancias de los hallazgos y limitaciones, comparándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las citas bibliográficas respectivas. Conectar conclusiones con los propósitos del estudio, destacados en la Introducción. Evitar

Introduction

An up-dated summary of the most recent findings either clinical, theoretical, epidemiological and/or experimental regarding the subject under study. We recommend authors to briefly and clearly explain the reason and object of the study or research. If appropriate, authors should explain the hypothesis when intending to analyze its' validity. Word limit: no more than 1000 words.

Material and Method

Describe the selection of study subjects: patients or experimental animals, organs, tissue, cells, etc. and the appropriate controls. Identify the methods, tools or devices and procedures to allow other observers to reproduce the same results. If well established and frequently used methods were used (even statistical methods), name them and quote the appropriate references only. For methods that have been previously published, but not widely known, provide references and include a brief description. For new methods or those to which modifications were introduced, make an accurate description. Explain why they have been used and number their limitations. For experiments with human beings, explain whether the procedures respected ethical rules consistent with the Helsinki Declaration (updated in 2000) and whether they were revised and approved by the ad hoc committee of the institution that carried out the research.

Upon the editors' request, authors shall enclose the appropriate approval document. Research in animals must be accompanied by the appropriate ethics committee approval. Identify the drugs and chemical components used by using the generic name, dosage and ways of administration. Identify the patients by consecutive numbers. But do not use initials, or the numbers in their medical files. Always mention the number of patients, or observations, the statistical methods used and the level of importance previously determined to judge the results. Word limit: no more than 1000 words.

Results

Present the results in a logic and consistent sequence in the text, Tables and Figures. Data can be showed either in Tables or Figures, but not in both of them. Highlight relevant observations in the text, not including the data showed either in the Tables or Figures. The results and discussion regarding the same shall not be combined and discussion must be included in a different section. No more than 1000 words.

Discussion

This is a discussion of the results from this work, rather than a general review of the subject matter under study. Only the new and relevant aspects involved in the work shall be discussed as well as the proposed conclusions reached from it.

Explain the agreements, or disagreements regarding findings and limitations comparing them with other relevant studies identified

formular conclusiones que no estén respaldadas por los hallazgos, así como apoyarse en otros trabajos aún no terminados. Plantear nuevas hipótesis cuando sea adecuado y calificarlas claramente como tales. Cuando sea apropiado, proponer recomendaciones. Máximo 1000 palabras.

Agradecimientos

Expresar su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas al trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

Referencias Bibliográficas

Citas y referencias bibliográficas de acuerdo a «Requisitos Uniformes para los Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas», establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors, disponible en <http://www.icmje.org/>.

Preferir las que correspondan a trabajos originales publicados en revistas incluidas en el Index Medicus. Numerar las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto.

Identificarlas mediante numerales arábigos, colocados (entre paréntesis) al final de la frase o párrafo en que se las alude. Si se trata de artículos provenientes de las ciencias psicológicas y de otra disciplina no médicas y con expresa autorización del comité editorial, las citas y referencias bibliográficas podrán utilizar estrictamente el formato de la American Psychological Association (APA) 5ª edición, disponible en: http://www.puc.cl/sw_educ/gnosis/citas/citas.htm.

Se consideraran un mínimo de 15 referencias bibliográficas solamente para las secciones: artículos originales y de revisión.

Correspondencia

Indicar nombre del investigador responsable, dirección postal, mail y teléfonos.

Tablas y Figuras

Las tablas y figuras (gráficos, ilustraciones, radiografías u otras), deberán ser incluidas al final del documento, especificando con claridad en el texto dónde deberán ser incluidas. Todas las tablas y figuras deben ser tituladas y numeradas con números arábigos. Las tablas no deben tener líneas verticales. Los gráficos no deben ser volumétricos.

Incluir notas aclaratorias al pie de tablas y figuras. Si una figura reproduce material ya publicado, indicar fuente de origen y permisos del autor y del editor original para reproducirla en el trabajo. La publicación de figuras en colores debe ser consultada con la Revista, su costo es fijado por los Impresores y deberá ser financiado por los autores.

