



ACHED-CP
Asociación Chilena para el Estudio
del Dolor y Cuidados Paliativos **IASP**

ISSN: 0717-1919
El Dolor
Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

N° 73 | Enero 2021 | Año 31

Editorial	Dr. Juan Pablo Miranda	Palabras del Editor.	8
Originales	Dra. Elizabeth Prado	Perfil Epidemiológico de Pacientes Atendidos en Policlínico de Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA). Servicio de Salud Araucanía Sur, Región de la Araucanía.	10
	Ps. Alejandra Rodríguez	Cuestionario de Impacto Afectivo en el Dolor Crónico de Origen Benigno. Propuesta Basada en la Revisión del Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático.	16
	Dra. M. de los Ángeles López	Exploración de la Eficacia Analgésica de Dos Parches Transdérmicos Analgésicos de Opioides, Buprenorfina y Fentanilo, Según Sus Variaciones de Dosis en el Control del Dolor en Pacientes Paliativos Oncológicos.	26
Revisiones Bibliográficas	Dr. Wilson Astudillo	Manejo Clínico de los Niños y Adolescentes ante la Pandemia de COVID-19.	32
Reseñas Bibliográficas	Dr. Rodrigo Fernández	Revista de Revistas.	42
Noticias/Agenda			44
Normas de Publicación			48





Biosul[®]

Colágeno Nativo Tipo II

PROTEGE LA SALUD ARTICULAR
NATURALMENTE

- INNOVACIÓN EN SALUD ARTICULAR.
- UN COLÁGENO DIFERENTE CON UN MECANISMO DE ACCIÓN ESPECÍFICO Y EN BAJAS DOSIS.
- FRENA LA DESTRUCCIÓN DEL COLÁGENO DEL CARTÍLAGO.
- REDUCE LA INFLAMACIÓN Y DEGRADACIÓN DEL CARTÍLAGO ARTICULAR.
- SE DIFERENCIA DEL TÍPICO COLÁGENO HIDROLIZADO.



Revista El Dolor de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

Editorial	Dr. Juan Pablo Miranda	Palabras del Editor.	8
Originales	Dra. Elizabeth Prado	Perfil Epidemiológico de Pacientes Atendidos en Policlínico de Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA). Servicio de Salud Araucanía Sur, Región de la Araucanía.	10
	Ps. Alejandra Rodríguez	Cuestionario de Impacto Afectivo en el Dolor Crónico de Origen Benigno. Propuesta Basada en la Revisión del Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático.	16
	Dra. M. de los Ángeles López	Exploración de la Eficacia Analgésica de Dos Parches Transdérmicos Analgésicos de Opioides, Buprenorfina y Fentanilo, Según Sus Variaciones de Dosis en el Control del Dolor en Pacientes Paliativos Oncológicos.	26
Revisiones Bibliográficas	Dr. Wilson Astudillo	Manejo Clínico de los Niños y Adolescentes ante la Pandemia de COVID-19.	32
Reseñas Bibliográficas	Dr. Rodrigo Fernández	Revista de Revistas.	42
Noticias/Agenda			44
Normas de Publicación			48



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

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

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

González Amarillo, Cecilia
Médico Cirujano, MSc

Bilbeny Lojo, Norberto
Médico Cirujano, Anestesiología

Larrea Aguilar, María Belén
Médico Cirujano, Anestesiología

Cabrera Schulmeyer, María Carolina
Médico Cirujano, Anestesiología

Muñoz Manzur, Humberto Ronny
Médico Cirujano, Cirugía General,
Medicina Intensiva

Cavada Chacón, Gabriel
MSc Bioestadística, PhD Econometría

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

Contreras Domínguez, Víctor
Médico Cirujano, Anestesiología

Rabah Heresi, Edward
Médico Cirujano, Anestesiología

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

Rico Pazos, María Antonieta
Médico Cirujano, Anestesiología

Cura Capurro, María Alejandra
Enfermera Universitaria

Ritter Arcos, Paola
Médico Cirujano, Medicina Física y Rehabilitación

Fernández Rebolledo, Rodrigo
Médico Cirujano, Anestesiología

Sánchez Krause, Patricia
Médico Cirujano, Anestesiología

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

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

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

**Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos
ACHED-CP**

Directorio 2019-2021

Presidente

Dr. César Cárcamo Quezada

Vicepresidente

Dra. María Eliana Eberhard Fellay

Secretaria

Dra. María Lorena Oyanadel Maldonado

Tesorero

Dr. Fernando Hormazábal Navarrete

Directores

Dr. Carlos Aguayo Zamora
Dra. Delia Ruiz Rodríguez
Dra. Maritza Velasco Venegas

Past President

Dra. Marisol Ahumada Olea



Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

La Revista "El Dolor" es el órgano oficial de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. 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 y Cuidados Paliativos

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-CP
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



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

Revista El Dolor

de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

La Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos 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 atinente 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 y Cuidados Paliativos 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-CP.

El año 2020 ha sido inolvidable, un hito en nuestro ciclo de vida. Lo que era, ya no es, y desconocemos si volverá a ser como antes. En muchas décadas no nos habíamos visto enfrentados al mismo tiempo a nuestra debilidad y grandeza.

El COVID-19 ha sido nuestra amenaza cotidiana, que nos ha obligado al encierro, que ha deteriorado nuestras relaciones sociales, y ha desbalanceado la economía a nivel planetario.

Todos estamos más inseguros y pareciera que hemos atravesado el umbral hacia lo que se ha llamado “la nueva realidad”, con más distancia social, menos trabajo, con más tecnología y más incertidumbres.

Sin embargo, en paralelo, han surgido desde lo profundo de nuestra humanidad actos solidarios, abnegados y heroicos en protección de los grupos de riesgo, de la salud pública y de los pacientes. En la primera línea de este combate diario e incesante han estado los profesionales de la salud, médicos de diversas especialidades y sus equipos de trabajo. También este tiempo ha sido marcado por el desafío a nuestra inteligencia y espíritu de cooperación. Y así ha sido en equipos mancomunados de investigadores alrededor del mundo, que incansablemente han procurado descubrir y desarrollar una herramienta preventiva, como es la vacuna. La esperanza nos anima con las opciones de vacuna que se han presentado, para continuar el combate y vencer la pandemia. El tiempo dirá...

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) declaró el 2020 como el Año de Prevención del Dolor. Oportuno llamado, cuando aún no se podía visualizar la dimensión de la pandemia. Más que nunca, el llamado a prevenir y aliviar el dolor y ofrecer cuidados paliativos ha sido nuestro desafío diario, en todos los centros de salud, desde policlínicos a unidades de cuidados críticos.

Para ACHED-CP ha sido especialmente relevante este año, por nuestra vocación para aliviar el dolor y nuestra identidad de hacerlo en equipo. La epidemia ha puesto en relevancia el valor del trabajo interdisciplinario y en unidades operativas integrales.

La Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED-CP), en estudio de 2014 sobre carga de enfermedad de Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), dejó en evidencia que es un tema de salud pública con alta prevalencia en Chile y que requiere de un enfoque multidimensional.

Con ese propósito hemos hecho la selección temática de esta edición N° 73 de El Dolor, Abordamos en trabajos originales y en revisiones bibliográficas la evidencia sobre la necesidad de abordaje multidisciplinario por profesionales capacitados en la prevención y manejo del dolor y cuidados paliativos. Así se expone en un interesante trabajo sobre la experiencia del Policlínico de Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA). Servicio de Salud Araucanía Sur, Región de la Araucanía.

En nuestro enfoque multidimensional, destacamos un innovador trabajo de la Psicóloga Alejandra Rodríguez, Directora del Centro del Dolor CHILE, sobre la base psicológica de la expresión del DCNO y propone un nuevo cuestionario para medir la dimensión emocional y afectiva del dolor físico.

La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Instituto Nacional del Cáncer (INC) presenta estudios sobre eficacia analgésica de dos parches transdérmicos en el control del control paliativo del dolor en pacientes oncológicos. Y en una revisión internacional, Paliativos sin Fronteras y centros de investigación hispanoparlantes presentan estudio sobre Manejo Clínico de los Niños y Adolescentes ante la Pandemia de COVID-19, que ha sido una dimensión que cuenta aún con pocas publicaciones en este año de la pandemia.

En este nuevo año 2021, seguiremos enfrentando a la pandemia COVID-19. Enviamos un mensaje de aliento y gratitud a profesionales que manejan dolor y cuidados paliativos para continuar con nuestro servicio, viviendo experiencias desafiantes y también dedicando tiempo al estudio y actualización. El Dolor de ACHED-CP tiene sus páginas abiertas para recibir trabajos originales y revisiones que recojan todo el nuevo conocimiento logrado en estos tiempos.



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



Perfil Epidemiológico de Pacientes Atendidos en Policlínico de Dolor Crónico No Oncológico (DCNO), Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA). Servicio de Salud Araucanía Sur, Región de la Araucanía.

Epidemiological Profile of Patients Served in Chronic Non-Oncological Pain Polyclinic (DCNO), Hernán Henríquez Aravena Hospital (HHHA). Health Service Araucanía Sur, Region of la Araucanía.

Prado, Elizabeth ⁽¹⁾; Carmona, Carolina ⁽¹⁾.

Resumen

Introducción: El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un tema de salud pública con alta prevalencia en Chile. Existe evidencia sobre la necesidad de abordaje multidisciplinario por profesionales capacitados. El año 2013 se crea el policlínico de DCNO por la especialidad de fisioterapia, coordinando atención con anestesiólogo para intervencionismo. El Objetivo de este trabajo es conocer las características clínicas de los usuarios en control en policlínico de DCNO.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Desde la base de datos de usuarios atendidos entre inicios del 2013 y mayo 2018 de policlínico DCNO del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHHA; se recogen variables como: sexo, edad, etnia, previsión, ruralidad, diagnóstico ingreso, intensidad dolor (según NRS), tratamiento farmacológico, entre otras. Para manejo estadístico se utiliza planilla Excel, con pruebas paramétricas (promedio, mínimo, máximo), tablas y gráficos.

Resultados: Los usuarios en control en el periodo fueron 125, con un 67,2% de mujeres y una mediana de edad de 55,5 años (mínimo 12, máximo 88). El 58,4% tenía como previsión Fonasa B, 83,2% presenta domicilio urbano, 16% etnia mapuche. El mayor número de ingresos ocurrió el año 2017. Las derivaciones provienen de especialidades médicas (25,6%), quirúrgicas (29,6%), fisioterapia (24,8%). Según tipo de dolor, el 49,6% es nociceptivo, 32% neuropático y 18,4% mixto. Al ingreso, la intensidad fue 90% severa y 10% moderada (según NRS). Los principales diagnósticos de ingreso fueron 44,8% patología de columna, 27,2% patología neurológica, 12,8% fibromialgia y 15,2% otras. Al ingreso mayoría de los usuarios usaba paracetamol, tramadol gotas o comprimidos; actualmente 23% recibe metadona, 8% parches buprenorfina, 20% paracetamol, 27,2% tramadol en gotas/comprimidos y 23,2% pregabalina/gabapentina. En el 51,2% se requirió cambio de terapia; en el 79,7% por analgesia insuficiente y 20,3% por reacción adversa a medicamentos. Se realizó derivación a intervencionismo en 21 usuarios. 15 usuarios fueron dados de alta de policlínico DCNO (12%).

Conclusiones: Estos datos servirán para futuras investigaciones y medir impacto de nuestras intervenciones. Se presenta como desafío aumentar recursos de la unidad, demostrar beneficio de atención interdisciplinaria y bajar costos para la institución.

Palabras Claves: Dolor crónico, Investigación en Servicios de Salud, Medicina Física y Rehabilitación.

Abstract

Introduction: Non-oncological chronic pain (NOCP) is a public health issue with high prevalence in Chile. There is evidence of the need for a multidisciplinary approach by trained professionals. In 2013, the NOCP polyclinic was created for the specialty of physiatry, coordinating care with anesthesiologist for interventionism. The objective of this work is to know the clinical characteristics of users in control in NOCP polyclinic.

Material and Methods: Retrospective, descriptive, observational study. From the database of users attended between the beginning of 2013 and May 2018, from the NOCP polyclinic of the Physical Medicine and Rehabilitation Service of the HHHA; variables such as: sex, age, ethnicity, foresight, rurality, income diagnosis, pain intensity (according to NRS), and pharmacological treatment, among others are collected. For statistical management Excel spreadsheet is used, with parametric tests (average, minimum, maximum), tables and graphs.

Results: The users in control in the period were 125, with 67.2% of women, a median age of 55.5 years (minimum 12, maximum 88). 58.4% had Fonasa B as a forecast, 83.2% have an urban address, 16% Mapuche ethnicity. The highest number of admissions occurred in 2017. The referrals come from medical specialties (25.6%), surgical specialties (29.6%), and physiatry (24.8%). According to type of pain, 49.6% is nociceptive, 32% neuropathic and 18.4% mixed. At admission, the intensity was 90% severe and 10% moderate (according to NRS). The main diagnoses of admission were 44.8% spinal pathology, 27.2% neurological pathology, 12.8% fibromyalgia and 15.2% others. On admission, most users used paracetamol, tramadol drops or tablets; currently 23% receive methadone, 8% patches buprenorphine, 20% paracetamol, 27.2% tramadol in drops / tablets and 23.2% pregabalin / gabapentin. In 51.2%, therapy change was required; in 79.7% due to insufficient analgesia and 20.3% due to adverse drug reaction. A derivation to interventionism was carried out in 21 users. 15 users were discharged from polyclinic DCNO (12%).

Conclusions: These data will serve for future research and measure the impact of our interventions. It is a challenge to increase the resources of the unit, demonstrate the benefit of interdisciplinary attention and lower costs for the institution.

Keywords: Chronic Pain, Health Services Research, Physical and Rehabilitation Medicine.

(1) Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco. Chile.

Resumen

Introducción: El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica clínica con valores que fluctúan entre 11 y 40% de las prestaciones en salud ⁽¹⁾. El dolor crónico no oncológico (DCNO) es un tema de salud pública relevante, con alta prevalencia en Chile. En el estudio de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP 2014), se encontró una prevalencia de dolor crónico del 32%, siendo mucho mayor en el grupo en edad productiva, entre 30 a 64 años; con una alta prevalencia de dolor somático (65,6%) y dolor neuropático (33%) ⁽²⁾. Una importante causa de dolor crónico son las patologías musculoesqueléticas (ME), responsables de una parte importante de carga de enfermedad a nivel global (más de 120 millones de años de AVD, equivalentes a la cuarta parte de las discapacidades del planeta) ⁽³⁾. En Chile, según la I Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC 2004), el mayor grupo diagnóstico de origen de discapacidad fueron las patologías del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo (artritis, artrosis, dorsopatías deformantes, trastornos musculares, sinovitis y tenosinovitis, entre otros) con un 16% ⁽⁴⁾. Según datos de la ACHED-CP, un estudio reciente de carga de enfermedad mostró que la discapacidad atribuida a dolor crónico ME alcanza el 21,2% a nivel poblacional, generando más de un millón de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) ⁽⁵⁾. Del total de la carga nacional de discapacidad, un 4,5% es atribuible específicamente a dolor crónico asociado a síntomas ME ⁵.

Los costos en salud asociados a patologías musculoesqueléticas, según estudio de la ACHED-CP, equivaldrían al 4,9% del presupuesto de salud del año 2016, al 0,3 del PIB, correspondiendo los mayores gastos a consultas médicas y tratamiento kinésico ^(5,6). En el Estudio Mundial de Carga de Enfermedad se observa que el dolor de espalda bajo es la primera causa de carga de enfermedad a nivel global ⁽²⁾. Los costos del dolor por ausentismo laboral, pérdida de productividad e incapacidad laboral anticipada justifican estrategias de reinserción laboral y de alivio del dolor en las Unidades del Dolor.

En términos generales, existe consenso en que tratar el dolor crónico es complejo debido a la coexistencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a su cronicidad; a lo que se suma la forma en que repercute sobre las actividades de la vida diaria, autonomía, vida social, familiar, interferencia con el sueño, encontrándose en estos pacientes mayores tasas de prevalencia de ansiedad y depresión con un 20,9% y 12,7%, respectivamente ^(7,8-9).

Actualmente el dolor crónico no se adscribe a una especialidad médica concreta, abordándose en la mayoría de los casos en atención primaria, pero siendo motivo de consulta en diferentes especialidades y disciplinas. Esto hace que a veces el proceso para el enfermo, desde que inicia el cuadro hasta que recibe el diagnóstico y el tratamiento adecuado, sea tortuoso y costoso ^(8,9,10). Existe consenso sobre los beneficios del abordaje del dolor crónico por un equipo multidisciplinario con profesionales capacitados en el área ^(8,11-12).

El Hospital Hernán Henríquez Aravena es el único establecimiento de alta complejidad del Servicio de Salud Araucanía Sur que cuenta con diferentes especialidades y subespecialidades médicas, recibiendo pacientes con patologías complejas de curso agudo y crónico, como politraumatizados, neurológicos, neuroquirúrgicos, etc., de todas las edades y de diversas zonas geográficas de la región.

El año 2013 se crea, en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del HHHA, el policlínico de DCNO, a cargo de médico Fisiatra, coordinando derivaciones a anestesiista experto en dolor del Hospital de Lautaro para intervencionismo, y a terapeutas de rehabilitación para manejo rehabilitador. No se cuenta con horas de otras especialidades médicas para conformar una Unidad de Dolor Crónico No Oncológico propiamente tal ⁽¹³⁾.

El objetivo al realizar este estudio es conocer las características epidemiológicas y clínicas de los usuarios en control en el policlínico de dolor crónico no oncológico. Con esta información se podrán orientar las intervenciones al perfil clínico de los usuarios, gestionando recursos para conformar una Unidad de DCNO multidisciplinaria.

Materiales y Método

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se analiza base de datos interna de usuarios en control entre años 2013 y mayo 2018, en el policlínico de DCNO del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, del HHHA.

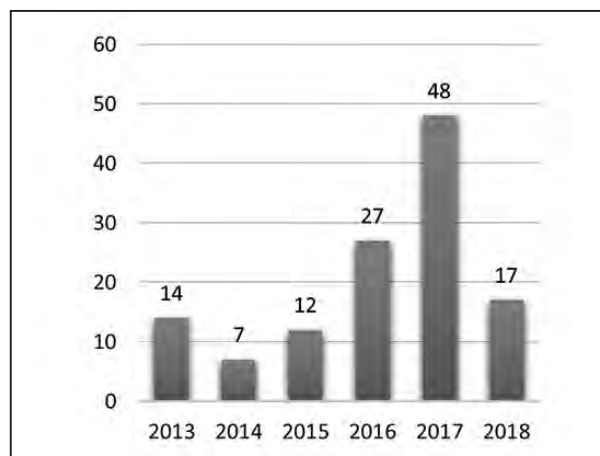
Se recogen variables como sexo, edad, previsión, residencia, diagnóstico de ingreso, etnia, intensidad dolor (según NRS), tratamiento farmacológico, origen de la derivación, destino al alta, derivación a intervencionismo.

Para manejo estadístico se utiliza planilla Excel, con pruebas paramétricas (promedio, mínimo, máximo), tablas y gráficos.

Resultados

Desde inicios del 2013 a mayo de 2018 se registraron 125 ingresos, la mayor cantidad de ellos se registró el año 2017 (**Gráfico 1**).

Gráfico 1: Distribución por años y N° de ingresos.

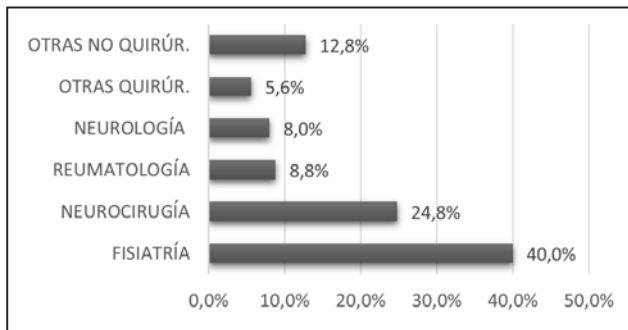


De los datos rescatados en el periodo, destaca mayor porcentaje de sexo femenino, ingreso socioeconómico bajo (según previsión) y residencia mayormente urbana (**Tabla 1**).

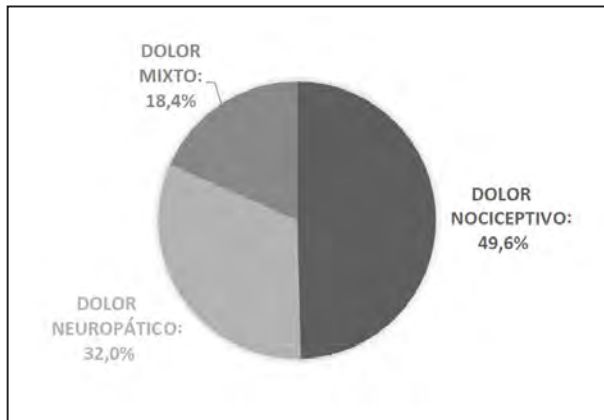
TABLA 1: Características de usuarios en control

Sexo	67% femenino 33% masculino
Mediana edad	55,5 años (mín. 12 – máx. 88)
Previsión	16% FONASA A 73% FONASA B
Residencia	83% urbano 17% rural
Etnia	16% mapuche 84% no mapuche

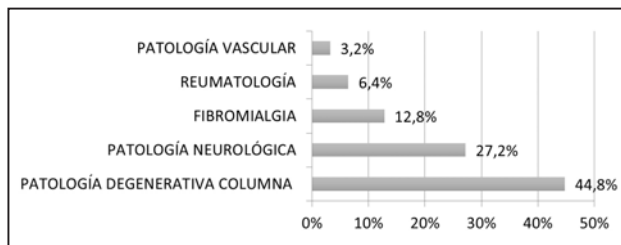
Respecto al origen de las derivaciones para ingreso al policlínico de dolor, éstas se reciben de diversas especialidades del HCHA, correspondiendo el mayor porcentaje a las derivadas desde las especialidades de Fisiatría general y Neurocirugía (**Gráfico 2**).

Gráfico 2: Origen de derivación a Policlínico.

Con relación al tipo de dolor, la mayoría fue de características nociceptivas (**Gráfico 3**), cuya intensidad al ingreso fue en un 90% severo y 10% moderado (según NRS).

Gráfico 3: Distribución según tipos de dolor.

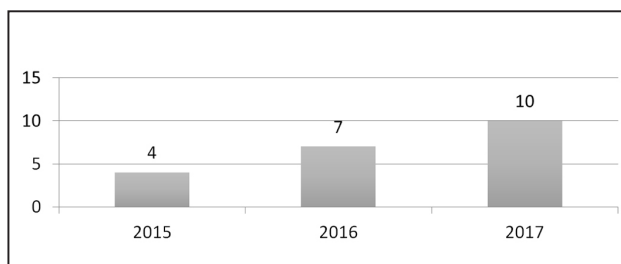
El principal motivo de derivación fue patología dolorosa de columna (lumbago crónico, cervicalgia, lumbociática y raquiestenosis), seguido de patología neurológica dolorosa (dolor central post ACV, dolor en lesión medular, polineuropatía y neuralgia post herpética, principalmente), los porcentajes se muestran en **Gráfico 4**.

Gráfico 4: Distribución de diagnóstico de ingreso a Policlínico.

En cuanto a la analgesia, al ingreso la mayoría de los usuarios usaba opioides de baja potencia (tramadol gotas o comprimidos) combinado con paracetamol; al momento del corte, la mayoría se encuentra en terapia farmacológica multimodal, aumentando el uso de opioides potentes, principalmente metadona y parches de buprenorfina; además, neuromoduladores como pregabalina y gabapentina.

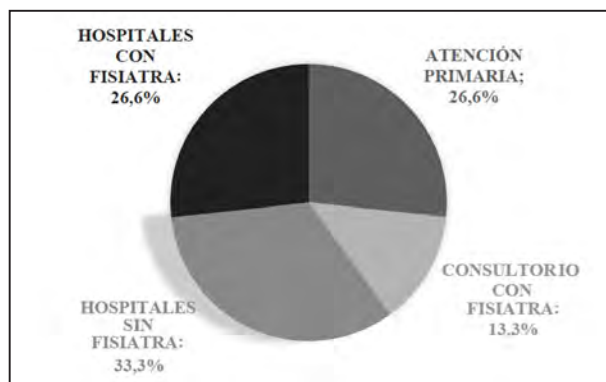
En el período observado, el 51% de los usuarios requirió, durante su evolución, un cambio de su terapia farmacológica; el 80% de ellos por analgesia insuficiente y el 20% por reacciones adversas.