Las ilustraciones y fotografías deben ser de alta resolución. Se considerará un máximo de 5 tablas y 5 figuras por artículo.

by bibliographical references. Link the conclusions to the object of the study specified in the Introduction. Avoid making conclusions, not supported by the findings and rely on other unfinished work. Formulate new hypothesis if appropriate and clearly classify them as such. Propose recommendations, if appropriate. Word limit: No more than 1000 words.

Acknowledgements

Only thank the people or institutions that significantly contributed to the work. Authors are responsible for mentioning the people or institutions that readers might consider to have been of support to the work results and conclusions.

Bibliographic References

Quotes and bibliographic references under the “Uniform Requirements for Manuscripts to Biomedical Journals” of the International Committee of Medical Journal Editors available at <http://www.icmje.org/>. Prefer original articles published in journals listed in Index Medicus. Number the references in the same order they are mentioned in the text. Identify them by means of numbers in parenthesis () written at the end of the relevant sentence or paragraph. For articles from psychological sciences and other non-medical sciences, with due authorization of the editing committee, the bibliographic quotes and references may use the American Psychological Association (APA) 5th edition model, available at

http://www.puc.cl/sw_educ/gnosis/citas/citas.htm

Reference limit: 15 references, as a minimum, allowed only for sections: original and review articles.

Correspondence

Write the name of the responsible researcher, postal address, e-mail address and telephone numbers.

Tables and Figures

The tables and figures (diagrams, illustrations, X-rays, and others), should be included at the end of the document and clearly specify where in the text body they should be included. All tables and figures must be numbered by arabic numerals and have a heading. Tables shall not have vertical lines. Diagrams shall not be volumetric. If clarification notes are required, authors should include them as footnotes of tables and figures. If previously published material is reproduced in a figure mention the source, author's and original editor's permission, to include it in the work. Publication of colour figures shall be discussed with the Journal, the cost is determined by the Printers and financed by the authors. Only high resolution illustrations and photographs will be published.

Space limit: only 5 tables and 5 figures per item will be considered.

CONFIANZA EN EL CONTROL DEL DOLOR

Reduce las señales ascendentes de dolor



Aumenta la inhibición descendente de dolor

2

mecanismos sinérgicos de acción en

1

sola molécula

Potente alivio del dolor



Perfil de tolerabilidad favorable



PALEXIS®

TAPENTADOL

REFERENCIAS:
- MUCYNTA® (tapentadol) immediate-release oral tablets C-II Initial U.S. Approval: 2008 / - Gotschalk A et al. Am Fam Physician 2001; 63:1979-84,1985-6. / - Kandel ER et al. McGraw Hill (2013) fifth edition, pp. 530-555. / - Porreca F et al. 2002; 25(6): 319-325. / - Tzschentke TM et al. Drugs of Today 2009; 45(7):483-96. / - Scheider W, et al. J Pharmacol Exp Ther. 2011; 337(1): 312-20. / - Tzschentke TM et al. Drugs Future 2006; 31 (12): 1053-1061. / - Benarroch EE. Neurology 2008; 71 (3):217-21. / 13. - Binder A, Baron R, Schweitty A, et al. Safety and tolerability of tapentadol prolonged release (PR) versus oxycodone/naloxone PR for severe chronic low back pain with a neuropathic pain component. Poster presented at PAINWeek September 2014, Las Vegas, USA. / - Kress H G et al. Pain Physician 2014; 17:329-343. / - Lange B et al. Adv Ther (2010) 27(6):381-99.