Se realizaron 21 derivaciones a anestesiista para intervencionismo; el mayor número el año 2017 (**Gráfico 5**).

Gráfico 5: Derivación a Intervencionismo.

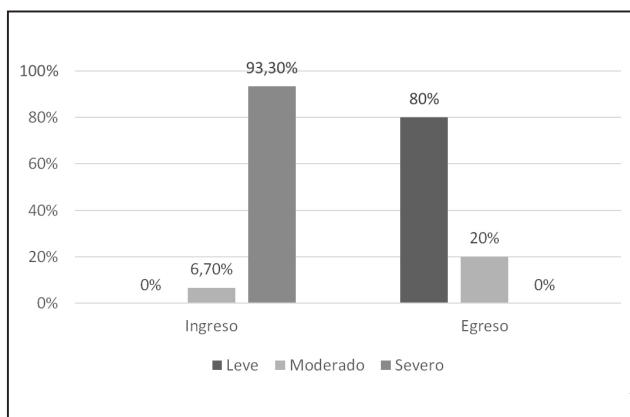
En el período se registraron 15 altas a diferentes establecimientos, el destino al alta fue a diferentes establecimientos de la red, desde hospitales a centros de salud municipal, donde algunos cuentan con médico fisiatría y otros, no (**Gráfico 6**).

Gráfico 6: Distribución según destino de alta de programa.



Del grupo de pacientes que egresó del policlínico, se observa que el periodo medio de control fue 17 meses, con mínimo 1 mes y máximo de 54 meses. En relación con la severidad del dolor al ingreso, la mediana fue de 8, con un 93% de dolor severo, al egreso la mediana de intensidad fue 4, con un 80% de dolor leve, 20% moderado (**Gráfico 7**).

Gráfico 7: Intensidad de dolor (NRS).



Discusión

En general, las características de nuestra población coinciden con lo encontrado en otros estudios chilenos de prevalencia (1,2), en las variables de sexo (mayor prevalencia en mujeres) y edad (mayor prevalencia en edad productiva). En comparación con publicaciones chilenas de otra unidad de dolor crónico no oncológico (11,15), nuestros resultados son similares en cuanto a promedio de edad, mayor afectación de mujeres, diagnóstico preponderante, tipo de dolor y severidad. Existe un bajo porcentaje de pacientes pertenecientes a la etnia mapuche, considerando que el porcentaje regional es 34% (16). Pensamos que esta diferencia podría deberse a creencias culturales sobre el dolor, mayor tolerancia al dolor, mayor ruralidad con menor acceso a salud, baja situación económica, escasa pesquisa y baja derivación de médicos generales; pero es necesario otros estudios para precisar lo anterior. En relación a condición socioeconómica de los usuarios atendidos, la gran mayoría

Fonasa A o B, que corresponde a las personas con menores ingresos económicos, siendo el 100% perteneciente al sistema público de salud, dado las características de nuestro centro.

En relación a la intensidad de dolor, la mayor parte de los ingresos presentan dolor moderado a severo; los dolores leves en general se mantienen en control con otras especialidades o atención primaria. Esto dado también por las restricciones de ingreso a la unidad, ya que es un policlínico de referencia desde las especialidades y no de acceso directo desde atención primaria; además, con poca disponibilidad de horas, por lo que se seleccionan para ingreso los casos de mayor severidad.

El mayor número de ingresos y la mayor cantidad de derivaciones a intervencionismo ocurrió el año 2017; esto se atribuye a la incorporación de otra fisiatra al equipo, lo que sumó horas disponibles y mayor estructuración del trabajo en el policlínico.

En relación a especialidades que derivan, es necesario precisar que no se reciben derivaciones directo de APS, siendo el enfoque resolver patología dolorosa crónica en la alta complejidad, para disminuir la policonsulta. Los principales derivadores son los neurocirujanos, lo que explica el diagnóstico principal de ingreso, que es patología degenerativa de columna, y fisiatría general, que evalúa pacientes derivados por dolor desde atención primaria, que en caso de dolor de mayor complejidad deriva a policlínico de DCNO.

Al igual como ocurre en otras UDCNO, en nuestro policlínico existe baja cantidad de altas, que podrían estar explicadas por: complejidad en el adecuado control del dolor, falta capacitación de médicos en atención primaria para asumir la continuidad de tratamiento en establecimientos de menor complejidad, además la falta de medicamentos en establecimientos de menor complejidad; estos factores también se observan en otras unidades de dolor publicadas a nivel internacional (14).

Es importante destacar que la atención realizada en este policlínico no corresponde a una atención en Unidad de Dolor Crónico No Oncológico propiamente tal, ya que falta la incorporación y trabajo coordinado con otros profesionales para un abordaje multidisciplinario.

El dolor crónico genera gran impacto, ya que afecta población en edad productiva, especialmente a la más vulnerable (mujeres y de baja condición socioeconómica), por lo anterior, requiere ser abordado de manera multidisciplinaria.

Los resultados obtenidos servirán para futuras investigaciones y medir el impacto de nuestras intervenciones, así como también las necesidades de mejora para una atención de calidad.

Se presenta como desafío aumentar los recursos de la unidad, aumentar el arsenal farmacológico, sumar a otros especialistas como anestesiólogos expertos en dolor, psiquiatra, psicólogo, asistente social, entre otros, para

otorgar a nuestros usuarios los beneficios de la atención interdisciplinaria y bajar costos asociados al deficiente manejo.

Se observa la necesidad de establecer estrategias que permitan egresar al paciente del policlínico de DCNO, con seguridad de la continuidad de tratamiento en la comunidad.

Referencias Bibliográficas

- (1) Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. Miranda y cols. Revista El Dolor-N° 59-Año 22-junio 2013
- (2) Prevalence and impact of chronic pain in Chile. Bilbeny *et al.* Scand J Pain 2018
- (3) Global Burden of Disease Cancer y cols. 2017; March y cols. 2014
- (4) Primer Estudio Nacional de la Discapacidad, Parte 3: Resultados. ENDISC 2004. www.ine.cl
- (5) Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile. Concurso Políticas Públicas 2017, Universidad Católica. Manuel Espinoza y colaboradores.
- (6) Cost and consequences of chronic pain due to musculoskeletal disorders from a health system perspective in Chile. Constanza Vargas *et al.* Pain Rep. 2018 Sep-Oct; 3(5): e656.
- (7) Subgroups of musculoskeletal pain patients and their psychobiological patterns – The LOGIN study protocol. Gerhardt A, Hartmann M, Tesarz J, Janke S, Leisner S, Seidler G *et al.* BMC Musculoskel Dis 2012;13:136.
- (8) Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. A. Torralba, A. Miquel y J. Darba. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.21 N° 1 Madrid ene./feb. 2014.
- (9) The Canadian STOP-PAIN Project- Part 2: What is the cost of pain for patient on waitlist of multidisciplinary pain treatment facilities? Can J Anesth/J Can Anesth (2010) 57:549-558.
- (10) International Association for the Study of Pain. Task Force on Wait-Times. Summary and Recommendations. February, 2010. www.dgss.org
- (11) Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile. Jaque J, Pacheco S, Miranda JP, Plaza G, Muñoz A. Boletín ACHED-CP 2007;47:14–7.
- (12) Priority interventions to improve the management of chronic non-cancer pain in primary care: a participatory research of the ACCORD program. J Pain Res. 2015; 8: 203–215.
- (13) ¿Por qué las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias? Editorial, F. J. Robaina. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.12 no.3 Madrid abr. 2005.
- (14) Dolor crónico. Guía de actualización clínica en A P. Germán Cerda-Olmedo y Joser de Andes. 2014. España
- (15) Perfil epidemiológico de los pacientes ingresados a la Unidad de Dolor Músculo-Esquelético del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Clínico Universidad de Chile. Delia Ruiz R., Ana Luisa Miranda M., Ariel Castro L. Rev Hosp Clín Univ Chile 2015; 26: 102 - 15
- (16) Segunda Entrega de Resultados Definitivos Censo 2017. www.ine.cl

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 27 de febrero de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 22 de junio de 2020.

Correspondencia a:
Dra. Carolina Carmona Valenzuela
Hospital Hernán Henríquez Aravena.
Temuco. Chile.
E-mail: carolina.carmona@asur.cl

Eteroval®

ETORICOXIB / SAVAL

Cuando el manejo del

dolor inflamatorio
es una prioridad



- Etoricoxib con **Calidad SAVAL**.
- Eficacia clínica comprobada en manejo de dolor agudo y crónico en diversas patologías. ^(1,2,3,4)
- Solo **1** toma al día, favorece el cumplimiento de la terapia. ⁽⁵⁾
- Rápido inicio de acción y prolongado alivio del dolor. ⁽⁶⁾
- Amplía el acceso a medicamentos de calidad para un mayor número de pacientes.



Eteroval® 120 mg

Envase con
7 comprimidos recubiertos



Eteroval® 60 mg

Envase con
14 comprimidos recubiertos

Bibliografía

- 1.- Eur J Orthod. 2017 Nov 30;39(6):601-614.
- 2.- J Obstet Gynaecol. 2008 May;28(4):424-6.
- 3.- J Pain Res. 2018 Dec 19;12:83-91.
- 4.- Osteoarthritis Cartilage. 2017 Nov;25(11):1781-1791. Estudio financiado por Merck Inc.
- 5.- Folleto profesional de Eteroval 60 mg.
- 6.- Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2005 Aug;1(2):269-82.



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



www.saval.cl



Unidad | **Dolor**

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

www.saval.cl

Eteroval® Fabricado como producto semiterminado por Rontis Hellas S.A., Medical and Pharmaceuticals Products, Grecia; para Pharos Pharmaceutical Oriented Service Ltd. Grecia. Importado, acondicionado y distribuido en Chile por Laboratorios Saval S.A.

SAVAL
W3579 / 08-2020

Cuestionario de Impacto Afectivo en el Dolor Crónico de Origen Benigno. Propuesta Basada en la Revisión del Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático.

Affective Impact Questionnaire on Chronic Pain of Benign Origin. Proposal Based on the Review of the Emotional Impact Questionnaire on Neuropathic Pain.

Rodríguez, Alejandra ⁽¹⁾

Resumen

El objetivo principal del presente trabajo es construir un instrumento que permita el screening afectivo en la experiencia dolorosa, útil para todo profesional de la salud que trabaje con pacientes con dolor, quedando la invitación a usarlo en la clínica para evaluar su eficacia. Basado en el Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático (CIE-6), recomendado por la ACHED-CP, de la autoría del psicólogo Eduardo Muñoz.

Se realizó una revisión teórica y desde la evidencia de los factores afectivos que participan en la experiencia dolorosa. A partir de lo anterior, se propone un rediseño del CIE-6. Consiste, primero en la eliminación de tres ítems de insomnio, cansancio y limitación del original, ya que apuntan a costos sanitarios y discapacidad, siendo reemplazados por estados afectivos como ansiedad, desesperanza, injusticia e incontrolabilidad.

Palabras claves: ansiedad, dolor crónico, emociones, ira, miedo, tristeza.

Abstract

The main objective of this work is to build an instrument that allows the affective screening in the painful experience, and be useful for every health care professional working with patients with pain, encouraging professionals to use it in the clinic to evaluate its effectiveness. It's based on the Questionnaire of Emotional Impact on Neuropathic Pain (CIE-6) which is recommended by the ACHED-CP of the authorship of the psychologist Eduardo Muñoz.

A theoretic review was conducted and from the evidence of the affective factors involved in the painful experience. As it was mentioned before, a redesign of the CIE-6 was proposed. It consists, first of all, of the elimination of three items of insomnia, tiredness and limitation from the original, since they point out to health costs and disability, being replaced by affective states such as anxiety, hopelessness, injustice and uncontrollability.

Key words: anger, anxiety, chronic pain, emotions, fear, sadness

Introducción

La definición que propone la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2020), pone de manifiesto la evolución que se ha producido en el concepto de dolor. Además, profesionales e investigadores plantean que el enfoque biomédico tradicional ha quedado atrás, dando paso a una nueva y más compleja perspectiva multidimensional que tiene en cuenta los tres aspectos de la salud: lo biológico, lo psicológico y lo social (Vallejo, 2005; 2008; Casado, Moix, Vidal, 2008; González, 2014; IASP, 2020).

En su última revisión, la IASP (2020) justamente enfatiza que el dolor no es una medida física, sino que una experiencia. Los factores psicológicos tienen contundente evidencia en la participación, ya sea como factores de riesgo o protectores en el dolor físico persistente, por lo cual participan en la génesis, desarrollo y evolución de la experiencia dolorosa.

Cuyul y Araya-Quintanilla (2019) en su revisión recalcan que "los investigadores deben explorar la influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético, considerar la integración de diversos factores y mecanismos para explicar el desarrollo de la experiencia dolorosa".

(1) Directora del Centro del Dolor CHILE. Magíster en Psicología Clínica. Magíster en Docencia Universitaria. Diplomada en Psicología de la Salud.

La psicología viene a cooperar con la medicina, anestesiología y neurología, principalmente para contribuir a explicar e intervenir sobre los efectos perceptivos singulares del dolor y su impacto psicosocial (Vallejo, 2005; 2008). Justamente esta especialidad nueva, denominada Psicología Médica o Psicología de la Salud, incluye a las subespecialidades que tratan el dolor crónico, ya sea oncológico (DCO) y no oncológico (DCNO).

Cada factor psicológico está basado en modelos teóricos o teorías psicosociales. Estas son numerosas y dominantes en el estudio del cambio comportamental en salud. El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas son el producto de la interacción de múltiples factores y variables.

Además, aspectos contextuales como políticos, sociales, culturales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica porqué las prácticas que afectan la salud no son explicables desde la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual (Cabrera, Tascón, Lucumí, 2001).

El lumbago, el hombro doloroso, la artrosis de rodilla y la fibromialgia son algunas de las patologías más prevalentes del dolor crónico musculoesquelético (DCMU). Un problema que afecta al 17,9% de la población general en Chile y que implica un costo económico anual cercano a los \$550 mil millones. La cronificación del dolor físico persistente genera el 25% de la discapacidad en nuestro país (Espinoza, Repetto, Cabieses, Vargas, Zitko, 2017). A su vez, los lumbagos crónicos (LC) son la segunda causa de ausentismo laboral, siendo la mayoría inespecíficos (LCI), es decir, sin causa anatomopatológica (Miranda, Quezada, Caballero, Jiménez, Morales, Bilbeny, Vega, 2013).

Del 100% de los LC, el 85% sería LCI (García, 2009; Espinoza *et al.*, 2017; Terrazas y Gonzáles, 2017). Rabah (2016), a su vez, plantea que en el 90% de los casos la causa es inespecífica.

En los pacientes aquejados de lumbalgia se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y somatizaciones si se compara con la población general (Pérez Guisado, 2006).

A su vez, en el hombro congelado, Sharma, Moe-Nilssen, Kvåle, Baerheim (2017) plantean que una de las principales quejas en la etapa I tardía y en la etapa II, es el dolor. Este último, en algunos casos llega a ser muy severo, perturbando el sueño. Se ha encontrado que la discapacidad percibida en pacientes con dolor crónico de hombro está fuertemente influenciada por síntomas depresivos. Muchas veces sumándose, además, la ansiedad e impacto emocional (Martínez-Calderón, Meeus, Struyf, Morales-Asencio, Gijón-Noguerón, Luque-Suárez, 2018).

En general, cuando nos referimos a factores psicológicos en el DCNO, siempre debemos considerar una tríada de factores, que incluye lo cognitivo, emocional y conductual. Siempre presentes, actuando en un circuito en donde cada uno afecta circularmente a los otros. El pensar o tener una creencia nos llevará a sentir de una forma determinada y a responder (acción o no acción) siempre.

Los factores cognitivos conllevan dimensiones afectivas y conductuales, por este motivo se presentan muchas veces confusiones. Sin embargo, es necesario clasificar y diferenciar los factores cognitivos de los emocionales y conductuales.

La Psicología de la Salud ha avanzado en construir instrumentos o cuestionarios que miden dichos factores. Estos cuestionarios han sido contruidos o traducidos, adaptados y validados, la mayoría en español.

Cuestionario de Impacto Emocional en Dolor Neuropático (CIE-6)

En Chile, el Cuestionario de Impacto Emocional (CIE-6) en el Dolor Neuropático (DN) fue creado por el psicólogo Eduardo Muñoz. Este instrumento fue diseñado con 6 ítems: tristeza, miedo, rabia, cansancio, insomnio y limitación. Valora un índice global de sufrimiento a causa del dolor (IGS), que corresponde a la sumatoria de las escalas y una valoración independiente para cada una de ellas en los rangos de EVA de 0=nada; 1 a 4=leve; 5 a 7=moderado; 8 a 10=severo. Las puntuaciones sobre 5 indican derivación a especialista de la psicología y/o psiquiatría para implementar tratamientos no farmacológicos y terapia farmacológica coadyuvante.

Este cuestionario no ha sido validado, pero su uso clínico fue aprobado por la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP). Justamente, el grupo de profesionales en su consenso: “Recomienda que este cuestionario tenga pronta validación como herramienta de evaluación psicosocial, por su importancia como complemento en el diagnóstico del DN y para ello se propone incluirlo en estudios futuros” (Fernández, Ahumada, Muñoz, Urra, Yáñez, Velasco, Aguayo, Bilbeny, Correa, Flores, Rabah, Jaque, Sánchez, Ortiz, Orellana, Pakuts, Muñoz, Ritter, Orellana, Mora, 2011).

Por esta recomendación, se incorporó al protocolo de evaluación de los pacientes en el Centro del Dolor CHILE desde el año 2017 y previamente se utilizó (2014 – 2017) en la Unidad de Dolor Crónico No Oncológico de una clínica privada quirúrgica de columna, ambas instituciones ubicadas en el sector oriente de la Región Metropolitana. Durante 5 años se ha administrado el CIE-6 con el consentimiento del autor, arrojando el puntaje total una valiosa información.

No obstante, basándose en el estudio de los factores psicológicos en el DCNO, se pesquisó que no se precisaban, ni desde la teoría ni desde la evidencia, emociones como “cansancio, limitación e insomnio”, estas últimas incluidas en 3 ítems de los 6 evaluados por el CIE-6. Estos ítems no aluden a procesos afectivos.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo revisar la teoría y la evidencia de los factores afectivos más prevalentes en el DCNO, para formular una crítica al instrumento y proponer descartar estos ítems que no están midiendo factores emocionales, sino otras variables.

Posteriormente, a partir de lo anterior, proponer un rediseño del CIE-6, que consiste, primero, en la eliminación de los ítems de insomnio, cansancio y limitación del original

CIE-6, ya que apuntan a costos sanitarios y discapacidad, siendo reemplazados por estados afectivos como ansiedad, desesperanza, injusticia e incontrolabilidad.

Segundo, proponer un nombre que apunte más certeramente a lo que mide que sería: Cuestionario de Impacto Afectivo en Dolor Crónico de Origen Benigno (CIA-7-R), basándose en la sigla original CIE-6 e incluyendo la sigla de revisión como cambiando la E por la A, debido a que se incluyen no sólo emociones, sino que sentimientos.

Tercero, plantear un uso del cuestionario revisado para todo tipo de DCNO y no sólo el DN, dada la evidencia sobre los tipos de dolor: nociceptivo, neuropático y nociplástico. Y, por último, considerar la autoría de la nueva revisión.

La idea es contribuir a precisar más certeramente en la evaluación el ámbito afectivo en el DCNO, construir un instrumento que permita el screening afectivo en la experiencia dolorosa, útil para todo profesional de la salud que trabaje con pacientes con dolor, quedando la invitación a usarlo en la clínica para evaluar su eficacia. Posteriormente, en una segunda etapa, se validará en una población con dolor físico persistente de origen benigno.

Procedimiento

El presente trabajo consta de tres partes. En primer lugar, una revisión teórica sobre los factores afectivos presentes en el dolor físico de origen benigno. Esta revisión no es sólo teórica, sino que incluye evidencia que respalda los planteamientos teóricos de los estudios revisados. En segundo lugar, el trabajo presenta un análisis crítico del cuestionario de impacto emocional en dolor neuropático (CIE-6) propuesto por el psicólogo Eduardo Muñoz y avalado por la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP). En tercer y último lugar, se propone la creación de un nuevo cuestionario para medir el impacto afectivo en dolor crónico no oncológico, basado en el CIE-6. Este cuestionario permitirá un screening afectivo.

Factores Afectivos en el DCNO: Fundamentos y Evidencia

A pesar de no haber consenso, la mayoría de los investigadores en el campo de la emoción consideran básicas o primarias a las emociones como la ira, miedo, asco, tristeza y alegría (Vila, 2016). Cada una de estas emociones pueden aparecer como una reacción adaptativa física, es decir, transitoria en respuesta a una situación o estímulo gatillante que posteriormente se traduce en una acción (agredir, huir, llorar etc.) o transformarse en un estado crónico afectivo desadaptativo como, por ejemplo, la tristeza en depresión, el miedo en kinesiofobia, ansiedad en trastornos ansiosos (Kalawski, 1998).

A su vez, se habla de sentimientos básicos como felicidad, amor, temor y sentimientos sociales como culpa, vergüenza entre otros. El abanico de estados afectivos es variado y complejo y existe una falta de consenso en cuáles son.

El componente afectivo del dolor incorpora toda una gama de emociones y sentimientos negativos en cuanto a su cualidad. Las más estudiadas y relevantes en la literatura sobre dolor

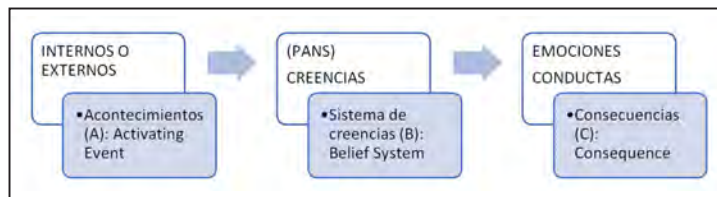
crónico han sido la ansiedad y, en menor medida, la ira. Estas respuestas afectivas se han relacionado tanto con la génesis como con el mantenimiento y la exacerbación del dolor crónico, como con el grado de discapacidad de los pacientes, resultando indispensable su control para su tratamiento (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer, Sesé, 2008).

Sin embargo, existen otros afectos involucrados como la desesperanza, sentimientos de incontrolabilidad e injusticia, tristeza y miedo que se han ido sumando a los estudios. A continuación, se revisarán cada uno de ellos.

1. Desesperanza Aprendida – Sentimiento de Incontrolabilidad

Desde los factores cognitivos, los pensamientos negativos automáticos (PANS) relacionados con el dolor han sido asociados con el dolor en muchas dimensiones. No obstante, el constructo de la Catastrofización acuñado por Albert Ellis, psicólogo norteamericano, inserto en su Modelo A-B-C (1962), ha sido crucial para entender más en profundidad el peso de los pensamientos en la experiencia del dolor (Cano y Rodríguez Franco, 2002).

Figura 1: Modelo A-B-C de Albert Ellis (1962)*



*Fuente: Ellis (1962) en Cano y Rodríguez-Franco (2002)

El catastrofismo serían estos pensamientos negativos que una persona con DCNO tiene sobre su dolor y enfermedad; estos son esperables, sin embargo, permanecer en ellos se transforma en un factor de riesgo de cronicidad, entre otros riesgos. Sin embargo, la catastrofización es un concepto más complejo, que incluye tres dimensiones o tres factores, de ahí su característica trifactorial: *-Magnificación* de los pensamientos negativos; *-Rumiación cognitiva*, es decir repetición de éstos; *-Desesperanza o indefensión* como reacción emocional a dichas rumiaciones y pensamientos negativos (Seyler, Hernández-Guzmán, Freire, González-Montecinos, Sullivan, 2014).

La magnificación es aumentar el catastrofismo en una escalada que puede ascender muchos peldaños en poco tiempo. Las rumiaciones son repeticiones de pensamientos, habitualmente negativos, una y otra vez que pueden además magnificarse. Las rumiaciones producen un elevado desgaste y los pacientes relatan “*que no pueden descansar por sus reiterados pensamientos que no controlan*”.

Esto último, evidencia que el problema de las rumiaciones no es el contenido del pensamiento, sino la función. Es decir, pensar una y otra vez en lo mismo, no es un pensamiento productivo ni resolutivo, sino por el contrario, cansa y perpetúa un circuito vicioso, contribuyendo por ejemplo a aumentar el insomnio presente en los pacientes (Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley, Lefebvre,

2001; Seyler, Hernández-Guzmán, Freire, González-Montecinos, Sullivan, 2014).

Seligman y Overmier en la década de los 60 llamaron a esta indefensión *Desesperanza Aprendida*: la conceptualizaron como un proceso cognitivo en el cual la formación de expectativas como la percepción se veían afectadas. Las expectativas como la percepción son procesos cognitivos.

No obstante, es claramente un estado emocional, una respuesta emocional que se produce cuando los acontecimientos son percibidos como incontrolables y que no se puede hacer nada por cambiarlos; de ahí que se entienda el “no hacer nada” y la baja en la motivación (Vinaccia, Cadena, Contreras, Juárez, y Anaya, 2004; Minici, 2010).

Para Seligman (1981) lo incontrolable es justamente lo que produce la desesperanza, es el factor que lo explica. La baja motivación ocasionada por la desesperanza aprendida ocurre por la relación entre la percepción del control y el control real. La desesperanza aprendida produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos.

Se cataloga como un factor de riesgo, un verdadero obstáculo para la adaptación a la enfermedad; el paciente ha aprendido que se encuentra indefenso, lo que disminuye su motivación para actuar, bloquea su capacidad cognitiva para percibir sucesos e incrementa su emotividad (Vinaccia *et al.*, 2004).

Según el estudio de Zuercher-Huerlimann, Stewart, Egloff, von Känel, Studer & Grosse Holtforth (2019), los pacientes con dolor crónico que presentaban locus de control en salud interno (LCSI), reducían la intensidad de su dolor, configurándose como factor protector. De igual manera, Náfradi, Nakamoto & Schulz (2017) plantean que este mismo locus promueve constantemente la adherencia y se encuentra positivamente correlacionada con la Autoeficacia.

Desde el Modelo de Estrés de Lazarus y Folkman (1984), plantean que en la evaluación o apreciación primaria que el individuo realiza se pueden describir la magnificación y rumiación, y en evaluación secundaria, la desesperanza (Sullivan *et al.*, 2001; Syler *et al.*, 2014).

Justamente en esta segunda evaluación, las personas se preguntan si son capaces de enfrentar el dolor. De esta forma, la autoeficacia percibida se define como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar los recursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Es decir, si percibo o no que tengo las herramientas para enfrentar el dolor. (Bandura, 2004; Soriano, 2005).

Se entiende que considerarse con capacidad para realizar diferentes actividades influye en la utilización de estrategias de afrontamiento y en la respuesta emocional frente al dolor (Vallejo, 2008).

El concepto de autoeficacia no hace referencia a los recursos de que se disponga sino a la opinión que se tenga sobre lo que

puede hacer con ellos. La autoeficacia influye directamente en la determinación personal para la acción, implica la certeza de disponer de la eficacia para actuar (Bandura, 1987).

Mientras mayor sea la percepción de autoeficacia, mejor tiende a ser el desempeño del individuo; este éxito puede llevar a sentimientos positivos más generalizados acerca de sí mismo. De esta forma, la autoeficacia interviene en la determinación personal para la acción e influye en la motivación y en la cantidad de esfuerzos empleados por el individuo para afrontar situaciones nuevas en las cuales se presentan obstáculos (Vinaccia *et al.*, 2004).

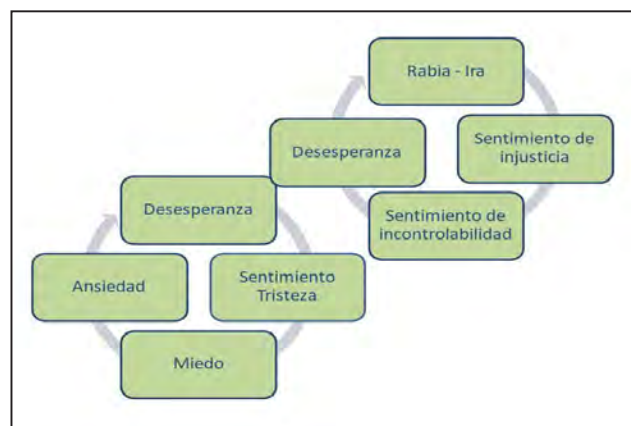
Algunos estudios han precisado que cuando los pacientes con enfermedades crónicas tienen la creencia de que pueden ejercer cierto control sobre su enfermedad, se adaptan mejor a la misma que aquellos en los que predominan los sentimientos de incontrolabilidad (Bandura, 1987).

Una percepción inadecuada sobre la enfermedad podría generar sentimientos de indefensión, es decir, sentir que a pesar de los esfuerzos realizados para adaptarse a esta nueva rutina no va a funcionar (Vinaccia *et al.*, 2004).

De esta manera, vemos cómo las reacciones emocionales están acompañadas de este sistema de creencias que determinan la actitud del paciente frente a su enfermedad. Algunas investigaciones han demostrado que las representaciones cognitivas influyen en la adaptación a la enfermedad. Las representaciones sobre la salud y la enfermedad desde el sentido común de un paciente son determinantes en el comportamiento de salud de él (Diefenbach y Leventhal, 1996).

A su vez, el inadecuado sentido de autoeficacia se relacionó con el peor control del dolor, menor adhesión al tratamiento y empeoramiento de la funcionalidad física y psíquica en pacientes con dolor crónico (García, 2007).

Figura 2: Hipótesis del circuito de factores afectivos interrelacionados que disminuirían la Autoeficacia frente al dolor.



En estudio transversal con 177 pacientes con dolor crónico lumbar de 6 meses de data en tres servicios de salud en Sao Paulo (Brasil) de Góes y Andruccioli (2012), se observó mayor prevalencia de incapacidad entre los pacientes con síntomas depresivos y baja autoeficacia con un elevado miedo y evitación al dolor. Por lo tanto, el análisis identificó factores de riesgo potencial para la incapacidad en la muestra estudiada como: intensidad del dolor, duración, fatiga, depresión, baja autoeficacia y miedo relacionado al dolor. Pacientes con autoeficacia baja presentan 1,7 veces mayores posibilidades de estar incapacitados que aquellos que presentan autoeficacia elevada ($p=0,002$).

El paciente al no ver mejorías en su condición de salud, en algunos casos, por el contrario, debe soportar retrocesos, le hace percibir una falta de control sobre la situación y resignarse de manera exagerada, reafirmando de esta forma que nada ni nadie será capaz de cambiar su situación, aunque se le presenten alternativas viables. Lo anterior lleva al paciente a perder la confianza en sí mismo y al debilitamiento progresivo de su autoestima, lo que a su vez podría influenciar su percepción de autoeficacia y reforzará la desesperanza ante su enfermedad (Vinaccia *et al.*, 2004).

1. Tristeza - Pena

La tristeza es un sentimiento displacentero, común y comprensible en los pacientes con DCNO. No obstante, es riesgoso permanecer en él, ya que puede conducirnos a una depresión. La tristeza es la antesala, lo mismo que la desesperanza, que nos puede llevar a un trastorno de ánimo depresivo. No obstante, estos afectos pueden permanecer sin evolucionar hacia una depresión. Entre otros costos sanitarios del DCNO, los trastornos del ánimo depresivo son muy prevalentes (Espinoza *et al.*, 2017). La pesquisa de la tristeza y desesperanza de manera precoz es fundamental.

Las variables cognitivas y emocionales, concretamente la ansiedad, la tristeza y la ira, parecen explicar mejor que las variables de personalidad las diferencias individuales en cuanto a percepción y tolerancia al dolor. Así mismo, la falta de expresión emocional se ha relacionado claramente con una mayor experiencia dolorosa (Truyols, Pérez, Medinas, Palmer, Sesé, 2008).

En otro estudio de Tuyols, Medinas, Pérez, Palmer, Sesé (2010), los pacientes con lumbalgia crónica obtuvieron niveles superiores de depresión y ansiedad frente al grupo control ($p < .001$) en una muestra de 54 pacientes. Concluyendo que resulta de especial relevancia la inclusión del tratamiento psicológico de las emociones negativas para este tipo de dolor.

Dentro de los trastornos mentales, los más prevalentes son los trastornos afectivos, y entre ellos, los de ansiedad y depresión. Los síntomas y los trastornos emocionales son persistentes en el tiempo y suelen exhibir un curso crónico, perturban significativamente la calidad de vida, son una causa principal de discapacidad y constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de otros trastornos mentales (Sandín, Valiente, Pineda, García-Escalera, Chorot, 2018).

Existe un consenso respecto a que la depresión juega un papel importante en los primeros momentos de aparición del

dolor. La constatación del importante papel de la depresión como factor de pronóstico en los primeros estadios del proceso de cronificación lleva a Pincus, Vogel, Burton, Santos, Field (2006) a proponer modificaciones al Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación del Dolor de Asmundson, Norton y Vlaeyen (2004).

Los autores postulan una nueva vía que llevaría a la cronificación, aparte de la propuesta por el modelo; concretamente, señalan que es posible que una minoría de pacientes con dolor lumbar tenga una depresión en el momento de aparición del episodio de dolor agudo (no necesariamente como una respuesta al dolor, sino como un problema de salud coexistente) y que este afecto negativo impediría la recuperación a medio y largo plazo, llevando a la discapacidad funcional (Esteve, Ramírez-Maestre, 2013).

2. Rabia - Ira

Existen recursos psicológicos como factores protectores para la salud y el bienestar, permitiendo aumentar la resistencia a la adversidad, pues facilitan una adecuada evaluación y afrontamiento de los cambios o dificultades de los sucesos vitales ocurridos en la vida. Variables como capacidad de expresión emocional, autocontrol emocional, asertividad y manejo de la ira, entre otros (Remor, 2006).

La frustración produce rabia, impotencia y, en su extremo, ira. El mal manejo de la ira es un factor predisponente a padecer diferentes trastornos de salud física. El no expresar adecuadamente su ira, ya sea suprimiéndola o expresándola de manera hostil. Esta última, produce un aumento en la actividad fisiológica y esta activación sostenida puede producir alteraciones en el sistema inmune (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado, Spielberger, 2001).

Por otro lado, la supresión o inhibición están asociados a su vez a un gran número de problemas de salud física, expresadas en somatizaciones. Del mismo modo, la falta de expresión emocional se ha relacionado con una mayor experiencia de dolor (Keefe, Lumley, Anderson, Lynch, Carson, 2001).

De Laire, Rodríguez y Rodríguez (2012), en un estudio realizado en la Clínica Alemana, en la Unidad de Reumatología con 30 pacientes con diagnóstico de fibromialgia, evaluaron entre otros factores la expresión de ira, a través del inventario de expresión de ira (STAXI-2). Este índice de expresión de ira (IEI) resultó ser significativamente alto. Entendiendo que, si las/los pacientes puntúan alto, experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas. La tendencia en estos pacientes fue a modular la ira a través de la expresión interna, es decir, frente a los sentimientos de ira tendían a suprimirlos más que a expresarlos física o verbalmente. Inclusive, el 83,3% de pacientes no experimentaba con frecuencia sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

En el estudio de lumbalgia de Tuyols *et al.* (2010), se midió también ira con el STAXI-2. El grupo de pacientes con lumbalgia obtuvo niveles superiores frente al control en las subescalas de: ira estado ($p < .01$), ira rasgo ($p < .001$),

temperamento ($p < .001$), en su inhibición ($p < .001$) y expresión de ira ($p < .01$).

El Modelo Bio-Informacional de Lang (1995) define a las emociones como disposiciones para la acción y las vincula con los mecanismos motivacionales primarios (el sistema defensivo y el sistema apetitivo), ambos necesarios para la supervivencia. El miedo, por ejemplo, predispone a la huida, la ira predispone a la lucha, la alegría predispone a acercarnos a los otros. En este marco, emoción y motivación son procesos estrechamente relacionados, aunque no se deben confundir. En el caso de la emoción, el prefijo 'e' indica que es un movimiento de dentro hacia fuera y, en el caso de la motivación, el movimiento es instrumental dirigido a conseguir metas, como obtener alimentos, evitar peligros o alcanzar logros académicos o políticos. Las emociones contribuyen a la motivación (Vila, 2016).

3. Miedo - Ansiedad

El miedo y la ansiedad son las típicas reacciones emocionales ante la presencia de peligro o amenaza. Su función adaptativa es la de facilitar las respuestas fisiológicas defensivas del organismo, como la inmovilidad, el sobresalto o la respuesta de lucha o huida. Son emociones que ayudan a la supervivencia. No obstante, si estas reacciones son excesivamente intensas o prolongadas, o se producen ante situaciones que no suponen un peligro real, terminan siendo destructivas, convirtiéndose en un riesgo para la salud, tanto física (trastornos relacionados con el estrés) como psicológica (trastornos de la ansiedad) (Vila, 2016).

El miedo es una respuesta emocional intensa a la apreciación o evaluación de peligro, sería la vertiente cognitiva del riesgo. Es una experiencia más reflexiva, en el sentido de evaluar lo amenazante del estímulo, sea este interno (dolor) o externo. El miedo requiere la presencia de un estímulo específico. Corresponde a un nivel superior de integración psíquica; es la respuesta ante el peligro, propia de la conciencia adulta, capaz de evaluar los riesgos potenciales o reales del estímulo, objeto o situación y proyectarse hacia el futuro (Peña y Lillo, 1990; Vila, 2016).

De esta manera, la diferencia entre miedo y ansiedad radica en el tipo de peligro o amenaza; en la ansiedad se activa ante los estímulos contextuales donde se anticipa la aparición del peligro (caminar de noche por una zona insegura). Ambos, miedo y ansiedad, están estrechamente vinculados a las respuestas defensivas y al sistema motivacional que las sustenta (el defensivo) (Vila, 2016).

El modelo actual en salud y dolor que incluye procesos cognitivos y emocionales es el de Asmundson, Norton y Vlaeyen (2004), denominado Modelo de Miedo Ansiedad-Evitación al Dolor. Este modelo surge primariamente del Modelo Miedo-Evitación del Dolor de Vlaeyen y Linton (2000).

La investigación apoya que los pacientes tienden a evitar situaciones que les causarán dolor debido a sus creencias y esta evitación disminuye su actividad, aumenta su rigidez y discapacidad. El papel significativo de los mecanismos del miedo en la predicción y la perpetuación de la discapacidad

en el dolor crónico debe tener importantes implicaciones para el tratamiento (Boersma, Linton, Overmier, Jansson, Vlaeyen & Jeroen de Jong, 2004; López, Gómez y Ruiz, 2009).

A su vez, el miedo (emoción) al dolor y este catastrofismo (cognición) hacen que se incremente el dolor percibido, lo que fomenta un tipo de afrontamiento pasivo (conducta) que lo hacen vulnerable al desuso, la discapacidad y la depresión (Vlaeyen y Linton, 2000).

Según Esteve y Ramírez-Maestre (2013), la valoración catastrofista se asocia con rasgos de personalidad relativamente estables como el afecto negativo, y esta valoración provocaría el miedo al dolor y las consiguientes conductas de evitación.

Un modelo para explicar el dolor de hombro es justamente éste, que propone un afrontamiento pasivo frente al dolor; de esta forma, las técnicas adaptativas para evitar el dolor pasan a ser desadaptativas cuando el dolor se prolonga por un tiempo largo, provocando daños, tanto físicos como psicológicos, que perpetuarán el dolor (Martínez-Calderón, Meeus, Struyf, Morales-Asencio, Gijón-Noguerón, Luque-Suárez, 2018).

En el circuito vicioso del dolor crónico, el miedo gatillado por los PANS y la catastrofización conducen a estrategias evitativas, generando una peor recuperación, lo que aumenta la ansiedad y depresión y, posteriormente, el aumento de la intensidad del dolor.

En términos generales, la bibliografía ha destacado el papel de las estrategias de afrontamiento como mecanismo de adaptación, manejo y control del estrés producido por el dolor crónico. Aunque es necesario señalar que no todas las estrategias funcionan de la misma manera, siendo las estrategias activas y las centradas en el problema las más eficaces para manejar el dolor, a diferencia de las pasivas o evitativas centradas en las emociones (Rodríguez-Parra, Esteve y López, 2000).

Cuando el miedo aumenta en extremo, acompañado de ideas irracionales, hiperalerta y conductas evitativas extremas frente al movimiento, nos enfrentamos a una fobia específica denominada Kinesiofobia. Es decir, fobia al movimiento. Este trastorno debe ser tratado de manera integral por un psiquiatra (tratamiento medicamentoso), kinesiólogo y psicólogo (psicoterapia) de manera conjunta.

La pesquisa del monto del miedo de manera precoz, junto con la catastrofización, son elementos fundamentales para prevenir una kinesiofobia. Existe evidencia contundente que la catastrofización y, por ende, la desesperanza incluida en ella, es un factor predictor de kinesiofobia. En un estudio de Limbäck, Lundberg, Östgaard & Kjellby (2011) en una muestra de 84 pacientes con DCL, de los 21 que presentaron catastrofización, casi el 90% presentó kinesiofobia, es decir, 18 personas.

Al incluir en el 2004 la variable ansiedad al modelo, la definen como un factor predisponente, como un estado afectivo dirigido al futuro y en el que el origen de la amenaza es más elusiva, asociándose a respuestas preventivas. El catastrofismo provocaría miedo al dolor y la experiencia

repetida del miedo llevaría al paciente a desarrollar ansiedad ante el dolor y esta sería la que conduciría a respuestas de evitación (Esteve, Ramírez-Maestre, 2013). La función más importante de la ansiedad es facilitar la detección temprana de situaciones potencialmente amenazantes. En otras palabras, los individuos muy ansiosos demuestran hipervigilancia, tanto general como específica. La hipervigilancia general se refiere a la propensión a atender cualquier estímulo irrelevante presentado. La hipervigilancia específica implica la inclinación a atender selectivamente a estímulos relacionados con amenazas más que a tonos neutros (Vlaeyen, Linton, 2000).

Para explicar las diferencias individuales, los mismos autores del modelo precisan un factor predisponente llamado sensibilidad a la ansiedad definiéndolo como el miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad.

Anteriormente, Gray (1994) realizó importantes avances en la determinación de las estructuras y los procesos biológicos implicados en la sensibilidad a las señales de castigo (SC) o ansiedad (SA). Los pacientes con un nivel elevado de sensibilidad a la ansiedad tendrían miedo de los estímulos que provocan ansiedad más que a los estímulos asociados con el dolor. Desde esta perspectiva, el miedo al dolor sería un miedo más entre muchos otros miedos, de forma que, cuando se considera conjuntamente la influencia de la sensibilidad a la ansiedad y el miedo al dolor, sería la primera la que influiría significativamente en la experiencia de dolor (Esteve, Ramírez-Maestre, 2013).

El rol de la sensibilidad a la ansiedad es central en la regulación emocional. Este constructo puede asumir un papel importante en la aparición de trastornos, su mantenimiento y tratamientos exitosos, siendo esto así debido a sus efectos en la regulación emocional. Para Smits, Powers, Otto & Baird (2019), las estrategias de regulación emocional pueden dividirse en dos grupos: aquellas que buscan modificar el impacto de estresores externos –como la distracción–, y las que apuntan a cambiar el impacto de los estímulos internos. Dentro de estas últimas se encuentra, por un lado, la modificación de la sensibilidad a la ansiedad, siendo particularmente útil para romper el ciclo entre experiencias negativas; y, por otro lado, las repuestas desadaptativas a tales sensaciones físicas y emocionales desagradables.

Lo anterior está claramente basado en los planteamientos de Eysenck (1916-1997), destacado psicólogo inglés, en su teoría cognitiva conductual sobre la ansiedad llamada Teoría de los 4 Factores. Plantea que cuando aumenta el nivel de ansiedad, cambia también el patrón de atención. En un primer momento, al ponernos ansiosos, nuestra atención aumenta y se dirige a observar cualquier estímulo potencialmente amenazante; estamos hipervigilantes, disminuye el umbral de alarma y anticipamos posibles peligros, aunque el nivel de amenaza real sea pequeño. Esto es lo que el autor refiere como el sesgo interpretativo, que consiste en la tendencia a dar un significado de amenaza, e incluso de catástrofe, a aquellas situaciones o estímulos que podrían ser considerados como neutros o positivos. A su vez, si continúa este estado de ansiedad,

y ya hemos detectado algún estímulo amenazante, nuestra atención se centrará prioritariamente en este tipo de estímulos, prestando menos atención a los que consideramos neutros o no amenazantes. Esto es lo que se denomina sesgo atencional (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Salguero, Wood, 2011).

4. Sentimiento de Injusticia

Existe muy poca evidencia y teoría que avale este sentimiento presente en la experiencia del dolor. Pacientes que padecen de dolor crónico suelen generar un sentimiento de injusticia que afecta de manera importante el tratamiento y la adaptación a su nueva condición. Este sentimiento se produce debido a la diferencia observada entre el propio estado esperado y real de la salud, y suele provocar efectos negativos en el dolor y tratamiento, que terminan reforzando esta percepción. Las percepciones de injusticia sobre la enfermedad de dolor crónico y su tratamiento pueden traer consigo sentimientos de ira, angustia y frustración (Bissell, Ziadni & Sturgeon, 2018).

La comprensión del sentimiento de injusticia desde el modelo cognitivo de procesamiento predictivo (PP) logra explicar cómo la expectativa y la motivación pueden influir en la capacidad de afrontamiento del dolor y, en función de eso, cuál es la consecuencia más probable de ese comportamiento potencial. Así, mientras mayor sea la creencia de injusticia relacionada con el dolor, existe una mayor probabilidad de que se produzca una desregulación emocional, la que impida una acción de afrontamiento adaptativa (Bissell *et al*, 2018).

Discusión

La IASP (2020) en su revisión señala que el dolor es una experiencia personal, donde es innegable la relevancia de los factores psicológicos en dicha experiencia, es decir, factores cognitivos, afectivos y conductuales.

Todos los profesionales de la salud que trabajan con dolor físico persistente, se muestran cada vez más interesados en conocer la variable mental de esta experiencia. Los factores cognitivos tienen una contundente evidencia, llevando a desarrollar diversos instrumentos validados de uso internacional para la clínica como para la investigación que miden dichos factores, como la catastrofización y la autoeficacia, por ejemplo.

Sin embargo, los factores afectivos, incluyendo a las emociones, han tenido un estudio menor, a pesar de su injerencia y ser explicados por modelos teóricos en dolor tan importantes como el Modelo de Miedo-Ansiedad-Evitación y teniendo fuertes teorías a la base desde la psicología. Por lo mismo, la construcción de cuestionarios que midan en su globalidad el abanico de afectos que influyen en la experiencia del dolor es prácticamente inexistente.

La psicología es la ciencia experta en la comprensión de la conducta humana. Para ello, estudia los procesos mentales del individuo. Dentro de ellos, los procesos afectivos en su complejidad son necesarios de evaluar en el dolor físico persistente, dado que nos indican el estado de esos afectos

para detectar precozmente futuras patologías mentales (costos sanitarios) como fobias (miedo), trastornos ansiosos (ansiedad), trastornos del ánimo depresivo (pena, tristeza), entre otros.

Es indiscutible la relevancia de éstos en la salud mental como física. Es prioritaria la prevención o detección precoz. Ha sido el llamado de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para el año 2020. Y en respuesta a ese llamado es la revisión y propuesta del siguiente cuestionario que permite un screening afectivo para derivaciones e intervenciones precoces desde lo interdisciplinario.

Anexo
Cuestionario de Impacto Afectivo en el Dolor Crónico de Origen Benigno (CIA-7-R)

Autora: Ps.Mg. Alejandra Rodríguez (2020)

Consigna: A continuación, se mencionan emociones y sentimientos que son los más estudiados en personas con dolor físico persistente de origen benigno. Indique para cada uno, cuánto usted valora que ha sentido esa emoción o sentimiento en una escala de 0 a 10 en la última semana.

EMOCIONES o SENTIMIENTOS	NADA										SUBTOTAL	
		Leve			Moderado			Severo				
¿Cuánta tristeza o pena le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánto miedo le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánta rabia o ira le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánta desesperanza le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuán incontrolable siente que es este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuánta ansiedad le causa este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
¿Cuán injusto siente que es este dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TOTAL												

Revisión y adaptación desarrollada por la Ps. Mg. Alejandra Rodríguez, directora del Centro del Dolor CHILE SpA. Derechos reservados. Como el original (CIE-6) del Ps. Eduardo Muñoz, para esta nueva versión, adaptada y revisada (CIA-7-R), las puntuaciones iguales o superiores a 5, desde el rango moderado, indican derivación a especialista de la psicología del dolor físico persistente para implementar tratamientos no farmacológicos, es decir, psicosociales para el manejo de la emoción a la base y/o derivación a psiquiatría para evaluación de tratamiento farmacológico.