PALEXIS® RETARD 50 mg y 100 mg. INDICACIONES terapéuticas. PALEXIS RETARD está indicado para el manejo del dolor crónico de intensidad moderada a severa, en adultos cuando necesitan continuamente analgésicos opioides por un periodo de tiempo prolongado. **Contraindicaciones.** PALEXIS RETARD está contraindicado - en pacientes con hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, tapentadol, o a cualquier componente del producto. - en situaciones en las que los fármacos con actividad agonista del receptor mu-opioide estén contraindicados, es decir pacientes con depresión respiratoria significativa (en escenarios en donde no haya monitoreo o con ausencia de equipo de resucitación) y pacientes con asma bronquial aguda o severa o hipercapnia. - en cualquier paciente que padezca o se sospeche que padezca íleo paralítico. - en pacientes con intoxicación aguda con alcohol, hipnóticos, analgésicos de acción central o drogas psicotrópicas. - en pacientes que se encuentren recibiendo inhibidores de la MAO o quienes los hayan estado tomando durante los últimos 14 días. **Reacciones adversas.** Trastornos del sistema inmunológico. Poco común: Hipersensibilidad al fármaco. Trastornos del metabolismo y nutrición. Común: Disminución del apetito. Poco común: Poco común: Disminución de peso corporal. Trastornos psiquiátricos. Común: Trastornos del sueño, ansiedad, estado de ánimo deprimido, nerviosismo, excitación. Poco común: Sueños anormales, trastornos en la percepción, desorientación, agitación, estado de confusión, euforia. Raro: Dependencia al fármaco, pensamientos anormales. Trastornos del sistema nervioso. Muy común: Mareo, cefalea, somnolencia. Contracciones musculares involuntarias, temblores, trastornos en la atención. Poco común: Parestesia, hipoestesia, trastornos del equilibrio, sedación, síncope, mala memoria, deterioro de las facultades mentales, nivel deprimido de conciencia, disartria. Raro: Coordinación anormal, presíncope, convulsión. Trastornos oculares. Poco común: Trastornos visuales. Trastornos cardíacos. Poco común: Aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la frecuencia cardíaca, palpitaciones. Trastornos vasculares. Común: Enrojecimiento. Poco común: Disminución de la presión arterial. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales. Común: Disona. Raro: Depresión respiratoria. Trastornos gastrointestinales. Muy común: Náusea, estreñimiento. Común: Vómito, diarrea, dispepsia. Poco común: Malestar abdominal. Raro: Trastornos del vaciado gástrico. Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo. Común: Prurito, hiperhidrosis, sarpullido, exantema. Poco común: Urticaria. Trastornos renales y urinarios. Poco común: Poliuria, vacilación urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas. Poco común: Distensión sexual. Trastornos generales y condiciones del sitio de administración. Común: Fatiga, sequedad en las mucosas, alteración, sensación de cambio de temperatura corporal, edema. Poco común: Síndrome de abstinencia, irritabilidad, sensación de anomalía. Raro: Sensación de ebriedad, sensación de relajamiento. **Composición.** Cada comprimido contiene 50 mg de tapentadol (como clorhidrato). PALEXIS RETARD comprimidos recubiertos de liberación prolongada 100 mg. Cada comprimido contiene 100 mg de tapentadol (como clorhidrato). Excipientes: Palexis retard 50 mg: hipromelosa, celulosa microcristalina silicificada, estearato de magnesio, lactosa monohidrato, talco, macrogol 6000, propilenglicol, dióxido de titanio. Palexis retard 100 mg: hipromelosa, celulosa microcristalina silicificada, estearato de magnesio, lactosa monohidrato, talco, macrogol 6000, propilenglicol, dióxido de titanio, óxido de hierro amarillo. Última actualización: según Res. Exenta N° 7821 y 7828 del 10.04.2013. Si desea recibir la información para prescribir completa de alguno de estos productos o reportar cualquier evento adverso favor comunicarse al 800210129 o a nuestra página web www.grunenthal.cl.

Norspan®

Buprenorfina 5 y 10 µg/h

Norspan® 5 mg
5 µg/h

EL ALIVIO DEL DOLOR SE PEGA.

NORSPAN® - Sistema terapéutico transdérmico Buprenorfina. **Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento del dolor no oncológico de intensidad moderado o severo, cuando se requiere la administración de un opiáceo.

Contraindicaciones. NORSPAN está contraindicado en: Pacientes con hipersensibilidad conocida a la buprenorfina o alguno de sus excipientes. Embarazo. Pacientes dependientes de opiáceos y en el tratamiento de abstinencia de narcóticos. Afecciones en las que la función y el centro respiratorio están gravemente dañados o pueden estarlo. Pacientes que están recibiendo inhibidores de la MAO o que los hayan tomado durante las dos últimas semanas. Pacientes que padezcan miastenia grave. Pacientes que padezcan delirium tremens. Efectos adversos. En general, los eventos adversos incluidos son aquellos con una relación plausible con el uso del fármaco, y los eventos adversos excluidos son eventos menores, aquellos que son demasiado imprecisos para ser significativos, y los eventos que se pueden observar comúnmente en ausencia de una terapia farmacológica. Trastornos del sistema inmunológico. Poco frecuente: Reacción alérgica (incluyendo hinchazón orofaríngea y lengua hinchada). Raro: Respuestas anafilácticas. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente: Anorexia. Raro: Deshidratación. Trastornos psiquiátricos. Frecuente: Confusión, depresión, insomnio, nerviosismo, ansiedad. Poco frecuente: Labilidad afectiva, agitación, estado de ánimo eufórico, alucinaciones, disminución de libido pesadillas, agresividad. Raro: Trastorno psicótico. Desconocido: Despersonalización. Trastornos del oído y del laberinto. Poco frecuente: Tinnitus, vértigo. Trastornos cardíacos. Trastornos vasculares. Poco frecuente: Enrojecimiento, hipertensión, hipotensión. Raro: Vasodilatación, hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, tóxicos y mediastinales. Común: Disnea. Poco frecuente: Tos, hipos, albedo. Raro: Falla respiratoria, depresión respiratoria, asma agravada, hiperventilación, rinitis. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuente: Estreñimiento, náusea, vómito. Frecuente: Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, sequedad de la boca. Poco frecuente: Flatulencia. Raro: Disfagia, íleo. Desconocido: Diverticulitis. Trastornos hepato biliares. Desconocido: Cólico biliar. Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo. Muy frecuente: Prurito. Frecuente: Rash, sudoración. Poco frecuente: Piel seca, urticaria, dermatitis de contacto. Raro: Edema facial. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo. Poco frecuente: Calambres musculares, migraña. Trastornos renales y urinarios. Poco frecuente: Incontinencia urinaria, retención urinaria, dificultad para orinar. Trastornos del sistema reproductivo y de las mamas. Raro: Disfunción sexual. Trastornos generales y condiciones del lugar de administración. Muy frecuente: Reacción en el lugar de aplicación. Frecuente: Condiciones asténicas (incluyendo debilidad muscular), edema periférico. Poco frecuente: Edema, pirexia, calorífico intenso, síndrome de abstinencia, dermatitis del lugar de aplicación**, dolor de pecho. Raro: Enfermedad similar a la influenza. Investigaciones. Poco frecuente: Aumento de alanina aminotransferasa, disminución de peso. Lesión, intoxicación y complicaciones en el procedimiento. Poco frecuente: Lesión ocular (incluyendo caída). Dosis y vía de administración. NORSPAN debe aplicarse en piel sana, no irritada de la parte externa superior del brazo, la parte superior del pecho, la parte superior de la espalda o la parte lateral del pecho. NORSPAN debe aplicarse en un lugar de la piel relativamente o casi desprovisto de vello. Si ninguno está disponible, el vello en el sitio debe cortarse, no rasarse. Los sitios de aplicación deben rotarse cada vez que se cambie o se agregue un parche. El uso de un sitio de aplicación no debe repetirse en un lapso de 3 semanas. Si el sitio de aplicación necesita limpiarse, esto debe hacerse solamente con agua. No deben utilizarse jabones, alcohol, aceites, lociones o productos abrasivos. La piel debe estar seca antes de que se aplique el parche. NORSPAN debe llevarse continuamente por 7 días. NORSPAN debe colocarse presionándolo en el sitio de aplicación, asegurando que tenga contacto completo con la piel, especialmente alrededor de