Referencias Bibliográficas

- (1) Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. ACHED-CP (2018). Recomendaciones nacionales para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento del dolor crónico en pacientes adultos, consenso chileno de expertos.
- (2) Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. IASP (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Srinivasa N. Raja, Daniel B. Carr, Milton Cohen, Nanna B. Finnerup, Herta Flor, Stephen Gibson, Francis J. Keefe, Jeffrey S. Mogil, Matthias Ringkamp, Kathleen A. Sluka, Xue-Jun Song, Bonnie Stevens, Mark D. Sullivan, Perri R. Tutelman, Takahiro Ushida, Kyle Vader.
- (3) Allegrante, J., Marks R. (2003). Self-Efficacy in Management of Osteoarthritis Rheum. Dis. Clin. North Am. 29. 747-768.
- (4) Aznar, P. (2015). La construcción de esquemas: un modelo explicativo de construcción humana. Rev.Interuniversitaria. Universidad de Valencia, 165-173. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-3743/article/view/2889>
- (5) Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education & Behavior. Vol. 31 (2). 143 – 164.
- (6) Bissell, D., Ziadni, M. & Sturgeon, J., (2018). Perceived injustice in chronic pain: an examination through the lens of predictive processing. Pain Management, 8(2). 129-138.
- (7) Boersma, K., Linton, S., Overmeer, T., Jansson, M., Vlaeyen, J., De Jong, J. (2004). Lowering fear-avoidance and enhancing function through exposure in vivo. A multiple baseline study across six patients with back pain. Pain 108. 8–16.
- (8) Borrell-Carrió, F., Suchman, A., Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 years later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. Annals of family Medicine. Vol.2, N°6. 576 – 583.
- (9) Bostick, G., Carroll, L., Brown, C., Harley, D., Gross, D. (2013). Predictive capacity of pain beliefs and catastrophizing in Whiplash Associated Disorder. Injury, International Journal of the Care of the Injured, N° 44. 1465-1471.
- (10) Cabrera, G., Tascón, J., Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 19(1). 91-101.
- (11) Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero,J.M., Wood, C. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. Información Psicológica, 102. 4-27.
- (12) Casado, M., Moix, J., Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. 19(3).379-392.
- (13) Castaingts, J. (2017). Antropología simbólica de las emociones y neurociencia. Alteridades. 27 (53). 23-33.
- (14) Chester, R., Jerosch-Herold, C., Lewis, J., Shepstone, L. (2018). Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. Br J Sports Med. 52(4). 269–275.
- (15) Cuyul, I., Araya, F. (2019). Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. Rev Soc Esp Dolor. 26(1). 44-51.
- (16) De Laire, X., Rodríguez, A., Rodríguez, J. (2012). Descripción dimensional de rasgos de personalidad en mujeres con diagnóstico médico de fibromialgia. Revista de Psicología GEPU, Colombia, 3 (2). 15 - 35.
- (17) Diéz, A. (2017). Más sobre la interpretación. Ideas y creencias. Rev.Asoc. Esp.Neuropsiq. 37(131). 127-143.
- (18) Diefenbach, M., Leventhal, H.(1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. Journal of Social Distress and the Homeless, Vol. 5, N°1.
- (19) Espinoza, M., Repetto, P., Cabieses, B.,Vargas, C.,Zitko, P. (2017). Propuesta de Política Pública para el Manejo del Dolor Crónico Músculo Esquelético en Chile, desarrollada en el marco del Concurso de Política Pública 2017 que organizó el Centro de Políticas Públicas de la PUC.
- (20) Esteve, R., Rodríguez-Maestre, C. (2013). Modelo de miedo-evitación del dolor: evolución y nuevas propuestas. Rev. de Psicología de la Salud (New Age). Vol.1, N°1. 102-130.
- (21) Fernández, R., Ahumada, M., Muñoz, R., Urra, X., Yáñez, M. V., Velasco, M., Aguayo, C., Bilbeny, N., Correa, G., Flores, C., Rabah, E., Jaque, J., Sánchez, P., Ortiz, L., Orellana, M., Pakuts, A., Muñoz, E., Ritter, P., Orellana,

- M.E., Mora, X. (2011). Guía para Definición y Manejo del Dolor Neuropático Localizado (DNL): Consenso Chileno. *Revista El Dolor*. 55. 12-31.
- (22) Ferreira, M., Pais, J., Jensen, M. (2009). Coping, Depression, Anxiety, Self-Efficacy and Social Support: Impact on Adjustment to Chronic Pain. *Escritos de Psicología*, Vol. 2, N° 3. 8-17.
- (23) Gaviria, A., Vinaccia, S., Quiceno, J., Martínez, K., Yépez, M., Echevarría, C., Contreras, F., y Pineda, R. (2006). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y Salud*, Vol. 16 (2). 129 – 138.
- (24) Góes, M., Andruccioli, C. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 41(1).135-140.
- (25) González, M. (2014). Dolor Crónico y Psicología: Actualización. *Revista de Med.Clinica Las Condes*. 25 (4). 610-617.
- (26) Gray, J. A. (1994). Three fundamental emotion systems. En P. Ekman & R. Davidson (Eds.). *The nature of emotion* (pp. 243-247). New York: Oxford University Press
- (27) Gutiérrez, O. (2004). El efecto diferencial de ACT vs.control cognitivo en un paradigma de autocontrol con estimulación aversiva. Universidad de Almería. Tesis Doctoral. España.
- (28) Infante, P. (2002). Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Tesis para optar al grado académico de Licenciada. Universitat Autònoma de Barcelona. *Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social*. España.
- (29) Kalawski, J.P.(1998). Alba Emoting: Una nueva herramienta para trabajar con las emociones en psicoterapia experiencial. *PSYKHE*. V.7, N°2.63-74.
- (30) Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T. y Carson, K. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 587-607.
- (31) Lami, M.J., Martínez, M.P., Miró, E., Sánchez, A. (2013). Versión española de la “Escala de Catastrofización del Dolor”: Estudio Psicométrico en mujeres sanas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 21, N° 1. 137-156.
- (32) Limbäck, G., Lundberg, M., Östgaard, H., Kjellby, G. (2011). High degree of kinesiophobia after lumbar disc herniation surgery: A cross-sectional study of 84 patients. *Acta Orthopaedica*. 82(6). 732-736.
- (33) Latorre, P., Beneit, J.M. (1994). *Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- (34) Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca, Editores.
- (35) López, A., Gómez, L., Ruiz, G. (2009). Trastorno de estrés posttraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato (logía). *Escritos de Psicología*, Vol. 3, N° 1. 8-19.
- (36) Martín, J. (2003). El ABC de la Teoría Cognitiva. Extraído en 04.10.2019 desde <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- (37) Martín-Aragón, M., Pastor, M., Rodríguez-Marín, J., March, M., Lledó, A.(1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico, adaptación y validación de la Chronic Pain Self Efficacy Scale. *Rev. De Psicología de la Salud*, 11.1-2.
- (38) Martínez-Calderón J., Meeus M., Struyf F., Morales-Asencio, M., Gijón-Noguerón, G., Luque-Suárez, A. (2018). The role of psychological factors in the perpetuation of pain intensity and disability in people with chronic shoulder pain: a systematic review. *BMJ Open*. 8:e020703.
- (39) Miguel-Tobal, J.,Cano-Vindel, A., Casado, M., Spielberger, CD. (2001). *Manual del inventario de expresión de ira estado-rasgo*. Madrid. Tea Ediciones.
- (40) Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 12(10):e0186458. Published 2017 Oct 17. doi:10.1371/journal.pone.0186458
- (41) Minici, A. (2010). Desesperanza aprendida. *Rev.de Terapia Cognitivo Conductual*. N°19.1-5.
- (42) Miranda, J.P., Quezada, P., Caballero, P., Jiménez, L., Morales, A., Bilbeny, N., Vega, J.C. (2013). Revisión sistemática: Epidemiología del Dolor Crónico No Oncológico en Chile. *Revista El Dolor*, 59,10-17.
- (43) Moreno, E., Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa.: *Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 3, N° 1. 91-109.
- (44) Olivari, C., Urra, E. (2007) Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, Vol.13 (1). 9-15.
- (45) Peña y Lillo, S. (1990). El temor y la felicidad. Editorial Universitaria. Chile.
- (46) Pérez Guisado, J. (2006). Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev Cubana Ortop Traumatol*. 20(2).
- (47) Pincus, T., Vogel, S., Burton, A., Santos, R., Field, A. (2006). Fear Avoidance and Prognosis in Back Pain. *Arthritis and Rheumatism*, 54, 3999-4010.
- (48) Pincus, T., Smeets, R., Simmonds, M., Sullivan, M. (2010). The fear avoidance model disentangled: Improving the clinical utility of the fear avoidance model. *Clinical Journal of Pain*, 26, 739-46.
- (49) Rabah, E. (2016). El alivio del dolor en la práctica clínica. Ed.Mediterráneo, Santiago, Chile.
- (50) Remor, E., Amorós, M., Carrobes, J.A (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*. Vol.22, N°1. 37-44.
- (51) Rodríguez, L., Cano, F., Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp.Psiquiatría*, 32(2).82-91
- (52) Rodríguez, A. (2014). Revisión de factores psicológicos y estrategias para el manejo del dolor crónico lumbar desde diferentes Modelos Teóricos. *Rev. El Dolor* 62. 24 -34.
- (53) Sandín, B., Valiente, R., Pineda, D., García-Escalera, J., Chorot, P. (2018). Escala de síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD): datos preliminares sobre su estructura factorial y sus propiedades psicométricas. *Rev. de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23. 163-177.
- (54) Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Ed.Debate.
- (55) Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* . 55. 5-14.
- (56) Seligman, M., Steen, T., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress. *American Psychologist*, 60, 5. 410-421.
- (57) Seyler, A., Hernández-Guzmán, L., Freyre, M., González-Montecinos, M., Sullivan, M. (2014). Validez de la Escala de Catastrofización del Dolor. *Rev. El Dolor*, 61. 18-24.
- (58) Sharma, S., Moe-Nilssen, R., Kvåle, A., Børheim, A. (2017). Predicting outcome in frozen shoulder (shoulder capsulitis) in presence of comorbidity as measured with subjective health complaints and neuroticism. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 1-7.
- (59) Smits, J., Otto, M., Powers, M. & Baird, S. (2019). Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. En J. Smits, M. Otto, M. Powers & S. Baird (Eds.), *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (pp. 1-8). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/C2016-0-04837-4>
- (60) Soriano, J., Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, N° 84. 91-107
- (1) Terrazas, P., Gonzáles, B. (2017): Asociación entre kinesiofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un hospital de Lima. Tesis para optar al título de segunda especialidad en terapia manual ortopédica. Universidad Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud.
- (62) Tirado, M., Pastor-Mira, M., López-Roig, S. (2014). Autoeficacia, Catastrofismo, Miedo al Movimiento y Resultados de Salud en la Fibromialgia. *Anales de Psicología*, Vol. 30, N° 1.104-113.
- (63) Truyols, M., Pérez, J., Medinas, M., Palmer, A., Sesé, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clinica y Salud*, Vol. 19. N° 3. 295-320.
- (64) Truyols, M., Medinas, M., Pérez, J., Palmer, A., Sesé, A. (2010). Emociones Negativas en Pacientes con Lumbalgia Crónica. *Clinica y Salud*, 21(2), 123-140. Recuperado en 26 de octubre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000200002&lng=es&tlng=es.
- (65) Vallejo, M. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, N° 84. 41-58. Universidad Nacional de Madrid, España. Extraído el 10 de Enero del 2015 en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-4.pdf>.
- (66) Vallejo, M. (2008). Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clinica y Salud*, Vol. 19, N° 3. 417-430.
- (67) Vila, J (2016). Neurociencia afectiva: entre el corazón y el cerebro. Lección inaugural. Apertura año académico 2016-2017. Universidad de Granada, España.

- (68) Vinaccia, S., Cadena, J., Contreras, F., Juárez, F. y Anaya, J.M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 91-103.
- (69) Vlayen, J., Linton, S. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- (70) Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R., Van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62, 363-372.
- (71) Zamri, E., Moy, F., Hoe, V. (2017) Association of psychological distress and work psychosocial factors with selfreported musculoskeletal pain among secondary school teachers in Malaysia. *PLoS ONE* 12(2): e0172195. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172195>
- (72) Zavarize, S., Paschoal, M. & Wechsler, S. (2016). Effects of physiotherapy associated to virtual games in pain perception and heart rate variability in cases of low back pain. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. 14, 353-355.
- (73) Zuercher-Huerlimann, E., Stewart, J. A., Egloff, N., von Känel, R., Studer, M., & Grosse Holtforth, M. (2019). Internal health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: A retrospective study. *Journal of Pain Research*. 12, 2095–2099.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 20 de septiembre 2020 aceptado con corrección para Publicación el 01 de octubre 2020.

Correspondencia a:
Ps. Alejandra Rodríguez
Directora del Centro del Dolor CHILE.
Magíster en Psicología Clínica.
Magíster en Docencia.
E-mail: dirección@centrodeldolor.cl

Exploración de la Eficacia Analgésica de Dos Parches Transdérmicos Analgésicos de Opioides, Buprenorfina y Fentanilo, Según Sus Variaciones de Dosis en el Control del Dolor en Pacientes Paliativos Oncológicos.

Exploration of the Analgesic Efficacy of Two-Transdermal Analgesic Patches of Opioids, Buprenorphine and Fentanyl, According to Their Dose Variations in Pain Control in Palliative Cancer Patients.

López, M. de los Ángeles ⁽¹⁾; Ruz, Camila ⁽²⁾; Kramer, M. Verónica ⁽³⁾.

Resumen

Objetivo: El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo explorar la eficacia analgésica mediante la comparación de la respuesta analgésica de los parches transdérmicos (PTD) de buprenorfina y fentanilo en dolor oncológico y patrón de uso.

Material y Método: Se obtuvieron los datos y variables desde los registros clínicos de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Instituto Nacional del Cáncer (INC) que estaban bajo tratamiento en mayo del 2017. Se incluyó en este estudio a 78 pacientes con PTD, que representan el 13% de los pacientes en control mensual. De estos, 66 estaban bajo tratamiento con buprenorfina y 8 bajo tratamiento con fentanilo.

Resultados: Los resultados mostraron que el PTD de buprenorfina se utiliza más frecuentemente que el de fentanilo. El principal motivo de rotación fue dolor no controlado, seguido por imposibilidad de contar con la administración por vía oral. En pacientes con mayores intensidades de dolor somático o visceral se indicó fentanilo y en aquellos con componente neuropático se prefirió el uso de buprenorfina. PTD de fentanilo fue indicado en dosis mayores que buprenorfina, incluso al comparar sus dosis equianalgésicas, siendo la variación de dosis alta para ambos parches: aumentó en promedio 257%. Se logró una mejor respuesta analgésica con buprenorfina, con una variación de intensidad de escala numérica verbal (ENV) de 2,94 y 1,88 puntos de promedio para buprenorfina y fentanilo, respectivamente. Adicionalmente, se presentó mayor reacción local dérmica con fentanilo.

Conclusiones: Se evidenció diferencias en patrón de uso y, a diferencia de lo esperado, se obtuvo una mejor eficacia analgésica con buprenorfina. Datos que deben ser corroborados en estudios con mayor número de pacientes bajo tratamiento con fentanilo.

Palabras clave: Parche, Buprenorfina, Fentanilo.

Abstract

Objective: This study aims to explore analgesic efficacy comparisons of buprenorphine and fentanyl transdermal patches (TDP) in cancer pain and its usage pattern.

Material and Method: Data and variables were collected from patient's clinical reports who were admitted in the National Cancer Institute's (NCI) Palliative Care Unit (PCU) and were under treatment with TDP in May 2017. 78 TDP patients were studied and represented 13% of the monthly control patients in the PCU. Of these, 66 were under buprenorphine treatment and 8 under fentanyl treatment.

Results: The results showed that buprenorphine TDP is more frequently used than fentanyl TDP, and the main reason for exchange between them was uncontrolled pain, followed by oral administration impossibility. Fentanyl TDP was indicated in patients with higher somatic or visceral pain intensities and Buprenorphine TDP was preferred in patients with neuropathic pain. Fentanyl TDP was indicated in higher doses than buprenorphine, even when comparing its equianalgesic doses, the dose variation was high for both patches throughout the treatment: it increased on average by 257%. A better analgesic response was achieved with buprenorphine, with a variation of intensity of the Verbal Numerical Scale (VNS) of 2.94 and 1.88 average points, for buprenorphine and fentanyl respectively. Additionally, there was a higher local dermal reaction with fentanyl TDP.

Conclusions: Differences in usage patterns were evidenced and, unlike what was expected, better analgesic efficacy was obtained with buprenorphine TDP. This data should be corroborated in further studies with a greater number of patients receiving fentanyl treatment.

Key words: patches, Buprenorphine, Fentanyl.

Introducción

El tratamiento del dolor es fundamental en el manejo de los pacientes con cáncer avanzado. Por ser un síntoma invalidante, debe ser controlado para lograr una mejor calidad de vida y un buen morir. Estos pacientes, a pesar de su situación terminal, sobreviven cada vez más años debido al desarrollo de nuevos tratamientos, especialmente en contexto paliativo y de nuevas tecnologías⁽¹⁾.

(1) Licenciada en Odontología, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

(2) Cirujano Dentista, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

(3) Médico Internista y Farmacóloga Clínica, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago de Chile.

A pesar de la disponibilidad de guías clínicas, opioides y en un inicio las directrices entregadas con la promulgación de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aún es común ver subtratamientos⁽²⁾.

En nuestro país, el contar con un programa de alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado y posteriormente pasar a ser una prestación garantizada por el Estado a través del Fondo Nacional de Salud y las Garantías Explícitas de Salud (GES) en el sistema público e Isapres en el sistema privado, permite contar con estrategias para el manejo sintomático y del dolor en los pacientes oncológicos.

Existen varias alternativas terapéuticas de opioides y diversas vías de administración de analgésicos durante el proceso de la enfermedad oncológica. La vía de administración transdérmica es considerada como una mejor alternativa que la vía oral, al asegurar la adherencia al tratamiento en adultos mayores o para pacientes que necesitan cuidadores y no los tienen, para así facilitar el manejo y cumplimiento de estos. Por otro lado, la vía transdérmica y subcutánea son alternativas a la vía oral en pacientes que no pueden recibir tratamientos por esta vía, por diversos factores o causales como disfagia, mucositis, tumores intraorales, alteración de conciencia, etc.⁽³⁾.

En Chile existen dos formulaciones de opioides para uso transdérmico, fentanilo y buprenorfina. El fentanilo es un agonista total, cuya potencia es 80 a 100 veces mayor que la de la morfina, de origen sintético y muy liposoluble. Genera menor sedación, trastorno cognitivo y estreñimiento que la morfina, por la administración transdérmica⁽⁴⁾. Por otro lado, la buprenorfina, agonista parcial cuya potencia es 30 veces mayor a la morfina, también es liposoluble y también presenta menores efectos secundarios, pero al igual que los PTD de fentanilo, la analgesia perdura por varias horas después de ser retirado el parche⁽⁵⁻⁶⁾.

El propósito de este estudio es aportar información sobre las características de uso y efecto terapéutico de PTDs de buprenorfina y fentanilo en pacientes oncológicos en Chile. En la actualidad, no hay gran variedad de investigaciones que comparen estos tipos de parches, siendo ambos ampliamente utilizados en pacientes oncológicos y no oncológicos⁽⁷⁾. El objetivo es explorar la eficacia analgésica mediante la comparación de la respuesta analgésica de estos PTDs en los distintos tipos de dolor oncológico, en relación a: variaciones de dosis, variación de intensidad del dolor y periodo de uso de los PTDs. También, brinda información sobre el porcentaje del total de pacientes que usan este sistema analgésico y patrón de uso en los pacientes controlados en la UCP del INC al mes de mayo del 2017, información relevante en el momento de tener que establecer las necesidades para la programación de los distintos arsenales farmacológicos.

¿Existe diferencia en la eficacia analgésica de los PTDs de fentanilo y buprenorfina en los dolores oncológicos? La hipótesis del estudio es que el PTD de fentanilo presenta una mayor eficacia analgésica en los dolores por cáncer en comparación al PTD de buprenorfina, ya que el fentanilo se caracteriza por ser un opioide agonista total y de mayor potencia que buprenorfina.

Material y Método

El tipo y diseño epidemiológico del presente estudio es descriptivo, serie de casos. Se obtuvo la información de pacientes mediante registros computarizados de recetas que lleva la farmacia del hospital y de la revisión de los registros clínicos de los pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Instituto Nacional del Cáncer (INC), que en el mes de mayo del 2017 estaban bajo tratamiento analgésico con PTD.

Este trabajo se realizó con la aprobación previa del Comité de Investigación del INC el mes de mayo del 2017. No se realizaron intervenciones directas en los pacientes y la identidad de éstos fue resguardada consignando únicamente su número de registro para el posterior análisis.

Los investigadores identificaron a los pacientes mediante los registros de farmacia. La información necesaria fue extraída de sus respectivas fichas clínicas e ingresadas a hojas de cálculo Excel, donde se realizaron gráficos y los primeros análisis estadísticos. Los softwares utilizados fueron XLSTAT para Excel y Prism 7.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva. Las variables cualitativas se analizaron como promedio o porcentaje, y para aquellas cuantitativas, se verificó si la distribución de los datos era normal o no mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Se utilizó el test de Shapiro Wilk para PTD de fentanilo ($n < 50$) y el test de Kolmogorov Smirnov para PTD de buprenorfina ($n > 50$). Si los datos presentaban una distribución normal, se utilizó la prueba de T-Student para datos pareados, verificando si eran estadísticamente significativos con un 95% de confianza. En los casos de distribución no normal, se utilizaron sus análogos no paramétricos.

Las principales variables registradas y analizadas fueron las de eficacia:

- Variación de intensidad del dolor al inicio y al final del tratamiento con PTD.
- Promedio de variación de dolor intrapaciente.
- Variación de dosis al inicio y final del tratamiento con PTD.

Además, se recopilaron las siguientes variables con fines descriptivos: sexo, edad, opioide previo al uso de PTD, motivo de cambio al PTD, tipo de dolor principal, coadyuvante final utilizado y eventos adversos.

Las variaciones de intensidad de dolor se evaluaron mediante la Escala Numérica Verbal (ENV), la cual consiste en que el paciente cataloga su dolor entre los números 0 y 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y 10 el dolor más intenso imaginable⁽⁸⁾.

Los parches disponibles en la institución y que fueron utilizados en este periodo fueron de buprenorfina 35µg/h (Transtec® de laboratorio Grünenthal) y fentanilo 25µg/h (Durogesic® de laboratorios Janssen), ambos con una duración del efecto analgésico de 72 horas.

El factor de conversión entre opioides siempre se expresa en relación con la morfina oral, los cuales son sólo orientativos.

Con respecto a las conversiones con los parches transdérmicos, se encontró bibliografía con diferentes equivalencias, unas establecen que el efecto analgésico de un PTD de buprenorfina de 35 µg/h y un PTD de fentanilo de 25 µg/h es similar al generado por 60 mg/día de morfina⁽⁵⁻⁹⁾. Sin embargo, hay otras bibliografías que indican que 25 µg/h de fentanilo y que 52,5 µg/h de buprenorfina son equivalentes a 90 mg/día de morfina⁽¹⁰⁾.

En este trabajo se estableció que para calcular las dosis equianalgésicas entre la buprenorfina y el fentanilo, se ocupó un promedio entre ambas referencias señaladas anteriormente, siendo entonces 43,8 µg/h de buprenorfina equianalgésico a 25 µg/h respectivamente de fentanilo, en una relación de 1.75 entre buprenorfina y fentanilo.

Resultados

Durante el periodo estudiado, estaban bajo control mensual en la unidad de cuidados paliativos 611 pacientes, de éstos, 78 pacientes estaban utilizando PTD de analgésico en el mismo periodo, lo que representa un 12,8%. De los 78 pacientes, 6 pacientes fueron excluidos del análisis: 3 por extravío de fichas, 2 pacientes evaluados por interconsulta no pertenecientes a la UCP del INC y 1 paciente por datos incompletos de la ficha. Del total de los 72 pacientes estudiados, 64 pacientes eran usuarios de PTD de buprenorfina (89%) y 8 pacientes con PTD de fentanilo (11%). La edad promedio global fue de 62 años y el 61% eran mujeres.

a) Variables descriptivas:

Las variables descriptivas se detallan a continuación en la Tabla 1.

TABLA 1: Predominio de los datos descriptivos recolectados.

Categorías		Fentanilo (n=8)		Buprenorfina (n=64)		Promedio final	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Mujeres	6	75%	38	59%	44	61%
	Hombres	2	25%	26	41%	28	39%
Edad	Años	55		63		62	
Opiode previo	Sin opioide previo	1	13%	9	14%	10	14%
	Tramadol	4	50%	38	59%	42	58%
	Codeína	1	13%	4	6%	5	7%
	Buprenorfina*	0	0%	4	6%	4	6%
	Tramadol/Codeína	2	25%	1	2%	3	4%
	Buprenorfina/Tramadol*	0	0%	4	6%	4	6%
	Morfina	0	0%	4	6%	4	6%
Motivo de cambio	Dolor no controlado	8	100%	35	55%	43	59%
	Dolor no controlado/Taquicardia	0	0%	3	5%	3	4%
	Dolor no controlado/Hipersomnia	0	0%	1	2%	1	1%
	Dolor no controlado/Imposibilidad de vía oral	0	0%	5	8%	5	7%
	Imposibilidad de vía oral**	0	0%	9	14%	9	13%
	Baja adherencia a tratamiento	0	0%	2	3%	2	3%
	Polifarmacia	0	0%	3	5%	3	4%
	Taquicardia	0	0%	1	2%	1	1%
	Prurito/Decaimiento	0	0%	2	2%	1	1%
	Imposibilidad de vía oral/Baja adherencia a tratamiento	0	0%	2	3%	2	3%
	Dato omitido	0	0%	2	3%	2	3%
Tipo de dolor	Somático	5	63%	22	34%	27	38%
	Visceral	1	13%	8	13%	9	13%
	Neuropático	0	0%	14	22%	14	19%
	Somático/Visceral	2	25%	3	5%	5	7%
	Somático/Neuropático	0	0%	10	16%	10	14%
	Visceral/Neuropático	0	0%	2	3%	2	3%
	Dato omitido	0	0%	5	8%	5	7%
Coadyuvante final	Sin coadyuvante final	0	0%	18	28%	18	25%
	Lidocaína	2	25%	6	9%	8	11%
	Amitriptilina	0	0%	1	2%	1	1%
	Pregabalina	3	38%	28	44%	31	43%
	Gabapentina	0	0%	1	2%	1	1%
	Lidocaína/Gabapentina	0	0%	3	5%	3	4%
	Lidocaína/Pregabalina	2	25%	7	11%	9	13%
	Lidocaína/Amitriptilina/Pregabalina	1	13%	18	28%	1	1%
Reacción adversa	Sin reacción local en piel	6	75%	63	98%	69	96%
	Reacción local en piel	2	25%	1	2%	3	4%

*Paciente ya estaba utilizando buprenorfina antes del ingreso a la UCP.

**Disfagia o afagia, náuseas y vómito.

El principal opioide utilizado previo al uso de PTD en ambos casos fue tramadol en 50% o más, un 80% estaban utilizando opioide débil y sólo un 6% estaba utilizando un opioide potente como la morfina.

El principal motivo de rotación a PTD fue el dolor no controlado, siendo el único motivo para el caso de fentanilo y en buprenorfina un 53%. El segundo motivo más frecuente fue la imposibilidad de contar con la vía oral en un 14% y el tercero por baja adherencia al tratamiento en un 6%.

El tipo de dolor principal que presentaban los pacientes usuarios de fentanilo fue somático y/o visceral. En cambio, para buprenorfina, se observa distribución en todos los tipos de dolor, principalmente en dolor somático.

El uso de coadyuvantes estuvo presente en el 80% de los pacientes, siendo la pregabalina la más utilizada para ambos PTDs, ya sea sola o en asociación con otros fármacos.

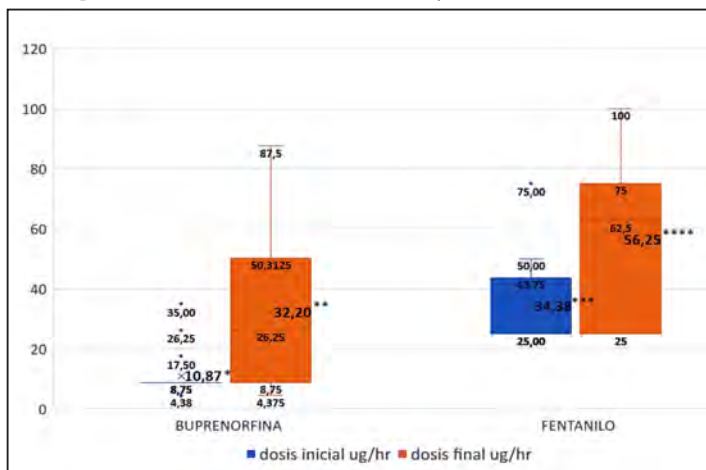
El único efecto adverso descrito fue una reacción local, eritema de piel, producida en un 25% tras el uso de PTD de fentanilo.

a) Variables de eficacia:

Al realizar el análisis de las variables de eficacia, se obtuvo mediante la prueba de Shapiro Wilk, que la “ENV inicial” fue la única con distribución normal. Por lo que para evaluar la variación del dolor se utilizó la prueba T-Student para datos pareados y la prueba no paramétrica para datos no-pareados. Para evaluar la variación de dosis se utilizó únicamente esta última. Mediante estos métodos se obtuvo que, tanto en la variación del dolor como en la de dosis, existen diferencias significativas.

Las variaciones de dosis medidas se graficaron mediante diagrama de cajas, en el cual los puntos representan los valores atípicos. Hay que considerar que las concentraciones de los parches de buprenorfina y fentanilo utilizados fueron de 35 y 25 µg/h, respectivamente.

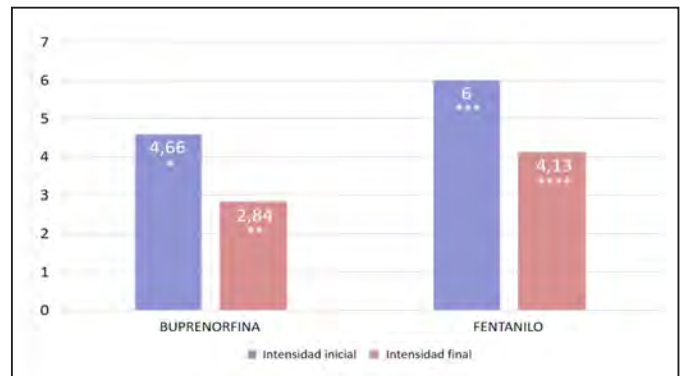
Figura 1: Variación de dosis de los parches estudiados.



* p-value >0,1. **p-value >0,1.
p-value <0,01. *p-value >0,1.

En la **Figura 1** se muestra que el promedio de dosis inicial de buprenorfina fue de 10,87 µg/h (1/3 de PTD), con una mediana de 8,75 µg/h (¼ de PTD), un mínimo de 4,38 µg/h (½ de PTD) y máximo de 35 µg/h (1 PTD). En cuanto a las dosis finales de buprenorfina, se obtuvo un promedio de 32,2 µg/h (0,92 PTD), con una mediana de 26,25µg/h (3/4 de parche), un mínimo de 4,38 µg/h (½ de PTD) y máximo de 87,5 µg/h (2 ½ PTD), variación de dosis que resultó estadísticamente significativa. Para fentanilo se obtuvo un promedio de dosis inicial de 37,5 µg/h (1 ½ de PTD) con una mediana de 25 µg/h (1 PTD), un mínimo de 25 µg/h (1 PTD) y máximo de 75 µg/h (3 PTD). En cuanto a las dosis finales de fentanilo, se obtuvo un promedio de 56,25 µg/h (2 ¼ de PTD), con una mediana de 62,5 µg/h (2 ½ de PTD), un mínimo de 25 µg/h (1 PTD) y máximo de 100 µg/h (4 PTD), variación de dosis no alcanzó significancia estadística.

Figura 2: Promedio de intensidades de dolor en ENV.



* p-value >0,1. **p-value >0,1.
p-value >0,5. *p-value >0,1.

En la **Figura 2** se muestran las intensidades promedio de dolor medidos en ENV y las variaciones promedio e interpaciente. Como resultado se observa que de la intensidad de dolor inicial en pacientes usuarios de PTD de buprenorfina fue menor que en los usuarios de fentanilo, y que el promedio de las intensidades de dolor final en el periodo de observación, también fue menor en los tratados con buprenorfina. Al evaluar la respuesta analgésica mediante la diferencia en la caída del ENV interpaciente e intrapaciente, no se observa una diferencia en reducción interpaciente, 1,82 puntos con buprenorfina y 1,87 puntos con fentanilo, pero sí existe una diferencia significativa de la variación intrapaciente para buprenorfina y no así para fentanilo.

Se obtuvo que las dosis iniciales y finales entre ambos PTD no son comparativamente equianalgésicas según el cálculo propuesto en metodología **Tabla 2**.

TABLA 2: Resumen de valores promedios y variación de dosis por PTD e intensidades de dolor medido por ENV.

	Buprenorfina (B)	Fentanilo (F)	Relación dosis (B/F)*
Promedio dosis inicial ($\mu\text{g/h}$).	8,75	37,5	0,23
Promedio dosis final ($\mu\text{g/h}$).	31,85	56,25	0.56
Incremento de dosis (%).	364**	150	-
Promedio ENV inicial.	4,66	6	-
Promedio ENV final.	2,84	4,13	-
Diferencia promedio ENV.	1.82	1.87	
Variación intrapaciente de ENV.	2.94	1.88	-

(*) Equianalgesia $43,8 \mu\text{g/h}$ Buprenorfina = $25 \mu\text{g/h}$ Fentanilo; relación B/F = 1,75. (**) Estadísticamente significativo.

Destacando que la dosis promedio de buprenorfina fue comparativamente más baja en relación con las dosis de fentanilo, con una relación de dosis buprenorfina/fentanilo inicial de 0,23 y final de 0,56.

La selección de la dosis utilizada inicial se podría correlacionar a que los pacientes que se rotaron a fentanilo tenían una ENV inicial más alta, de 6 puntos, versus 4,66 de buprenorfina. El incremento de dosis durante el periodo de observación para ambos analgésicos fue alto, un 334% para el PTD de buprenorfina, y 133% para el de fentanilo, pero sólo estadísticamente significativo para buprenorfina.

Discusión

La vía transdérmica para uso analgésico en el paciente en cuidado paliativo es una alternativa segura y eficaz, pero su uso en nuestro medio es limitado fundamentalmente por el presupuesto asignado, contención de costos y el protocolo institucional de indicaciones de PTD, observándose una frecuencia de uso o indicación en nuestra población de pacientes de un 12.8% , cifra algo inferior a años previos donde se tuvo porcentajes entre 14% y 16%, los años 2012 y 2016, respectivamente, información obtenida de registro de farmacia.

A la luz de los resultados donde se encontró un número bajo de pacientes utilizando PTD de fentanilo, el objetivo, más que determinar la eficacia de los fármacos, fue describir y analizar su uso basándose en la población en estudio. Mediante información aportada por profesionales médicos de la unidad, el bajo uso de fentanilo se podría explicar por la dificultad de fraccionamiento dado al tamaño de su presentación. Investigaciones con mayor tamaño muestral serán necesarias para evaluar la efectividad analgésica entre ambos PTDs.

La gran mayoría de los pacientes, previo a la rotación de PTD, estaban utilizando opioides débiles como tramadol, es decir, el segundo peldaño de la escalera analgésica de la OMS. Sólo un 12% estaba bajo el tercer peldaño. Esto concuerda con la estrategia de avance de OMS II a OMS III cuando el dolor no es controlado, por ende, pasa de tramadol o codeína a opioides más potentes como son buprenorfina y fentanilo.

En cuanto a la indicación, se evidenció diferencias en la selección de fentanilo o buprenorfina, siendo el dolor no controlado el único motivo para rotar a fentanilo, además en aquellos pacientes que presentaban una mayor intensidad de dolor, selección que pudo estar influida considerando la potencia mayor de fentanilo respecto a la buprenorfina⁽¹¹⁻¹²⁾. Por otra parte, en el uso de PTD de buprenorfina, el segundo motivo, además del dolor no controlado, fue lograr analgesia en pacientes que no presentaban disponibilidad de la vía oral, ya sea por tumor intraoral, disfagia, náuseas y vómitos, o porque existía polifarmacia o baja adherencia al tratamiento, por tanto, en este estudio se encontró que la primera opción de analgesia transdérmica, cuando la vía oral se ve comprometida, es la buprenorfina.

Respecto a la selección del PTD según tipo de dolor, también se observó diferencia entre ambos, destacando que el fentanilo sólo se utilizó para dolor somático o visceral y se prefirió buprenorfina cuando hubo componente neuropático en el dolor. Esto podría ser explicado porque se describe que la buprenorfina tendría un mayor efecto sobre el componente neuropático que el fentanilo⁽¹³⁾. En contraste con el estudio desarrollado en Dinamarca⁽¹⁴⁾, en esta investigación no se pudo verificar la eficacia analgésica de cada PTD con relación al tipo de dolor, ya que este dato se utilizó con fines descriptivos y sólo se registró el dolor principal del paciente antes del uso de cada PTD.

Las dosis mayores de PTD de fentanilo estarían en relación, por un lado, a que se indicó en pacientes con dolor más severo y probablemente con dosis mayores del opioide previo, pero también se debe considerar que, dado al tamaño del PTD, el fraccionamiento se ve limitado, cosa que no ocurre con PTD de buprenorfina y, por tanto, si se requiere dosis menores de opioides por vía transdérmica, se prefiere el uso de este último. Por tanto, esto afectaría secundariamente la posibilidad de incremento de dosis, lo que se refleja en este estudio al encontrarse mayor incremento de dosis con buprenorfina, 2,5 veces más que el fentanilo y esto a su vez explicaría la mayor respuesta analgésica en términos de reducción de ENV intrapaciente.

Al igual que en el estudio realizado en Suecia el año 2013⁽¹⁵⁾, a medida que se va avanzando en el tratamiento, se van aumentando las dosis de los fármacos administrados. En el estudio suizo, se describe que hubo un aumento de dosis de 4 µg/h, en tratamientos que duraron en promedio 260 días (0,7 años aproximadamente). Sin embargo, en comparación a este estudio, se obtuvo un incremento de 17 µg/h en un promedio de 1,8 años tras la administración de buprenorfina y de 21,9 µg/h en 1,25 años con fentanilo.

El uso de coadyuvantes se explica porque un alto porcentaje de pacientes presentó un componente neuropático del dolor. Llama la atención el uso de coadyuvantes en el grupo de fentanilo, considerando que no estaba descrito el componente neuropático para su uso. Sin embargo, al registrar únicamente el dolor principal de cada paciente, la indicación de la pregabalina podría deberse a un componente secundario del dolor.

En relación a los efectos adversos, concuerda con la literatura la menor incidencia en comparación con otras vías de administración de opioides, y en este estudio solo se reportó reacción local en 25% de pacientes con PTD de fentanilo, siendo mayor de lo reportado en otro estudio, en el que la erupción cutánea fue de un 8%⁽¹⁶⁾. Cabe destacar que este dato debe ser contrastado con un número mayor de pacientes que estén siendo tratados con fentanilo para tener validez.

La validez externa de este estudio pudo haberse visto comprometida en relación con el bajo número de pacientes que usó PTD de fentanilo. En cuanto a la validez interna, esta no fue comprometida, pero existen riesgos al momento de recolectar datos, a causa de que las fichas clínicas estaban escritas a puño y letra de los médicos tratantes, dificultando la lectura y traspaso de la información, al igual que el traspaso de datos en el programa Excel.

En suma, en este estudio se evidenciaron diferencias en el patrón de uso entre PTD de buprenorfina y fentanilo en lo referente al motivo de rotación, tipo de dolor e intensidad. En cuanto a respuesta analgésica con las limitaciones descritas previamente, sí podemos plantear que al posibilitar un mayor incremento de dosis con el PTD de buprenorfina, se logra una mayor respuesta de eficacia analgésica, evidenciado por la caída del ENV. Esto último deberá confirmarse con una mayor muestra de pacientes con PTD de fentanilo, que es la principal limitante de este estudio.

Agradecimientos

Dedicamos este trabajo a todos los equipos de salud que trabajan día a día para mejorar la salud y calidad de vida de pacientes oncológicos.

Nuestros más profundos agradecimientos a nuestra docente, Doctora Teresa Pelissier S., por motivarnos y orientarnos desde el principio para la realización de este estudio. También agradecemos encarecidamente a Doctora Verónica Kramer, Jefa de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional del Cáncer, por confiar en nosotras y guiarnos con paciencia y dedicación durante el desarrollo y confección de este trabajo.

Referencias Bibliográficas

- (1) Jiménez-León, 2015. Glare PA, Pamela S, Davies PS *et al.* Pain in cancer survivors. *J Clin Oncol* 2014; 32: 1739–1747.
- (2) Greco MT, Roberto A, Corli O *et al.* Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of under treatment of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2014; 32: 4149–4154
- (3) Mercandante, 2017
- (4) Flórez J, Armijo Juan, Martínez A. *Farmacología humana*. 4ta ed. Barcelona: Elsevier; 2003. 461–468.
- (5) De Revisión A, Rodríguez R, Daza P, Fernando Rodríguez M. Uso de buprenorfina transdérmica en el alivio del dolor por cáncer. Vol. 34, *Buprenorfina transdérmica Rev. Col. Anest.* 2006.
- (6) Muriel C. Presentación novedosa de la buprenorfina por vía transdérmica. *Revista Sociedad Española del Dolor.* 2001;35–6.
- (7) Ahn JS, Lin J, Ogawa S, Yuan C, O'Brien T, Le BH, *et al.* Transdermal buprenorphine and fentanyl patches in cancer pain: a network systematic review. *Journal of Pain Research [Internet].* 2017; 10–1963. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/JPR.S140320>
- (8) Montero Ibáñez R, Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. *Rev Jano.* 2005;527–30.
- (9) Alonso A. Tratamiento con opioides del dolor oncológico. *Medifam.* 2003; 13:9–19.
- (10) Saila O, de Sanidad D, de Sanidad M, Consumo Y. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos [Internet].* [cited 2020 Oct 9]. Available from: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>
- (11) Torres LM, Calderón E, Rey RM. *Fentanilo transdérmico (Durogesic®): características farmacológicas y aplicación clínica.* 1999.
- (12) World Health Organization. *Cancer pain relief.* WHO library. 1996;25–9.
- (13) Khosravi P, Castillo A, Pérez G. Manejo del dolor oncológico. *En Medicina Interna.* 2007; 24:554–7.
- (14) Andresen T, Upton RN, Foster DJR, Christrup LL, Arendt-Nielsen L, Drewes AM. Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Relationships of Transdermal Buprenorphine and Fentanyl in Experimental Human Pain Models. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology [Internet].* 2011 Apr 8 [cited 2020 Oct 9]; 108(4):274–84. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1742-7843.2010.00649.x>
- (15) Lesén E, Ericson L, Simonsberg C, Varelius R, Björholt I, Söderpalm B. Dose Patterns among patients using low-dose buprenorphine patches. *Pain Medicine (United States) [Internet].* 2013 [cited 2020 Oct 9];14(9):1374–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23692014/>
- (16) Betlloch Mas I, Francisco Silvestre Salvador J. Aspectos cutáneos de los sistemas terapéuticos transdérmicos. *Piel.* 2002 Jan 1;17(1):18–26.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 26 de noviembre 2020 aceptado sin corrección para publicación el 30 de noviembre 2020.

Correspondencia a:
Dra. María de los A. López S.
Licenciada en Odontología.
E-mail: angeleslopezsc@gmail.com
Santiago. Chile.

Manejo Clínico de los Niños y Adolescentes ante la Pandemia de COVID-19.

Clinical Management of Children and Adolescents in the COVID-19 Pandemics.

Wilson, Astudillo ⁽¹⁾; Salinas, Antonio ⁽²⁾; Píolatti, Andrés ⁽³⁾; Bastos, Zemilson ⁽⁴⁾; Comba, Jhon ⁽⁵⁾; Mendinueta, Carmen ⁽⁶⁾; Fernández, Rodrigo ⁽⁷⁾; Zapata, Ricardo ⁽⁸⁾; Díaz, Elizabeth ⁽⁹⁾; Ruiz, Rosana ⁽¹⁰⁾; De la Fuente, Carmen ⁽¹¹⁾.

“La Medicina es una ciencia social y la política no es más que Medicina en una escala más amplia.”

Rudolf Virchow (1821-1902)

Padre de la patología moderna y fundador de la medicina social.

Resumen

Introducción: La rápida diseminación de un nuevo coronavirus 2, designado como SARS-CoV-2 por el Síndrome agudo respiratorio grave que provoca, ha promovido una pandemia global con más de 83.516.987 de infecciones y más de 1.818.336 de muertes hasta el 31 de diciembre de 2020 (Fuente: Johns Hopkins Center for Systems Science and Engineering).

La incidencia en la población pediátrica es menor que en la adulta, en torno al 0,8-10 %⁽¹⁻⁵⁾. Según los datos disponibles, los niños y adolescentes tienen síntomas leves o moderados y un mejor pronóstico en relación a los adultos, y el curso de la enfermedad tiende a ser más severo en lactantes y en niños con patologías subyacentes, habiéndose reportado casos graves con hipotensión y afectación sistémica^(1,5-7). Si bien existen todavía pocos datos publicados, revisaremos la presentación de la COVID 19 en los niños: detección, severidad, prevención, tratamientos, sus problemas sociales y el más reciente síndrome inflamatorio multisistémico.

Palabras clave: COVID-19, niños, cuidados paliativos, problemas sociales, síndrome pediátrico inflamatorio multisistémico.

Abstract

Introduction: The rapid spread of a new coronavirus 2, designated as SARS-CoV-2 because of the severe acute respiratory syndrome it causes, has promoted a global pandemic with more than 83.516.987 infections and more than 1.818.336 deaths as of December 31, 2020 (Source: Johns Hopkins Center for Systems Science and Engineering).

The incidence in the pediatric population is lower than in the adult, around 0.8-10 %⁽¹⁻⁵⁾. According to the available data, children and adolescents have mild or moderate symptoms and a better prognosis in relation to adults, and the course of the disease tends to be more severe in infants and children with underlying pathologies, with severe cases with hypotension having been reported and systemic involvement^(1,5-7). Although there are still few published data, we will review the presentation of COVID 19 in children: detection, severity, prevention, treatments, its social problems and the most recent multisystemic inflammatory syndrome.

Key words: COVID-19, children, palliative care, social problems, pediatric multi-system inflammatory syndrome.

Epidemiología

La COVID-19 afecta a los niños con una incidencia variable^(1,2) < 1 año: 15 %, 1 a 4 años: 11 %, 5 a 9 años: 15 %, 10 a 14 años: 27 %, 15 a 17 años: 32 %. Se contagian generalmente de un adulto por exposición en el hogar⁽¹⁾. No está clara la transmisión de unos niños a otros, aunque existen trabajos que sugieren que los niños asintomáticos pueden desempeñar un papel en la transmisión y que el contagio en menores de 18 años puede llegar a un 27 %⁽⁶⁾. En Wuhan lo fueron un 20 %⁽⁷⁾. Un caso confirmado de COVID-19 es aquel paciente en el que se ha detectado el SARS-CoV-2 mediante la positividad del test RT-PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), la prueba gold standard en cualquier muestra clínica (vía respiratoria, sangre, heces o LCR). En el estudio multicéntrico multinacional de Götzinger *et al*, 2020⁽⁸⁾ 582 niños y adolescentes con COVID-19 de 77 instituciones europeas de 21 países cumplieron estos criterios diagnósticos y clínicos y se había localizado el caso índice. El 78% de los niños (454) provenía de centros terciarios

(1) Neurólogo. Presidente de Paliativos Sin Fronteras. San Sebastián España.

(2) Oncólogo. Hospital Virgen de la Candelaria. Tenerife. Vicepresidente 2º de PSF España.

(3) Pediatra. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

(4) Anestesiista. Rio de Janeiro. Brasil. PSF Brasil.

(5) Patólogo. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

(6) Médica general. San Sebastián.

(7) Anestesiólogo, Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras.

(8) Pediatra H. Peñaflores Chile, Médico PSF Chile.

(9) Anestesiista. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima. Perú.

(10) Oncología. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima. Perú.

(11) Internista. Vicepresidente 1 de PSF España.

o cuaternarios, 9% (54) de secundarios y 13% (74) de atención primaria. La edad media fue de 5 años (3 días a 18 años), siendo la proporción de 1,15 niños por cada niña. El origen de infección más frecuente fue un padre en 324 (56 %) y un hermano para 24 (4%) de individuos. En 234 (40 %) restante se debió a una persona ajena. El primer día se define como el día en que aparece el primer síntoma⁽¹⁻⁵⁾.