los bordes. Si los bordes del parche empiezan a desprenderse, los bordes deben pegarse con una cinta apropiada para la piel. Si un parche se desprende por completo debe aplicarse uno nuevo. Se supone que el baño de tina o en la regadera o la natación no afectan el parche. Durante el uso de NORSPAN, los pacientes deben evitar la exposición del sitio de aplicación de NORSPAN a fuentes de calor externo directo, tales como almohadillas térmicas, cobijas eléctricas, lámparas térmicas, etc., ya que puede haber aumento de la absorción de buprenorfina. No se han analizado los efectos del uso de NORSPAN estando los pacientes en tinas calientes y en el sauna. Dosis y titulación: La dosis más baja disponible de NORSPAN, NORSPAN 5 (5 mcg/hora) debe utilizarse como dosis inicial en todos los pacientes. Durante el inicio, la titulación y el tratamiento con NORSPAN, los pacientes pueden continuar con el régimen existente de AINE o paracetamol según sea necesario. La dosis de NORSPAN no debe incrementarse a intervalos menores a los 3 días cuando se hayan alcanzado los niveles de estado estacionario. Los cambios de la dosis de NORSPAN pueden ajustarse individualmente con base en la necesidad de analgésicos complementarios PRN, ("pilo re nata" por la razón necesaria) y la respuesta analgésica del paciente a NORSPAN. Para aumentar la dosis, un parche más grande debe reemplazar el parche que se está utilizando actualmente, o una combinación de parches debe aplicarse en diferentes lugares para alcanzar la dosis deseada. Se recomienda no aplicar más de dos parches a la vez, independientemente de la concentración del parche. La titulación debe continuar cada 3-7 días hasta que se alcance una analgesia adecuada. Si no se puede lograr un control apropiado del dolor con NORSPAN, la terapia con NORSPAN debe suspenderse y el tratamiento del paciente debe cambiarse a un régimen analgésico apropiado determinado por un médico. Descontinuación: Después de haber retirado el parche de NORSPAN, las concentraciones plasmáticas disminuyen gradualmente. Esto debe tomarse en cuenta cuando a la terapia con NORSPAN sigue la administración de otros opiáceos. Como regla general, un opiáceo subsiguiente no debe administrarse en las 24 horas después de haber retirado el parche de NORSPAN. Niños: No se han establecido la seguridad y eficacia de NORSPAN en pacientes menores a los 18 años de edad. Insuficiencia renal: No se requiere ningún ajuste de dosis especial de buprenorfina en pacientes con insuficiencia renal. Insuficiencia hepática: No hay necesidad de un ajuste de dosis cuando NORSPAN se está utilizando en pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada. Los pacientes con insuficiencia hepática severa pueden acumular la buprenorfina durante el tratamiento con NORSPAN. Debe considerarse una terapia alternativa y NORSPAN debe utilizarse con precaución, si acaso, en tales pacientes. Advertencias especiales y precauciones especiales de uso. NORSPAN debe utilizarse con cuidado en pacientes con insuficiencia respiratoria severa. NORSPAN debe utilizarse con particular cuidado en pacientes con traumatismo craneoencefálico, lesiones intracraniales o un aumento de la presión intracranial, shock, un nivel de conciencia reducido de origen incierto o en pacientes con insuficiencia hepática severa. Buprenorfina puede disminuir el umbral de convulsiones en pacientes con historia de trastornos por convulsiones. La enfermedad fibril severa puede aumentar la velocidad de absorción de buprenorfina del NORSPAN. La depresión respiratoria significativa se ha relacionado con la buprenorfina, particularmente por la vía intravenosa. Han ocurrido varias muertes cuando adictos aplicaron la buprenorfina intravenosamente en exceso, generalmente en conjunto con benzodiazepinas. Se han reportado muertes por sobredosis adicionales debido a etanol y benzodiazepinas en combinación con la buprenorfina. Se requiere cuidado al prescribir NORSPAN a pacientes de los que se sabe, o se sospecha, que tienen problemas con el abuso de fármacos o alcohol o que sufren de una enfermedad mental grave. NORSPAN no se recomienda para la