Si bien la causa por la que la COVID-19 sea menos común y severa en los niños y adolescentes que en los adultos no está clara, existen varias hipótesis: que un mecanismo molecular haga que los niños sean menos susceptibles a la infección; que estos tengan menos receptores ACE2, que es la proteína de entrada del virus en el organismo; que el cumplimiento del calendario vacunal les proporcione una hiperestimulación inmunológica que promueva una interferencia viral en el tracto respiratorio de los niños y reduzca la carga viral de SARS-CoV-2^(1,5-8). Un estudio de Jones T. *et al*, 2020, sobre la carga viral de los niños entre 0-6 años, revela que ésta no difiere significativamente de los adultos y que los niños pueden ser menos sintomáticos y tan infecciosos como los adultos, lo que puede tener importancia en una más alta probabilidad de transmisión, por la mayor actividad física y cercanía social de los niños⁽⁹⁾. Se necesitan más estudios sobre carga viral que confirmen estos resultados.

Formas de presentación: Es esencial determinar el nivel de asistencia que requieren los niños para planificar la respuesta a la pandemia. Para Chiotos, *et al* 2020⁽¹⁰⁾, se pueden clasificar según su clínica en:

- **Leve o moderada:** No se requiere un nuevo o un mayor suplemento de oxígeno.
- **Grave:** Nuevo requerimiento de oxígeno suplementario o aumento del basal a menos de que exista una nueva necesidad de apoyo ventilatorio (no invasivo o invasivo).
- **Crítica:** Necesidad nueva o aumentada de ventilación no invasiva o invasiva, sepsis, fallo multiorgánico o empeoramiento clínico rápido.

En un estudio de Liguoro, *et al*, en 2020⁽¹¹⁾, 7.480 niños menores de 18 años con diagnóstico confirmado de COVID-19, con una media de edad de 7,6 años, de Italia, 44 %; de EE. UU, 34 %; y chinos, 18,2 %: 15 % fueron asintomáticos; 42 %, leves; 39 %, moderados (con evidencia clínica y radiológica de neumonía, sin hipoxemia), 2%, graves (con disnea, cianosis central e hipoxemia), 0,7 %, críticos (con síndrome respiratorio agudo, insuficiencia respiratoria y shock), falleciendo, 6 (0,08 %). La presencia de marcadores inflamatorios elevados (Prot.C Reactiva, procalcitonina, interleukina 6, HDL, ferritina y dímero D) al ingreso o en la hospitalización está asociada a enfermedad grave. Es también posible la aparición del síndrome inflamatorio multisistémico en niños, que veremos más adelante. Los médicos deben tratar de identificar pronto a los pacientes de alto riesgo e informar a la familia de que se restringirán los contactos en su traslado y cuidado por las políticas institucionales de control de la infección y aislamiento⁽²⁻¹²⁾.

Hallazgos clínicos: Los síntomas en la COVID-19 son similares en niños y adulto^(1,2-5). Si bien la mayoría tiene una

enfermedad asintomática, leve o moderada que se recupera en una a dos semanas desde el inicio, se han reportado casos severos de neumonía, insuficiencia renal y muerte^(1,6).

TABLA 1: En niños menores de 12 meses se incluyen como hallazgos adicionales: dificultad para comer y fiebre sin causa aparente ⁽¹³⁾.

Frecuencia de los síntomas	% 0-9 años	% 0-9 años
Fiebre, tos, dificultad o disnea	63	63
Mialgia	10	10
Rinorrea	13	13
Cefaleas	15	15
Náuseas/vómitos	10	10
Dolor abdominal	7	7
Diarrea	14	14
Pérdida de olfato o gusto	1	1

La fiebre mayor de 38° fue la presentación más frecuente en el trabajo de Götzinger⁽⁸⁾, seguida de los síntomas respiratorios y gastrointestinales. Los cambios cutáneos son ocasionales e incluyen erupciones maculopapulares, urticariales y vesiculares. En relación a los síntomas neurológicos, Li Y, Li H, *et al*⁽¹⁴⁾ estudiaron a 22 niños de entre 0,8 y 72 meses (media de edad: 36 meses) por cefaleas, rigidez de nuca y crisis comiciales, detectando una infección sospechosa del SNC y anticuerpos IgM de coronavirus en suero, LCR o ambos. Diez de estos niños tuvieron pleocitosis y 8, anomalías en la imagen cerebral, pero todos se recuperaron. El 16% (92) fue asintomático.

Hallazgos de laboratorio: El hemograma fue normal en la mayoría de los casos. Un 17 % tuvo leucopenia y un 13 % neutropenia o linfopenia. Un tercio de pacientes tuvo una elevación de la proteína C reactiva > 5 mg/l, o procalcitonina elevada > 0,5 ng/ml. También se han detectado elevaciones de la CPK, transaminasas y HDL. El aumento notable de marcadores inflamatorios y la linfopenia pueden indicar un síndrome inflamatorio multisistémico. En el 46 % de niños con un curso de enfermedad grave se puede apreciar una disfunción renal^(1,2,5-15).

Hallazgos de imagen: Pueden estar presentes antes que los síntomas. Es posible encontrar hasta un 47 a 57 % de anomalías radiológicas⁽³⁻⁸⁾. Entre los hallazgos más frecuentes se aprecian neumonía, pequeños derrames pleurales, consolidaciones alveolares focales y atelectasias^(1,5-8), de Liguoro *et al*, 2020⁽¹¹⁾ entre los 605 niños a los que se hizo un TAC torácico, encontraron que 33 % fueron normales, 29 % tuvo opacidades tipo vidrio deslustrado y en 27 % y 23 % se describieron hallazgos unilaterales o bilaterales inespecíficos⁽¹¹⁻¹⁶⁾. En la TAC o ecografía abdominal se observó líquido libre, ascitis, inflamación intestinal y mesentérica, incluyendo ileitis terminal, adenopatías/adenitis mesentérica y edema perivesicular^(1,2,5-16).

Manejo Clínico

Domicilio: Los niños con COVID-19 sospechada o documentada con síntomas leves (fiebre > 38° tos, faringitis, y otros síntomas respiratorios), deberán ser tratados en casa⁽⁵⁾. Dado que todavía no hay tratamiento específico ni vacuna para el virus, la atención en estos casos se orientará a proporcionar un cuidado de soporte y a la prevención de la transmisión mediante aislamiento, al control del posible deterioro clínico y cuidado de apoyo, siguiendo los controles habituales para los síntomas molestos, y a la prevención de transmisión a través de evitar la dispersión buco-nasal por medio de mascarillas, la higiene de manos con agua y jabón, el uso de desinfectantes con alcohol y geles (cuando sea posible y con seguridad), mantener la distancia social (que incluye a los amigos o miembros de la familia) y evitar el contacto con animales. Los CDC⁽²⁾ en los Estados Unidos recomiendan mascarillas a todos los individuos mayores de 2 años en sitios públicos donde la distancia social pueda ser difícil de mantener. Dada la posibilidad de transmisión de los asintomáticos, los CDC sugieren no reunir a los niños con otros de la zona, procurar seguir con la distancia de 1,5 metros y aislar a los afectados en habitaciones separadas, evitando compartir almohadas, mantas, utensilios y el baño^(1,2,5,15-16).

La duración óptima del aislamiento es incierta porque no se conoce cuánto tiempo una persona permanece infecciosa, si bien parece haber un amplio margen, de 11 a 20 días, siendo la duración mayor para los sintomáticos que los asintomáticos (17 vs 11 días). Si los pacientes son más complejos o con mayor riesgo por padecer una enfermedad cardíaca congénita, trastornos neurológicos, genéticos, o metabólicos que puedan aumentar el compromiso inmunológico, se advertirá a sus cuidadores que requerirán reevaluación e ingreso urgente si presentan alguno de estos síntomas que tienden a aparecer a la semana del inicio de los síntomas^(1,2,5,8-9):

- Respiración dificultosa (en lactantes: quejido, cianosis central, rechazo alimentario).
- Dolor torácico o sensación de presión.
- Labios o rostro azulado.
- Hallazgos asociados con shock (p.ej. frialdad, calosfríos, piel moteada, confusión, dificultad para despertarse, micción disminuida).

Se prestará una especial atención a los niños con Síndrome de Down (SD), porque tienen cambios crónicos en su sistema inmunológico que les predispone a una mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes y mortalidad por infecciones virales, como el virus respiratorio Sincitial y el H1N1, bacterianas y sepsis⁽¹⁷⁻²³⁾. Tienen marcadores de inflamación crónica, incluso en ausencia de infecciones detectables, con hiperactividad relacionada con el interferón, altos niveles de citoquinas inflamatorias, lo que les hace más vulnerables en la COVID-19. Tienen 16, 8 y 335 más probabilidades respectivamente de hospitalización, intubación y muerte que los pacientes sin SD⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Ingreso hospitalario: Son candidatos a ingreso los pacientes con una afectación grave o enfermedad de tracto respiratorio inferior, en particular si son menores de un mes, con condiciones médicas preexistentes o compromiso inmunológico, fiebre, signos o síntomas del tracto respiratorio inferior, signos radiológicos de neumonía y coinfección viral, por ser más proclives a requerir apoyo respiratorio o inotrópico, lo que tiene importantes implicaciones para planificar el servicio y las necesidades de UCI en el invierno^(1,5,8-24).

TABLA 2: Condiciones patológicas que aumentan el riesgo de enfermedad grave⁽¹⁻⁵⁾.

• Condiciones que comprometen la inmunidad (tratamiento quimioterápico, trasplante reciente de células hematopoyéticas, trasplante de órganos sólidos, infección VIH (con CD4 ≤ 15 %) y síndrome de Down ⁽¹⁶⁻²³⁾).
• Enfermedades cardíacas (miocardiopatía, enfermedad cardíaca congénita cianótica no reparada), respiratorias y neurológicas crónicas.
• Lactantes con antecedentes de prematuridad.
• Enfermedad neuromuscular con aclaramiento respiratorio alterado.
• Diabetes tipo I pobremente controlada.
• Obesidad grave.
• Presentación inicial de enfermedad COVID-19 severa.

El cuidado de soporte (apoyo respiratorio, hidratación, monitoreo del síndrome de liberación de citoquinas) es la base de atención en la enfermedad severa⁽⁵⁾. En general, muy pocos niños (2,5-4,1 %) con COVID-19 requieren hospitalización⁽²⁵⁾. De los 582 individuos afectados del estudio de Götzinger⁸, 363 (62%) fueron admitidos al hospital y 48 (8%) requirieron ingreso en una UCI para soporte adicional, esto es un 13 % de los hospitalizados. Este mayor número de ingresos pudo deberse a su mayor gravedad. Más de la mitad, en concreto, 379 niños (65 %), tuvo signos y síntomas de tracto respiratorio superior y un cuarto, del inferior. La presencia de enfermedades previas aumenta la hospitalización. Se ofrecerán cuidados de soporte (líquidos y apoyo electrolítico, control del síndrome de liberación de citoquinas) como la principal terapia a todos los pacientes pediátricos, en especial a los que tengan COVID-19 severa o crítica, por la mejoría de la calidad de vida que éstos ofrecen. En los niños la afectación respiratoria parece tener un curso más benigno que en los adultos, donde existe típicamente una neumonía intersticial severa y una hiperactivación de la cascada inflamatoria. El tratamiento sintomático es similar para los síndromes respiratorios altos y gastrointestinales. Estas medidas^(1,2-5) se reflejan en la Tabla 3.

TABLA 3: Medidas de soporte hospitalario en la COVID-19^(1,8)

<ul style="list-style-type: none"> • Provisión de apoyo respiratorio, oxígeno suplementario y apoyo ventilatorio (no invasivo o invasivo); el estatus respiratorio puede cambiar de forma súbita en la primera semana de los síntomas. • Adecuada provisión de líquidos y electrolitos.
<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de antibióticos empíricos en caso de una neumonía asociada y continuación de antibioticoterapia según cultivos.
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del síndrome de liberación de citoquinas a través del control tensional por posible hipotensión, saturación de oxígeno por posible hipoxemia y biomarcadores.
<ul style="list-style-type: none"> • Pulsioximetría para evaluar la hipoxemia.
<ul style="list-style-type: none"> • Proteína C reactiva basal, dímero D, ferritina y HDL basales y control dos a tres veces por semana o si existe alguna causa de preocupación de agravamiento de la enfermedad.

Tratamiento antiviral: No existen actualmente opciones de tratamiento antiviral de probada eficacia en la COVID-19, por lo que se recomienda que éste se considere de forma individual y se haga dentro del contexto de un estudio clínico^(24,25). Podría estar justificado en la enfermedad grave o crítica, o bien de tipo leve o moderada con una condición subyacente que vaya en aumento o pueda agravar el riesgo de enfermedad severa. En estos casos se sugiere remdesivir, que parece ser moderadamente beneficioso y bien tolerado en adultos, en particular en los pacientes que no están críticamente enfermos^(1,2,5-8). Parece que no aumenta la supervivencia, pero sí reduce el tiempo de estancia hospitalaria. Un comité de expertos se inclinó por su empleo sobre otros agentes, basados en los datos in vitro y estudios animales, incluyendo en primates no humanos, y datos recientes sobre el empleo compasivo en humanos⁽²⁵⁾. Su dosificación se hará según peso^(1,2-5):

- ≥ 3.5 a < 40 kg: 5 mg/kg intravenoso (IV) dosis de carga el día 1, seguida de 2.5 mg/kg IV c/ 24 h por 5 a 10 días (5 días para aquellos con respuesta clínica rápida).
- ≥ 40 kg: 200 mg IV dosis de carga el día 1, seguida por 100 mg IV c/24 h por 5 a 10 días (5 días para aquellos con respuesta clínica rápida).

En algunos países, como Italia y España, las Guías Nacionales indican el empleo de hidroxiquina^(5,8-26), mientras que en otros países se requieren más datos. Se piensa que la hidroxiquina altera el pH endosomal y lisosomal, inhibiendo la replicación viral y la propagación, aunque no se conoce el mecanismo exacto de su actividad antiviral. Fue el antiviral más usado en 40 (7%) de pacientes de Götzinger⁽⁸⁾, seguido del remdesivir en 17 (3%)⁽⁸⁾. Su eficacia es incierta en niños en la COVID-19. Para Daville⁽¹⁻⁵⁾ y la FDA⁽²⁷⁾, no debe administrarse remdesivir con hidroxiquina o cloroquina porque la coadministración puede reducir la actividad antiviral, por lo que se sugiere no usarla y se suspendió su indicación en base a un informe hoy científicamente desacreditado. En España se están realizando tres ensayos clínicos rigurosos con este fármaco para estudiar si es eficaz en las personas en residencias, en las embarazadas y en los profesionales sanitarios. En espera de sus resultados, la Agencia Española de Medicamentos⁽²⁸⁾

recordó en mayo de 2020 que es un tratamiento potencial para COVID-19 en pacientes con enfermedad leve/moderada con factores de riesgo de mala evolución y que deberá evitarse en niños con anomalías de QTc y en los que toman medicinas como la azitromicina, por sus interacciones:<https://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>. Recomienda que su empleo sólo se hará en pacientes hospitalizados con la supervisión adecuada, porque puede conducir a una severa toxicidad, inclusive la muerte⁽²⁸⁾. El número de niños que ha recibido tratamiento antiviral o inmunomodulador es todavía pequeño para sacar conclusiones⁽⁸⁾. Se están realizando estudios con hidroxiquina, lopinavir, ritonavir, favipiravir, remdesivir y con inmunomoduladores, por incertidumbres sobre opciones de tratamiento específicas^(1,5,8,28-29).

Las terapias coadyuvantes para complicaciones inmunológicas de la COVID-19 no se usan de forma rutinaria (p.ej glucocorticoides, interferón beta 1 b, plasma de convalecientes) en el tratamiento de los niños, excepto en el contexto de un ensayo clínico, porque los beneficios y riesgos son inciertos, aunque existen evidencias preliminares que sugieren que los **glucocorticoides** en dosis bajas son beneficiosos en adultos con COVID-19 severo a la semana de la enfermedad y con necesidades de oxigenoterapia o ventilación mecánica. En el caso de los niños graves que no puedan participar en un ensayo, que requieran oxígeno suplementario y con riesgos de progresión de la enfermedad, pueden usarse hasta por 10 días dosis bajas de dexametasona, 0,15 mg/kg oral, IV, o por vía nasogástrica (NG) una vez al día (dosis máxima 6 mg/dosis); prednisona 1 mg/kg oral o NG una vez al día (dosis máxima 40 mg/dosis) o metilprednisolona 0,8 mg/kg IV una vez al día (máxima dosis: 32 mg/dosis)⁽¹⁻⁵⁾. Aunque no hay datos disponibles sobre la vitamina A en la COVID 19, se podría utilizar en esta viremia porque su empleo se ha asociado a una menor morbilidad y mortalidad en la neumonía asociada al sarampión. Se debe asegurar una ingesta adecuada de vitamina D en niños poco expuestos a luz solar⁽¹⁻⁵⁾.

El cuidado de soporte en niños con COVID-19: Si la atención en una UCIP no parece ser ya adecuada por la situación del paciente, se intensificarán los cuidados de confort de alta calidad, compasivo y de confort y de apoyo a su familia. En el caso de la COVID-19, la fase final puede ser muy molesta y rápida, con una duración de pocas horas. Los síntomas más comunes en esta etapa son: fiebre y temblores, disnea severa, tos, delirio y agitación. Es esencial mantener el contacto con un servicio pediátrico paliativo para consejo y apoyo, especialmente si:

- El paciente ha tenido relación con este especialista.
- Se necesita soporte y consejo en el manejo de los síntomas si son complejos o éstos no responden a las guías clínicas.
- La decisión es no intensificar el tratamiento por el deterioro y el pronóstico incierto.

Fiebre: Se considera significativa cuando la temperatura corporal sea de 37,50 o mayor si la toma es oral, 37,20, o mayor si es axilar, 37,80 o mayor si es timpánica, 38,0 o más si la toma es rectal. Los AINE están contraindicados en las infecciones por COVID-19, pero pueden usarse a la menor dosis posible en el final de la vida, según sean beneficiosos de forma individual⁽¹²⁾.

Disnea: Tanto la COVID-19, como otras condiciones no COVID-19 (compromiso respiratorio por neuroinestabilidad o enfermedad metastásica pulmonar), pueden causar severa disnea/sufrimiento al final de la vida. No se recomiendan ventiladores externos para no difundir más los virus. Los opioides reducen la percepción de la disnea⁽¹²⁾. Otras medidas útiles son: para niños de 1-11 años: Morfina en solución oral (Oramorph) (10 mg/5ml) 100 µ/kg. (máx. 2,5 mg) c/4h. VO, por razones necesarias (PRN). Para 12-17 años Oramorph (10 mg/5ml), 2,5 mg c/4h VO PRN.

Agitación y sufrimiento: Si se necesitan ansiolíticos y sedación: Para 1-9 años: Midazolam bucal 50-100 µ/kg PRN (máx. 2,5 mg); para 10-17 años: Midazolam bucal 1,5-3 mg. Para 10-17 años: Lorazepam 0,5-1 mg. c/8 h SL PRN.

Delirio⁽¹²⁾: Es un estado confusional agudo que puede acompañar a las personas en el final de la vida. Se caracteriza por un cambio súbito de conciencia de pocas horas a días que puede variar durante el día. La persona puede aparecer confusa en unos momentos y normal en otros. Puede comportarse de forma diferente o no habitual y volverse más agitada o somnolienta. Se proponen estas medidas farmacológicas:

- 1ª Línea para 1-9 años: Midazolam oral 50-100 µ/kg (máx. 2,5 mg). Para 10-17 años: Midazolam oral 1,5-3mg.
- 2ª Línea.
 - Opción 1ª: 1 a 17 años: Haloperidol 10-20 µ/kg c 8-12 h PRN por vía oral (máx. 5 mg dos veces al día).
 - Opción 2ª. 2-11 años: Levomepromazina 50-100 microgramos/kg, 2 veces al día PRN VO, (máx. 1 mg/kg/dosis; 25 mg/dosis), 12-17 años: Levomepromazina 3 mg c/12 h PRN VO, (dosis máxima 25 mg /dosis).
 - Opción 3ª: Para 10-17 años: Lorazepam SL 0,5-1 mg. c/8 h y PRN.

Mortalidad: Si bien se han descrito casos mortales en la COVID-19 en niños, en su mayoría parece tener un curso asintomático, leve o moderado y se recupera al cabo de una o dos semanas de los síntomas iniciales. En el trabajo de Gotzinger⁽⁸⁾, 4 niños fallecieron, todos mayores de 10 años, a los 3,9, 11 y 17 días del inicio de los síntomas. Los restantes 587 pacientes estuvieron vivos cuando el estudio terminó. En 460 (80%) no hubo secuelas. En el de Liguoro⁽¹¹⁾, con 7480 niños, la mortalidad fue de 0,08 %. Los CDC de Estados Unidos han referido 2.572 casos confirmados de COVID-19 en abril 2020, representando solo el 1,7 % de los casos totales⁽²⁾ y tres muertes. En China, solo se reportó una muerte entre los 965 casos confirmados. Las secuelas también parecen ser raras en niños y adolescentes, salvo en el síndrome inflamatorio multisistémico. Como los que tienen una enfermedad leve no vienen a consulta y no son diagnosticados, es muy probable que la mortalidad sea menor al 0,1%. Se requieren, no obstante, más estudios para poder determinar el pronóstico a largo plazo de los niños afectados.

Situación social y efectos de la COVID-19 en los niños

Los niños son menos afectados clínicamente por COVID-19 que los adultos, pero han sufrido mucho por el impacto indirecto de la pandemia, no solo por la separación o pérdidas en sus propias

familias. Aunque se han hecho progresos sustanciales por la salud de los niños en las dos últimas décadas, esta pandemia los ha puesto en peligro. Las proyecciones sugieren que un millón de muertes por causas prevenibles podrían haberse producido por un acceso disminuido a la alimentación y la alteración de los servicios de salud esenciales. El cierre de escuelas y las restricciones en el movimiento para reducir la difusión del virus han alterado el funcionamiento social y exacerbado los desequilibrios en el mundo. Ochenta millones de niños menores de un año de al menos 68 países están en riesgo de enfermedades que son prevenibles por la vacuna como la difteria, sarampión y polio⁽⁵⁾. La OMS considera que la vacunación rutinaria es un servicio preventivo esencial que no se debe pausar, pues la suspensión de la inmunización aumenta el riesgo de brotes de enfermedades prevenibles⁽³⁰⁻³¹⁾. El cierre de las escuelas puede ser más lesivo para los niños con necesidades de cuidados especiales, aquellos que reciben servicios en el colegio (alimentación, terapia del lenguaje, conducta, autismo, trastornos de hiperactividad y déficit de atención) o que tienen barreras para el aprendizaje a distancia (falta de acceso a internet, a una tableta o barreras de lenguaje)⁽⁵⁾.

El confinamiento prolongado en casa, sin balcones ni terrazas, ni posibilidad de salir a los parques, si bien puede ser una oportunidad para facilitar las relaciones padres-hijo, es capaz de afectar la salud mental y física de los niños y hacerlos menos activos físicamente, que pasen más tiempo con tabletas u ordenadores y tengan una pobre calidad de alimentación. Algunos niños durante el confinamiento han tenido menor acceso a los servicios sociales y han sufrido violencia doméstica y diversos estresores mentales, como temor a la infección, aburrimiento y aislamiento social⁽³²⁻³³⁾.

Es posible que aumenten la depresión y ansiedad en un 20 % de niños. Los clínicos deben observar signos de estrés parental, irritabilidad, depresión y comportamientos crueles ante la conducta de los niños, por lo que deberán preguntar a los padres sobre el uso de sustancias tóxicas y niveles de estrés y hablar con ellos sobre cómo manejarlo, con métodos de afrontamiento y derivarlos a servicios especializados.

Según Jeffrey D Sachs⁽³²⁾, Prof. de la Universidad de Columbia, “existen varios factores que determinan la tasa de mortalidad por la COVID-19 de un país: la calidad del liderazgo político, la coherencia de la respuesta del gobierno, la disponibilidad de camas en hospitales, su apertura a los visitantes internacionales y la estructura demográfica de la población. Sin embargo, una característica estructural profunda parece estar dando forma al papel de estos factores: la distribución de ingresos y de riqueza de los países. Más desigualdad también significa que más gente vive en condiciones de hacinamiento y, por tanto, que no puede protegerse de manera segura contra la pandemia. En muchos de los países se está siendo testigo de los enormes costos de la desigualdad masiva: gobernanza inepta, desconfianza social y una inmensa población de gente vulnerable que no puede protegerse del avance de los daños. De forma alarmante, la propia epidemia está ampliando aún más las desigualdades”.

La recuperación de la pandemia es una oportunidad para la solidaridad internacional y para que los gobiernos puedan reevaluar prioridades para avanzar en el desarrollo humano y reducir desigualdades, especialmente en la infancia, con una mayor inversión en su mejor nutrición, en la atención materna

en el embarazo e infancia, en la educación y en expandir la protección social para salvaguardar el acceso a dietas nutritivas y a servicios esenciales⁽³²⁻³³⁾. Se debe ampliar la capacidad sanitaria para responder efectivamente a crisis futuras, obtener una mayor cobertura de la salud y mejorar la calidad de agua potable. Las escuelas deben abrirse cuando sean seguras y hay que reducir la brecha digital para proporcionar iguales oportunidades a niños para continuar aprendiendo. Deben fortalecerse los programas de nutrición y de apoyo a los niños, principalmente de los que están en los márgenes de la sociedad. Los derechos de los niños deben pasar a ser centrales en la fase de recuperación y en la planificación futura de las Metas del Desarrollo del Milenio para recuperar el terreno perdido y hacer un mundo más equilibrado, resiliente y sostenible para todos.

Síndrome Inflamatorio Multisistémico pediátrico con la COVID-19 (SIMP-T)

Desde el 20 de abril de 2020, pediatras de numerosos países han ido detectando en niños y adolescentes una condición grave con síntomas inflamatorios multisistémicos y un cuadro similar a una enfermedad de Kawasaki (EK), que ha precisado su ingreso en cuidados intensivos^(1,29,34-43). En el Reino Unido se conoce como síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, temporalmente asociado con el SARS-CoV-2 (SIMP-T o PIMS-TS en inglés) y en Estados Unidos, como síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico, (SIMP o MIS-C en inglés) o shock hiperinflamatorio pediátrico⁽³⁴⁾. La definición de caso de SIMP no es uniforme, así para Feldstein, *et al*⁽³⁵⁾, incluye seis criterios: caracteres clínicos de enfermedad grave que conduce a hospitalización, edad menor de 21 años, fiebre de al menos 24 horas de duración, evidencia de laboratorio de inflamación, afectación multiorgánica (participación de al menos dos órganos), evidencia de infección por SARS-CoV-2 (por positividad de la RT-PCR o serología) o exposición a una persona con COVID-19 en el pasado mes⁽³⁵⁾. Para la CDC y la OMS, se requieren estos criterios: fiebre, marcadores inflamatorios elevados, al menos dos signos de afectación multisistémica, evidencia o exposición a infección por SARS-CoV-2 y exclusión de otras causas potenciales^(35,36). Si se reúnen todos los caracteres de la definición, tendrían una EK completa, y los que no tienen todos, serían diagnosticados de EK incompleta.

Epidemiología

Si bien la incidencia de SIMP-T es desconocida, parece ser una rara complicación de la COVID-19 en niños que afecta más a mayores de 5 años y adolescentes, más de raza negra (25 a 45 %) y de origen hispano (30-35 %) que blancos y chinos. Los caracteres clínicos y de laboratorio de hiperinflamación, tiempo de inicio en relación con la infección COVID 19 y las semejanzas con el modelo de enfermedad en los adultos, sugieren la hipótesis que el SIMP-T es una consecuencia de una lesión inmunológica estimulada por la infección del SARS-CoV-2^(5,25,29,34-44). Parece representar una complicación postinfecciosa del virus o una respuesta inmunitaria anormal antes que una infección aguda, al menos en algunos niños⁽²⁹⁾. Así, Ouldali N⁽³⁷⁾ *et al* (2020), detectaron 230 casos de EK entre 2005 y 2020, con una media de hospitalizaciones de 1,2 meses, siendo llamativo el incremento sustancial de 497 % de casos detectados en abril de 2020, a las dos semanas a partir del pico de la epidemia de la COVID-19. Otro pico anterior sucedió en 2009, durante la pandemia de la influenza H1N1. El estudio de Feldstein⁽³⁵⁾ *et al*, 2020 con 186

pacientes con SIMP-T afectados de 26 estados norteamericanos, 62 % varones y 73 % previamente sanos (edad media de 8,3 años) corrobora esta situación porque entre el 16 de marzo y 15 de abril hubo 22 ingresos (12%), y entre el 16 de abril y 20 de mayo, 164 (88%); así pues, el pico de la incidencia de SIMP-T ocurrió cuando la actividad de la COVID-19 estaba disminuyendo.

De los pacientes de Feldstein⁽³¹⁾, 131 (71%) fueron positivos a SARS-CoV-2, casi un tercio dio negativo al RT-PCR, pero tenía anticuerpos detectables y 4 o más biomarcadores de inflamación. Los 78 niños afectados de Davis *et al*, 2020⁽³⁸⁾, y la mayoría de los 8 de Riphagen *et al*, 2020⁽³⁹⁾, tuvieron un PCR negativo para SARS-CoV-2, pero serología positiva, lo que indicaba una infección pasada. Parece que las infecciones virales respiratorias, que incluyen el SARS-CoV-2, podrían estimular la EK. Feldstein *et al*⁽³⁵⁾, sugieren que ello puede estar relacionado con las probabilidades de exposición o a las diferencias en la expresión nasal de la angiotensina conversora ACE2, el receptor usado para la entrada del virus a las células. Estos hechos pueden indicar que la súbita exposición a nuevos antígenos podría desencadenar una respuesta inmunológica incontrolada en niños susceptibles, y que ante las pandemias los sistemas sanitarios deben estar preparados para un posible incremento de pacientes con EK y alteración cardíaca potencialmente severa, en particular en los países donde se ha llegado recientemente al pico de la COVID-19^(29,34-45). No se conoce porqué afecta más a unos niños y adolescentes que a otros ⁽³⁴⁻⁴¹⁾.

Presentación clínica

En las series disponibles^(29,34-45) los pacientes tienen una presentación similar. Tabla 4.

TABLA 4: Signos y síntomas importantes en el síndrome inflamatorio multisistémico en niños.

• Fiebre persistente (duración media de 4 a 6 días)	100 %
• Síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, vómito, diarrea)	60 - 90 %
• Rash	45 a 76 %
• Conjuntivitis	30 -76 %
• Participación de las membranas mucosas	27 a 76 %
• Trastornos neurocognitivos (cefaleas, letargia, confusión)	28 a 58 %
• Síntomas respiratorios	21 a 65 %
• Dolor de garganta o corporal	10 a 16 %
• Mialgia	8 a 16 %
• Linfadenopatía	6 a 16 %
• Edema de manos y pies	9 a 16 %

La fiebre duró de 3 a 5 días. Los pacientes con sospecha de SIMP-T deberán hacerse estudios de laboratorio por evidencia inflamatoria cardíaca, renal y hepática, una RT-PCR con serología (10-15% son negativos a los dos test) y de otras condiciones infecciosas. Se hará un ECG y Ecocardiografía según la clínica. De los 186 enfermos de Feldstein⁽³⁵⁾, la mayoría, 132, (71%) tuvo afectación de al menos cuatro sistemas orgánicos, siendo los más comprometidos el gastrointestinal 171 (92%), cardiovascular 149 (80 %), hematológico 142 (76 %) y respiratorio 131 (70 %). Las observaciones de Feldstein⁽³⁵⁾ en Estados Unidos y de Oudali⁽³³⁾ en Francia, se parecen a otras obtenidas en el epicentro de la COVID -19 en Italia⁽³⁷⁾, con una alta proporción de pacientes con EK grave, con participación cardíaca (ecografía anormal, aneurisma coronario o miocarditis), ingreso a las UCIP, requerimiento inotrópico y la necesidad de tratamientos adicionales después del primer tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas. Los pacientes presentaron elevación de la Proteína C reactiva, dímero D, ferritina y troponina, con linfopenia. Los síntomas gastrointestinales son también muy comunes y en algunos casos semejan a una apendicitis (48 %). Otros niños tuvieron una ileitis terminal en la TAC abdominal y/o colitis en la colonoscopia. No es frecuente una alteración pulmonar grave. Los síntomas neurocognitivos son cefalea, letargia, confusión o irritabilidad. Una minoría presentan manifestaciones neurológicas más severas, incluyendo encefalopatía, crisis, coma, meningoencefalitis, debilidad muscular y signos de tronco y cerebelosos^(29,34-45).

Hallazgos de laboratorio: Los pacientes con sospecha de SIMP-T deberán hacerse estudios de laboratorio en la búsqueda de evidencias inflamatorias cardíacas, renales y hepáticas, una RT-PCR con serología (10-15% son negativos a los dos test) y de otras condiciones infecciosas y no infecciosas que pueden tener una presentación similar con un ECG y Ecocardiografía según la clínica. Si el paciente tiene una buena presencia es razonable empezar con una hematimetría y Prot.C. reactiva, y pedir otras pruebas si hay anomalías. En la Tabla 5 están los indicados en los moderados o graves.

TABLA 5: Hallazgos de laboratorio importantes en el SIMP-T^(29,34-42).

Hematimetría. Linfopenia 80-95%, Neutrofilia 68-90% Anemia leve 70%, Trombocitopenia 31 a 80%	Marcadores inflamatorios elevados Proteína C reactiva elevada 90-100% VSG 75-80 %,Dímero D 67-100%
Elevación de: Fibrinógeno 80-100%, Ferritina 55 a 76%, Procalcitonina 80-95%	Marcadores cardíacos elevados Troponina 50- 90%, BNP o NT-Pro-BNP 73 a 90% Hipoalbuminemia 48 a 95%
Enzimas hepáticas algo elevadas 62-70%	LDH 10-60 %, hipertrigliceridemia: 70%

Hallazgos de imagen: La afectación cardiovascular fue común en un 80 % de pacientes de Feldstein⁽³⁵⁾. La ecografía es una prueba básica en sospecha de un SIMP. Muestra una función ventricular izquierda disminuida y anomalías de la arteria coronaria que incluyen dilatación o aneurisma, regurgitación de válvula mitral y derrame pericárdico. De los 78 pacientes de Davis⁽³⁸⁾, 28 (36%) presentaron anomalías arteriales

coronarias en la ecocardiografía durante la admisión en la UCI. La disfunción miocárdica es una manifestación extrapulmonar prominente de la COVID-19 que se ha asociado a un aumento de la mortalidad en adultos⁽⁴¹⁻⁴²⁾, Muchos enfermos muestran radiografía de tórax normal, pero es posible observar pequeños derrames pleurales, consolidaciones focales, alveolonasas y atelectasias, y en la TAC abdominal, ascitis, inflamación intestinal y mesentérica, adenitis o adenopatías y edema pericolecístico⁽³⁹⁾.

Manejo clínico: Los niños con signos moderados a severos de afectación cardiovascular y marcadores inflamatorios elevados deben ingresar en el hospital y su nivel de cuidado dependerá de la gravedad de la enfermedad, de la inestabilidad hemodinámica (shock, arritmia), compromiso respiratorio significativo u otras complicaciones que ponen en peligro la vida. La presencia de taquipnea o respiración dificultosa indica un shock grave que requiere oxígeno suplementario o ventilación a presión positiva para estabilización cardiovascular⁽²⁹⁾, El 78 % (148) de los pacientes de Feldstein⁽³⁵⁾, estuvo en una UCIP y 37 (20%) recibieron ventilación mecánica invasiva, con apoyo vasopresor o vasoactivo hasta en un 50% de pacientes ⁽³⁵⁾. De los 8 niños de Riphagen⁽³⁹⁾, siete necesitaron estabilización vascular, aunque no tuvieron afectación respiratoria significativa. Uno de ellos tuvo arritmia con shock refractario que requirió soporte extracorpóreo y falleció de un gran infarto cerebrovascular. Durante la enfermedad tuvo las enzimas cardíacas muy altas. En niños con disfunción ventricular severa, la adición de milrinona puede ser de ayuda⁽²⁹⁻⁴⁵⁾,. Sadit *et al*, 2020⁽³⁵⁾, reportaron 8 niños con SIMP-T en Pakistán, con dilataciones coronarias en 5, falleciendo uno por disfunción cardíaca aguda.

Se hará un diagnóstico diferencial con sepsis bacteriana, E. de Kawasaki, síndrome de shock tóxico, apendicitis, otras infecciones virales, linfocitosis hemofagocítica, lupus eritematoso sistémico y vasculitis⁽²⁹⁾, Es necesario comprender la patogénesis del SIMP-T para su manejo clínico y prevención. Por definición, ésta es una enfermedad multisistémica y su cuidado requiere la coordinación de muchas especialidades pediátricas, como infecciosas, reumatología, cardiología, intensivos y hematología⁽⁴³⁾. El SIMP-T puede presentarse con signos y síntomas que semejan al shock séptico, por lo que los afectados deben recibir pronto un tratamiento antibiótico de amplio espectro en espera de los hemocultivos^(29,34-45), a base de ceftriaxona más vancomicina, o ceftazolidim más piperacillin-tazobactam, en particular para niños con afectación renal. Si existe eritema por una enfermedad producida por toxinas, se administrará clindamicina^(1,5,29,34-40), La notable ausencia de síntomas pulmonares severos y renales en la SIMP-T es un factor diferenciador entre los adultos que presentan sepsis viral y los niños⁽⁴⁶⁾.

Tratamientos: En el grupo de 186 pacientes de Feldstein, 77% fue tratado con fármacos inmunomoduladores y 49 % con glucocorticoides⁽³⁵⁾. Los cuidados críticos y tratamiento en el shock son más complejos y van desde un elevado soporte respiratorio, administración de inmunoglobulinas intravenosas (2 g/kg de peso), inmunomoduladores, corticoides, antivirales tipo remdesivir, anticoagulación por alto riesgo de tromboembolismo y soporte vasoactivo (preferiblemente

con adrenalina o norepinefrina). En niños con disfunción ventricular severa, la adición de milrinona puede ser de ayuda⁽²⁹⁻⁴⁵⁾. La mayoría de los niños sobreviven, pero se han reportado también muertes. Los pacientes que reúnen los criterios de una E. Kawasaki deberán recibir terapias estándar para esa enfermedad, como inmunoglobulinas, aspirina y corticoides, si hay signos persistentes de inflamación o dilatación arterial coronaria/aneurismas⁽²⁹⁾. Todos los niños de Riphagen⁽³⁹⁾ recibieron inmunoglobulina IV 2g/kg en las primeras 24 h y cobertura antibiótica con ceftriaxona y clindamicina. Seis de los 8 recibieron 50 mg/kg de aspirina. Seis de los 8 recibieron 50 mg/kg de aspirina diaria hasta 48 horas de la defervescencia, que se mantendrá en una dosis antiplaquetar de 3-5 mg/kg por 8 semanas⁽⁴⁷⁾.

Como ya se ha mencionado, el papel de las terapias antivirales en el SARS-CoV-2 como el remdesivir es todavía incierto. Se debe valorar si el daño orgánico está mediado por una replicación viral en los tejidos afectados, una excesiva respuesta inflamatoria o ambos. Los antivirales pueden ser útiles en la primera situación, mientras los inmunomoduladores son preferidos para la alteración inmunológica⁽³⁵⁻⁴⁰⁾. Muchos pacientes son PCR negativos para SARS-CoV-2 y el SIMP-T parece representar más una complicación postinfecciosa que una infección activa; sin embargo, los que son PCR positivos pueden tener una infección activa, lo que puede influir sobre el proceso de la enfermedad en algunos casos, pero no en todos y deberían ser tratados con remdesivir. Los pacientes que reúnen los criterios de una E. de Kawasaki deberán recibir terapias estándar para esa enfermedad, como inmunoglobulinas, aspirina y corticoides si hay signos persistentes de inflamación o dilatación arterial coronaria/aneurismas⁽²⁹⁾. Esto hace aconsejable la consulta con un especialista en enfermedades infecciosas. Los cuidados de soporte se ofrecerán en todo momento para el bienestar de los enfermos. El escaso tiempo transcurrido hasta el momento hace difícil anticipar el plan de cuidados de estos niños y prever su futuro sanitario, en especial de aquellos con alteraciones coronarias⁽⁴⁰⁾.

Resumen

La COVID-19 afecta en menor proporción y con menor intensidad a niños y adolescentes. Suele presentar un curso leve a moderado, aunque también se describen casos con manifestaciones clínicas de una enfermedad grave llamada síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIMP-T o PIMS-TS), similar a la Enfermedad de Kawasaki o síndrome de shock tóxico, con fiebre persistente, síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, vómitos y diarrea), rash y conjuntivitis, cuyo manejo es multidisciplinar. Tiende a aparecer como una complicación postinfecciosa de la COVID-19 y puede poner en peligro la vida en niños y adolescentes sanos, en los que produce una patología grave de origen inmunológico con daño a múltiples sistemas orgánicos. Se necesita con urgencia desarrollar vacunas contra el virus y conocer más datos para apoyar las posibilidades terapéuticas de los antivirales e inmunomoduladores en este síndrome. La pandemia ha aumentado la consciencia de la fragilidad propia del ser humano. www.paliativossinfronteras.org

Referencias Bibliográficas

- (1) Deville J.G, Song E., Ouellette C. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Clinical manifestations and diagnosis in children. UpToDate. Last updated, Jul 8,2020
- (2) CDC COVID 19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children- United States. February 12- April 2,2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:422-26
- (3) Rojas de T, Cela, E., Covid.19 infection in children and adolescents with cancer. Pediatric Blood & Cancer, 2020;e28397, <https://doi.org/10.1002/pbc.28397>
- (4) Tagarro A., Epalza C., Santos M, *et al.* Screening and severity of coronavirus diseases -2019, (COVID-19) in children in Madrid. Spain. JAMA Pediatrics,2020, Published on line April 8, Doi 10,1001
- (5) Deville J.G, Song E., Ouellette C. Coronavirus disease 2019. Management in Children. Uptodate. Last updated: Jun 26/2020
- (6) Rosenberg ES, Dufort EM, Blog DS, *et al.* COVID-19 Testing, Epidemic Features, Hospital Outcomes, and Household Prevalence, New York State-March 2020. Clin Infect Dis 2020.
- (7) Lu X,Zhang L, Du H. SARS-CoV2, in children . N. England J. Med. 2020;382:1663-65
- (8) Göttinger F, Santiago García B., Noguera-Julian A, Lanasa M. *et al.* COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. www.thelancet.com/child-adolescent , [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30177-2](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30177-2)
- (9) Jones TC, Mühlemann B, Veith T, *et al.* An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125484>
- (10) Chiotos K., Hayes M, Kimberling , *et al.* Multicenter initial guidance on use of antivirals for children with COVID-19/SARS-CoV-2. J. Pediatric Infect. Dis Soc 2020. <https://academic.oup.com/jpids/article/doi/10.1093/jpids/piaa045/5823622?searchresult=1> (accessed on April 22,2020)
- (11) Liguoro I, Pilotto C, Bonanni M, *et al.* SARS-CoV-2 infection in children and newborns: a systematic review. Eur J Pediatr 2020; 179:1029.
- (12) Clinical guidelines for children and young people with palliative care needs in all care settings during the COVID-19 pandemic, NHS, 24-04-2020
- (13) Paret M, Lighter J, Pellett Madan R, Raabe VN, Shust GF, Ratner AJ SARS-CoV-2 infection (COVID-19) in febrile infants without respiratory distress. Clin Infect Dis. 2020;
- (14) Li, Y, Li H, Fan R., *et al.* Coronavirus infections in the central nervous system and respiratory tract distinct features in hospitalized children. Intervirology, 2016;59:163- Sullivan KD, Evans D, Pandey A, *et al.* Trisomy 21 causes changes in the circulating proteome indicative of chronic autoinflammation. Sci Rep. 2017; 7:14818.),
- (15) Hu Z, Song C, Xu C, *et al.* Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. Sci China Life Sci 2020; 63:706.
- (16) Zachariah P, Johnson CL, Halabi KC, *et al.* Epidemiology, Clinical Features, and Disease Severity in Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in a Children's Hospital in New York City, New York. JAMA Pediatr 2020; :e202430
- (17) Beckhaus AA, Castro-Rodríguez JA. Down Syndrome and the Risk of Severe RSV Infection: A Meta-analysis. Pediatrics. 2018; 142: e 20180225.
- (18) Pérez-Padilla R, Fernández R, García-Sancho C, *et al.* Pandemic (H1N1) 2009 virus and Down syndrome patients. Emerg Infect Dis. 2010; 16, 1312–1314.)
- (19) Garrison MM, Jeffries H, Christakis DA. Risk of death for children with Down syndrome and sepsis. J. Pediatr. 2005; 147: 748–752.)
- (20) Roat E, Prada N, Lugli E, *et al.* Homeostatic cytokines and expansion of regulatory T cells accompany thymic impairment in children with Down syndrome. Rejuvenation Res. 2009;11: 573–583. / Zhang Y, Che M, Yuan J, *et al.* Aberrations in circulating inflammatory cytokine levels in patients with Down syndrome: a meta-analysis. Oncotarget. 2017; 8: 84489-84496.)
- (21) Bloemers BL, Broers CJ, Bont L, *et al.* Increased risk of respiratory tract infections in children with Down syndrome: the consequence of an altered immune system. Microbes Infect. 2010;12:799–808.
- (22) Löwensteyn YN, Phijffer EWEM, Simons JVL, *et al.* Respiratory syncytial virus-related death in children with Down syndrome: the RSV GOLD study. Pediatr Infect Dis J. 2020. <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002666>.)
- (23) Spina CA, Smith D, Korn E, *et al.* Altered cellular immune functions in patients with Down's syndrome. Am J Dis Child. 1981;135: 251–255. /
- (24) Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, *et al.* Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69:759.
- (25) Cao B, Wang Y, Wen D., *et al.* A trial of lopinavir-ritonavir in adults hospitalized with severe COVID 19. N Engl. J. Med. 2020;382: 1787-99

- (26) Mayayo-Vicente S., Rodríguez F., Gallego –Arenas, *et al.* Tratamiento farmacológico en tiempos de incertidumbre: uso de la hidroxiquina/cloroquina en el tratamiento de COVID-19. Medicina de Familia. www.wlsevier.es/semergen. Semergen.2020;
- (27) US Food and Drug administration. Remdesivir by Gilead Sciences. FDA warns of newly discovered potential drug interaction that may reduce effectiveness of treatment. Available at: <https://www.fda.gov/safety/medical-product-safety-information/remdesivir-gilead-sciences-fdawarns-newly-discovered-potential-drug-interaction-may-reduce> (accessed on June 15,2020)
- (28) Agencia Española del Medicamento. Cloroquina/hidroxiquina: precauciones y vigilancia de posibles reacciones adversas en pacientes con COVID-19. <https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentos-uso-humano-3/seguridad-1/2020-seguridad-1/cloroquina-hidroxiquina-precaucion>
- (29) Beth F, Son M, Friedman K. Coronavirus diseases 2019 (COVID 19): Multisystem inflammatory syndrome in children. UpToDate, June 2020. - Last updated: June 24.
- (30) Prioritising children's rights in the Covid Response. The Lancet Child – Adolescent health www.thelancet.com/child-adolescent Vol 4, July 2020.
- (31) After Covid-19, a future for the world's children? The WHO UNICEF-Lancet Commissioners- www.thelancet.com .vol 396, August, 1, 2020.
- (32) Sachs D. Mortalidad por la COVID-19 y desigualdad, El País, 12 julio,2020.
- (33) Headey D., Heidkamp R., Osendarp S, *et al.* Impacts of COVID-19 on childhood nutrition and nutrition-related mortality [www.thelancet.com](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31647-0). [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31647-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31647-0)
- (34) Royal College of Paediatrics and Child Health, Guidance: paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19, Mayo, 1,2020. <https://www.rcph.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Paediatric-multisystem-%20inflammatory%20syndrome-20200501.pdf> (accessed May 16,2020)
- (35) Feldstein L.R., Rose E.B., Horwitz S.M. *et al.* Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and adolescents. N.Engl. J Med. 2020;383:334-46
- (36) Centers for Disease Control and Prevention. Emergency preparedness and response: multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) associated with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Health advisory (<https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp>).
- (37) Ouldali N, Pulety, M, Mariani P, Blachier A., Bonacorsi S., *et al.* Emergence of Kawasaki disease related to SARS-CoV-2 infection in an epicentre of the French COVID-19 epidemic: a time-series analysis. www.thelancet.com/child-adolescent. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30175-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30175-9) published July 2,2020.
- (38) Davies P, Evans C, Kanthimathinathan HK, *et al.* Intensive care admissions of children with paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 (PIMS-TS) in the UK: a multicentre observational study. Lancet Child Adolescent Health 2020.
- (39) Riphagen S, Gómez X, González-Martínez C, *et al.* Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. Lancet 2020; 395:1607.
- (40) European Centre for Disease Prevention and Control Rapid Risk Assessment: Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS CoV 2 infection in children. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-risk-assessment-paediatric-inflammatory-multisystem-syndrome-15-May-2020.pdf> (Accessed on May 17, 2020).
- (41) Verdoni L, Mazza A., Gervasoni A. *et al.* An outbreak of severe Kawasaki like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV2 epidemic. An observational cohort study. Lancet 2020.: 395,177-178.
- (42) Guo T, Fan Y, Chen M, *et al.* Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (Covid-19). JAMA Cardiol 2020 March 27 (Epub ahead of print)
- (43) Abdel-Mannan O, Eyre M, Löbel U, *et al.* Neurologic and Radiographic Findings Associated With COVID-19 Infection in Children. JAMA Neurol 2020.
- (44) American Academy of Pediatrics clinical guidance: Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), available at: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-interim-guidance/> (Accessed on July 15, 2020). U.S. Children and adolescents. N.Engl. J. Med. 383;4, 334-346.
- (45) Sadiq M. OAli Aziz O.,Kazmi U. *et al.* www.thelancet.com/child-adolescent, August 10, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)20356-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)20356-X)
- (46) Rasmussen SA., & Thompson LA. Coronavirus Disease 2019 and children. What Pediatric Health Care Clinicians Need to Know. JAMA., Pediatr. 20'20 <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1224>
- (47) Kobayashi T, Saji T, *et al.* Efficacy of immunoglobulin plus prednisolone for prevention of coronary artery abnormalities in severe Kawasaki disease (RAISE study): a randomised, open label, blinded-endpoints trial. Lancet 2012.;379:1613-20

Recursos para hablar al niño del COVID-19

- My Hero is you, storybook for children on COVID 19 <https://www.mindheart.co/descargables>
- Covid book for children younger than seven years. <https://www.mindheart.co/descargables>
- Covid book en portugués. https://660919d3-b85b-43c3-a3ad-3de6a9d37099.filesusr.com/ugd/64c685_90d309886ee74ee598b0a4f81f3f3a26.pdf
- Meu Heroi És Tu <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/My%20Hero%20is%20You%2C%20Storybook%20for%20Children%20on%20COVID-19> Português
- <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/My%20Hero%20is%20You%2C%20Storybook%20for%20Children%20on%20COVID-19> Español

Links de interés en este tema:

- Global COVID-19. Observatory and Resource Center for Childhood Cancer <http://covid19childhoodcancer.org>
- Información para pacientes y familias www.together.stjude.org

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 25 de agosto 2020 aceptado sin corrección para publicación el 01 de octubre de 2020.