analgesia en el período post-operatorio inmediato o en otras situaciones caracterizadas por una necesidad analgésica que varía rápidamente. La buprenorfina es un agonista parcial de los receptores μ -opiáceos. La buprenorfina produce efectos similares a los de la morfina, incluyendo la euforia y dependencia física, pero la magnitud de estos efectos es menor que para dosis comparables de agonistas completos de los receptores μ -opiáceos. La administración de la buprenorfina a personas que dependen físicamente de agonistas completos de los receptores μ -opiáceos puede precipitar un síndrome de abstinencia que depende del nivel de dependencia física y el tiempo y la dosis de la buprenorfina. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Debería ejercerse cuidado al utilizar los opiáceos en pacientes que toman IMAOs o que han recibido IMAOs en las dos semanas previas. NORSPAN debe dosificarse con cuidado en pacientes que están tomando otros depresores del SNC en forma concurrente. Otros fármacos que podrán causar depresión respiratoria, hipotensión, sedación profunda, o potencialmente producir el coma. Tales agentes incluyen los sedantes o hipnóticos, anestésicos generales, otros analgésicos opiáceos, fenotiacinas, anti-eméticos de acción central, benzodiazepinas y alcohol. Las reducciones del flujo sanguíneo hepático inducidas por algunos anestésicos generales (ej. halotano) y otros fármacos que pueden ocasionar una velocidad reducida de eliminación hepática del fármaco buprenorfina. La buprenorfina es metabolizada principalmente por la glucuronidación y a un grado menor (aproximadamente 30%) por CYP3A4. El tratamiento concomitante con inhibidores de la CYP3A4 puede originar concentraciones plasmáticas elevadas con una intensificación de la eficacia de buprenorfina. Un estudio de interacción farmacológica con el inhibidor de la CYP3A4, el ketoconazol, no produjo aumentos clínicamente relevantes de la concentración plasmática máxima media (C_{max}) o la exposición (AUC) de buprenorfina después de NORSPAN con ketoconazol en comparación con NORSPAN por sí solo. La interacción entre la buprenorfina y los inductores de la enzima CYP3A4 no se ha estudiado aún. La administración concomitante de NORSPAN e inductores de enzimas (ej. fenobarbital, carbamazepina, fenitoína y rifampina) podrían originar un aumento de la depuración provocando a su vez una menor eficacia. Composición Cualitativa y Cuantitativa. NORSPAN sistema terapéutico transdérmico 5 mcg/hora. Cada parche de NORSPAN 5 mcg/h contiene 5 mg de buprenorfina en una matriz que contiene el fármaco que libera una cantidad nominal de 5 microgramos de buprenorfina por hora durante 7 días. NORSPAN sistema terapéutico transdérmico 10 mcg/hora. Cada parche de NORSPAN 10 mcg/h contiene 10 mg de buprenorfina en una matriz que contiene el fármaco que libera una cantidad nominal de 10 microgramos de buprenorfina por hora durante 7 días. NORSPAN sistema terapéutico transdérmico 20 mcg/hora. Cada parche de NORSPAN 20 mcg/h contiene 20 mg de buprenorfina en una matriz que contiene el fármaco que libera una cantidad nominal de 20 microgramos de buprenorfina por hora durante 7 días. Excipientes: Ácido levulínico, óxido oleato, povidona K90, Diuro-Tak 387-2054 (adhesivo de poliacrilato con agente reticulante), Diuro-Tak 387-2051 (adhesivo de poliacrilato sin agente reticulante), etanol, etilacetato, acetil acetato de aluminio, Tejido de polietileno tereftalato, polietileno tereftalato. Desecho después del uso: Cuando se cambia el sistema transdérmico, retirar el parche de NORSPAN utilizado, doblarlo sobre sí mismo (quitando los lados adhesivos) y desecharlo en forma segura, fuera del alcance de los niños. Última actualización según resolución N° 22414/16 del 25 de Octubre de 2016 y Res. N° 13299 del 24 de Junio de 2016. Ante el conocimiento de un Evento Adverso, o cualquier Información de Seguridad relacionada a un producto de la compañía, favor reportarlo a drugsafety@grunenthal.com o llamando al call center 800 210129. La vigilancia continua del perfil riesgo-beneficio de nuestros medicamentos es un compromiso de Grunenthal.