Correspondencia a:
Dr. Wilson Astudillo.
Presidente Paliativos Sin Fronteras.
San Sebastián. España.
E-mail: paliativossinfronteras@gmail.com

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 El Dolor 73
42-43; 2021

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo ⁽¹⁾.

Evidencia Científica Manejo del Dolor Agudo: Libro de la Facultad de Medicina del Dolor (5° Ed, 2020), del Colegio de Anestesiólogos de Australia y Nueva Zelanda (ANZCA), Schug SA, Scott DA, Mott JF, Halliwell R, Palmer GM, Alcock M; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2020), Acute Pain Management: Scientific Evidence (5th edition), ANZCA & FPM, Melbourne. ISBN Print: 978-0-9945075-7-0 Online: 978-0-9945075-8-7. Descargado de website: <http://www.anzca.edu.au/resources/college>.

Esta es la quinta edición del libro, que ANZCA actualiza cada cinco años. Cubre una amplia gama de temas clínicos, combinando una revisión de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones en el manejo del dolor agudo. El texto de reciente publicación es el resultado de un arduo trabajo de muchos años por parte de un gran número de personas, en particular del grupo de trabajo editorial: el profesor Stephan Schug, la profesora asociada Greta Palmer, el profesor David A. Scott, el doctor Mark Alcock, el doctor Richard Halliwell y el doctor Jeff Mott. Con casi 1300 páginas, esta edición es el doble del tamaño de su predecesora y viene en dos volúmenes. Como parte del compromiso de ANZCA de promover la sustentabilidad ambiental, esta quinta edición ha sido formulada para su lectura en formato digital en la medida de lo posible.

Esta edición, al igual que las otras cuatro que le preceden, no tiene la intención de constituirse en una de "Guías Clínicas", siendo su finalidad combinar la mejor evidencia disponible en manejo del dolor agudo, asociándola a la práctica clínica. Se parte teniendo como base el número anterior, agregándose toda la evidencia disponible a partir de mes de agosto del año 2014, fecha de cierre de la edición anterior hasta el mes de agosto de 2019, en que se cierra la publicación presente. Los niveles de evidencia utilizados corresponden a la designación NHMRC (NHMRC 1999 GL).

Esta última publicación de evidencia del dolor agudo, cuya serie comienza el año 2007, renovándose cada 5 años, incluye además de las técnicas tradicionales, nuevos aspectos; entre otros, aporta mucha información sobre factores predisponentes, aspectos psicológicos, hipnosis y estrategias alternativas a los medicamentos, lo que refleja el creciente interés en un enfoque del dolor hacia la persona como un todo en un contexto bio psico social. El manejo óptimo del dolor para las personas que experimentan dolor agudo sigue siendo difícil de alcanzar, sin embargo, la base de la evidencia continúa creciendo, acercándonos paso a paso al noble objetivo de manejo personalizado del dolor. El imperativo de manejar el dolor agudo permanece con las advertencias que debe ser seguro y mejor personalizado.

Esta magnífica recopilación y análisis de evidencia en el tema expuesto, que está además disponible vía electrónica para todo profesional que se interese en leerlo, es un complemento de gran valor para un mejor manejo del dolor agudo.

El libro de ANZCA se desarrolla a lo largo de 10 capítulos, correspondiendo el último capítulo al dolor en pediatría, el que por lo extenso y específico se presenta como Volumen II, desglosándose a su vez en 11 subcapítulos. A continuación, se muestra una síntesis del índice con las materias desarrolladas.

1. **Fisiología y Psicología del dolor agudo.**
2. **Evaluación y medición del dolor y su tratamiento.**
3. **Administración segura y efectiva de manejo del dolor agudo.**
4. **Medicamentos Analgésicos:** a los fármacos analgésicos clásicos, se agregan en este capítulo la medicina complementaria y alternativa (vitaminas, aromaterapia, hierbas, melatonina y miel).
5. **Vías de administración.**
6. **Analgesia controlada por el paciente:** PCA y sus diversas posibilidades.
7. **Técnicas analgésicas no farmacológicas:** intervención psicológica, TENS, acupuntura, acupresión, fotobiomodulación, terapia física.
8. **Situaciones clínicas específicas:** Dolor agudo secundario a lesión medular, trauma torácico (fracturas costales), fractura cadera, quemaduras, Herpes Zóster, dolor cardíaco, trastornos hematológicos, cefaleas.
9. **Grupos específicos de pacientes:** embarazada, diversidad cultural, trastorno del sueño, obesidad, falla renal, falla hepática, paciente tolerante a opioides.
10. **Dolor en Pediatría:** por lo extenso y específico, se presenta como Volumen II conformado por 11 capítulos.



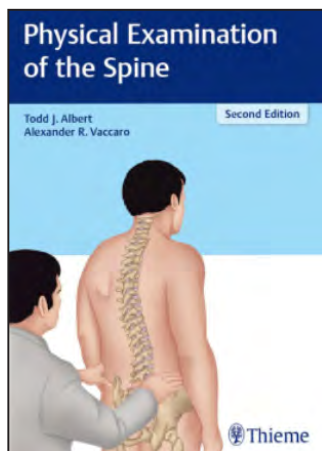
(1) Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras. Santiago, Chile.

Physical examination of the spine / Todd J. Albert, Alexander R. Vaccaro. Description: Second edition. | New York: Thieme, [2017] Identifiers: LCCN 2016036778| ISBN 9781626233201. Also available as an e-book:eISBN 978-1-62623-321-8

Examen Físico de Columna

Edición de 109 páginas, conformada por cuatro capítulos, que se acompaña de 213 ilustraciones.

Los vertiginosos avances en tecnología de los últimos años para ayudar en el diagnóstico de las diversas patologías, no han podido sin embargo reemplazar a la historia clínica y el examen físico, como primer enfrentamiento que tiene el médico con el paciente, para realizar un diagnóstico adecuado y articular un correcto plan terapéutico. Esto es especialmente importante en pacientes con trastornos de columna, donde la historia puede ayudar a excluir causas de discapacidad que pueden mimetizar patologías de raquis sin estar necesariamente relacionadas con él, como es el caso de diagnóstico diferencial entre raquiestenosis y un cuadro de claudicación de origen vascular. El primer capítulo de este texto, está dedicado a generalidades como anatomía, neurología básica, estudio de reflejos y rango de movilidad, correspondiendo los tres capítulos siguientes a un estudio segmentario específico. El libro en su segunda edición, que respecto de la primera se complementa con el estudio de deformidades de la columna, es un material de gran ayuda tanto para médicos especialistas, de atención primaria y estudiantes de medicina, que permite orientar una de las causas más frecuentes de consulta general, como es el dolor asociado a la columna.



Orientaciones sobre el Control Sintomático de Enfermos Graves afectados por la Enfermedad Covid-19 y que requieran Atención Paliativa o se encuentren próximos al Final de la vida. https://www.secpal.com/biblioteca_documentos-covid19-1

Ante la pandemia que el mundo vive en relación al COVID-19, de la cual Chile no se encuentra exento, habiendo presentado el primer caso el día 03 de marzo y encontrándonos al 25 de diciembre del 2020, a un día de haber llegado la vacuna, con cifras oficiales que nos muestran una un número de 14.135 casos activos en un contexto de 595.831 casos totales y de 2.520 pacientes fallecidos, enfrentándonos al probable inicio de una segunda ola de contagios, es posible que un número considerable de ancianos con comorbilidades asociadas

especialmente en los centros ELEAM (Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores) o en sus hogares, frente a un posible colapso de los servicios de urgencia y servicios de medicina interna o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), puedan enfrentarse a una dificultad para la atención clínica en dichos lugares.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en base a lo anteriormente expuesto, habiendo experimentado el posible escenario al cual podemos enfrentarnos, da una serie de recomendaciones independientemente del ámbito de atención, dirigidos al alivio sintomático de personas afectadas por la enfermedad en situación de gravedad y presumiblemente en las últimas horas o días de vida, destacando también la importancia del acompañamiento y el soporte emocional a las familias. Estas recomendaciones pueden ser de utilidad para los chilenos en caso de que nos encontremos ante una situación similar, las que podemos descargar para un estudio más acabado desde la página enunciada al comienzo de este artículo.

Se describen los síntomas y tratamientos más frecuentes que suelen presentarse en personas afectadas de la enfermedad COVID-19 y que pueden revestir gravedad: disnea, tos seca persistente, fiebre y delirium hiperactivo. Se analiza también un listado de medicamentos que, de acuerdo a la situación particular de cada paciente, pueden ir retirando de la pauta de tratamiento y se dedica una sección específica a la sedación paliativa, analizando su aplicación en condiciones de atención domiciliaria o en situación de hospitalización. Estas recomendaciones de SECPAL tienen como finalidad servir de guía para planificar en forma anticipada los cuidados, especialmente debiéndolo tener en cuenta en todos aquellos pacientes que no son candidatos a recibir terapia intensiva en UCI.



Conflicto de Interés:

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

Recibido el 26 de diciembre 2020, aceptado sin corrección para publicación el 28 de diciembre 2020

Correspondencia a:
Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo.
Director Capitulo Chileno Paliativos Sin Fronteras.
Santiago, Chile.
E-mail: rodrigoached@gmail.com

ACHED-CP : Actividades de Cierre 2020.

En un año tan difícil, con tantas incertidumbres y de trabajo intenso de parte de los profesionales de la salud, ACHED-CP agradece a sus socios, Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos de Chile y a todos nuestros colegas que han estado en la primera línea en el combate contra el COVID-19 su abnegación, profesionalismo y generosidad para estar en alerta durante tantos meses para aliviar el dolor humano y salvar vidas.

Nuestras actividades presenciales, dadas las circunstancias, han derivado a plataformas digitales para las reuniones científicas mensuales, instancias de capacitación y también de encuentros digitales para nuestras actividades como sociedad científica multidisciplinaria.

Al cierre del 2020, que quedará marcado en la historia, les informamos de actividades de formación realizadas como cierre de año:

Webinar Grünenthal/ACHED-CP: VI Jornadas de Formación de Unidades de Dolor Crónico No Oncológico.

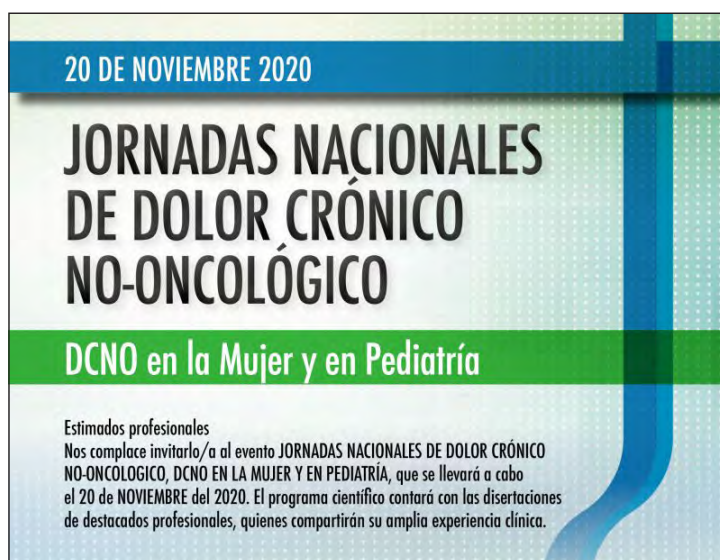
ACHED-CP y Grünenthal realizaron el viernes 11 de diciembre el webinar “VI Jornadas de Formación de Unidades de Dolor Crónico No Oncológico”, con el objetivo de promover el adecuado tratamiento del dolor crónico a través de un abordaje multimodal, fomentando el desarrollo de nuevas unidades de dolor en nuestro país, junto con proporcionar información relevante para el funcionamiento y gestión de las unidades de dolor ya existentes.

Debido al interés entre los profesionales que manejan dolor y cuidados paliativos por las jornadas transmitidas por streaming, ACHED-CP y Grünenthal decidieron ampliar la difusión de este webinar, el que se encuentra disponible con acceso abierto en la siguiente dirección web: <https://www.bigmarker.com/grunenthal-chile/Jornadas-de-formacion-unidades-de-dolor-2020?bmid=22a8d6cff2f3>



Jornadas Nacionales ACHED-CP de Dolor Crónico no Oncológico.

Las Jornadas Nacionales de Dolor Crónico es uno de los tradicionales encuentros científicos anuales de ACHED-CP. Este año tuvo lugar el 20 de noviembre, con la participaron 10 destacados especialistas en la exposición de los temas con un programa de alto interés sobre DCNO en la Mujer y en Pediatría, a través de plataforma digital y con acceso libre. Hubo mesa de preguntas on-line y también la participación en directo de nuestros auspiciadores, que hacen posible el desarrollo de nuestras actividades.



Bienvenida a SEMDOR (Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor)

SEMDOR es una nueva Sociedad Científica Española de Dolor, que se crea el 27 de noviembre 2020, presidida por el médico anestesiólogo, profesor Luis Miguel Torres M, quien desde los inicios de ACHED-CP, junto a otros destacados médicos españoles como el Dr. Manuel Jesús Rodríguez, han colaborado a través de múltiples actividades científicas con nuestra Asociación Chilena de Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos en el desarrollo de las disciplinas que nos identifican como capítulo de IASP, habiendo contribuido también en la formación profesional de muchos de los socios que hemos conformado nuestra asociación en distintos momentos de su desarrollo.

Esta nueva sociedad científica responde a los cambios que exigen los tiempos de acuerdo al avance de la medicina y las ciencias básicas. Se caracteriza por un enfoque multidisciplinario, en la cual médicos, farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeros y otros especialistas de la salud interesados en dolor se integran para constituir una sociedad en lucha contra el dolor.

Esta sociedad tiene un carácter nacional, pero admite socios de cualquier país, siempre en el ámbito sanitario. La sociedad está dirigida por una Junta Directiva multidisciplinaria y multirregional con diversas áreas y grupos de trabajo. La sociedad tiene como finalidad conseguir el área de capacitación del dolor como paso previo a la especialidad de Medicina del Dolor y mejorar el conocimiento del dolor a través de la creación de un campus virtual docente, promoviendo la lucha contra el dolor entre los pacientes, contando con las distintas asociaciones que los representan.



La sociedad de reciente creación dispone de una página web www.semdor.com donde es posible inscribirse como socio y acceder a toda la información y documentación disponible, en breve se editará el primer número de su revista científica.

Objetivos de SEMDOR

1. Convertirse en la sociedad científica referente en el tratamiento del dolor a nivel nacional e internacional.
2. Promover con el Ministerio de Sanidad la creación del Área de Capacitación para el Tratamiento del Dolor, comparable con las existentes en otros países.
3. Promover simultáneamente las medidas necesarias para hacer de la Medicina del Dolor una Especialidad Médica.
4. Promover que las Unidades del Dolor tengan una autonomía presupuestaria y administrativa funcional, dentro del servicio clínico en el que esté integrada.
5. Promover tratamientos multidisciplinarios como parte esencial de los procesos de atención del tratamiento del dolor.
6. Creación e implementación de un Campus Docente Universitario que integre la formación del dolor dirigida a todos los residentes de las especialidades implicadas, para que obtengan un grado suficiente de competencia.
7. Trabajar para todos los socios, como pieza fundamental y conseguir su participación, a través de los Grupos de Trabajo, las Sociedades Autonómicas, las Redes Sociales y los medios de información.
8. Establecimiento e Implementación de un Plan de Coordinación entre la Unidad del Dolor y el Sistema de Atención Primaria.
9. Promover una revista científica internacional de alto nivel de impacto.
10. Posicionar nuestra web, como un sitio de referencia internacional en español.
11. Hacer del Congreso SEMDOR el mejor evento científico para el Dolor en lengua española, promoviendo la digitalización y el uso de las nuevas tecnologías.

Desde esta sección de la revista EL DOLOR de ACHED-CP, deseo el mejor de los éxitos a SEMDOR, esperando poder contar con los valiosos aportes de los especialistas españoles en los temas que hemos desarrollado juntos desde los inicios de ACHED-CP y que tengo la certeza continuaremos desde esta nueva iniciativa científica.

XUMER[®]

etoricoxib 60/90/120 mg

- Inhibidor COX-2 altamente selectivo ⁽¹⁾
- No inhibe la síntesis gástrica de prostaglandinas. ^(2,5)
- Potencia antiinflamatoria y analgésica comprobadas ⁽³⁾
- Significativo alivio del dolor y la inflamación en patologías agudas y crónicas ^(3,4)



POTENCIA QUE ALIVIA

REFERENCIAS:

1.- Stam W.B., et al. Efficacy of Etoricoxib, Celecoxib, Lumiracoxib, non-selective NSAIDs, and Acetaminophen in Osteoarthritis: A Mixed Treatment Comparison. The Open Rheumatology Journal, 6, 4-20, 2012. 2.- Zhang S., et al. Arthritis and Rheumatology, 50, 598-606, 2004. 3.- Clarke R, Derry S; Moore RA. Single dose oral etoricoxib for acute postoperative pain in adults (Review). The Cochrane Library, 2014. 4.- Genevieve V., et al. Etoricoxib is safe for NSAID intolerant patients. Asian Pac J Allergy Immunol, 31: 330-333, 2013. 5.- Folleto al profesional ISP Xumer. 231216



MAYOR INFORMACIÓN, SOLICITARLA AL DEPARTAMENTO MÉDICO
Correo: direccionmedica@tecnofarma.cl

Av. Pedro de Valdivia 1215 - piso 6, Providencia // Santiago - Chile Mesa central : 2 25949200 // www.tecnofarma.cl

USO EXCLUSIVO PROFESIONALES DE LA SALUD

Revista de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos - ACHED-CP

Publishing Rules: Revista Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos - ACHED-CP

(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 y Cuidados Paliativos. 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.
- Experiencias Nacionales: profesionales del área que relatan su experiencia en Dolor y Cuidados Paliativos a lo largo del territorio nacional.

Editing Policy and guidelines

El Dolor Journal is the official publication of Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. 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.
- National Experiences: Professionals in the field, throughout the country, sharing their experience in Pain and Palliative Care.

- 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 podrá 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>

- 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

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

estudio, destacados en la Introducción. Evitar 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 substantivas 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 tratara 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.

Declaración de la Responsabilidad de Autoría*

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos. Si es insuficiente el espacio para las firmas de todos los autores, se pueden agregar fotocopias de esta página.

Título del Manuscrito

.....

Declaración:

Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, para lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

En la columnas “Códigos de Participación” anoto personalmente todas las letras de códigos que designan/identifican mi participación en este trabajo, elegidas de la siguiente tabla:

Tabla: Códigos de Participación

- | | |
|--|--|
| a) Concepción y diseño del trabajo | g) Aporte de pacientes o material de estudio |
| b) Recolección/obtención de resultados | h) Obtención de financiamiento |
| c) Análisis e interpretación de datos | i) Asesoría estadística |
| d) Redacción del manuscrito | j) Asesoría técnica o administrativa |
| f) Aprobación de su versión final | k) Otras contribuciones (definirlas) |

Conflicto de intereses: No existe un posible conflicto de intereses en este manuscrito. Si existiera, será declarado en este documento y/o explicado en la página del título, al identificar las fuentes del financiamiento.

Nombre y Firma de cada autor

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Códigos de Participación

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Acoge recomendación de la WAME (World Association of Medical Editors)



versatis®
Parche de lidocaína al 5%

ALIVIA DONDE DUELE

- PARA PACIENTES CON DNL CON SÍNTOMAS COMO: **DOLOR QUEMANTE, PUNZANTE, LACERANTE O ELECTRIZANTE**¹
- UN INNOVADOR ANALGÉSICO DE **ACCIÓN LOCAL**¹
- **EFICACIA** SIMILAR A TRATAMIENTOS SISTÉMICOS²
- BUEN PERFIL DE **SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD**¹
- **FÁCIL** DE USAR¹

Versatis® 5% parche adhesivo medicamentoso. Indicaciones terapéuticas. Versatis está indicado para el alivio sintomático del dolor neuropático asociado con una infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH). Versatis está indicado para el tratamiento del dolor neuropático localizado (DNL). Contraindicaciones. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. El parche está también contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a otros anestésicos locales de tipo amida, p. ej., bupivacaína, etidocaína, mepivacaína y prilocaína. No debe aplicarse el parche en piel inflamada o lesionada, como lesiones de herpes zoster activas, dermatitis atópica o heridas. Reacciones adversas. Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Se puede esperar que aproximadamente el 16% de los pacientes experimente reacciones adversas. Se trata de reacciones localizadas que se deben a la naturaleza del medicamento. Las reacciones adversas reportadas más comúnmente eran reacciones en el lugar de administración incluyendo eritema, erupción cutánea, prurito en el lugar de aplicación, ardor en el lugar de aplicación, dermatitis en el lugar de aplicación, eritema en el lugar de aplicación, vesículas en el lugar de aplicación, dermatitis, irritación cutánea y prurito. Son poco probables las reacciones adversas sistémicas después del uso adecuado del parche porque la concentración sistémica de lidocaína es muy baja. Las reacciones adversas sistémicas a la lidocaína son similares en naturaleza a las observadas con otros agentes anestésicos locales de tipo amida. Composición. Cada parche adhesivo de 14 cm x 10 cm contiene 700 mg (5% en p/p) de lidocaína (50 mg de lidocaína por gramo de base adhesiva) Excipientes: Capa autoadhesiva: glicerol, sorbitol líquido, cristalizante, carmelosa sódica, propilenglicol, urea, caolín pesado, ácido tartárico, gelatina, alcohol polivinílico, glicinato de aluminio, edetato disódico, parahidroxibenzoato de metilo, parahidroxibenzoato de propilo, ácido poliacrílico, poliacrilato sódico, agua purificada, Tejido de soporte: Tereftalato de polietileno (PET). Lámina de liberación: Tereftalato de polietileno. Precauciones especiales de conservación. No refrigerar o congelar. Después de primera apertura: Mantener el sobre herméticamente cerrado. Precauciones especiales de desecho. Después del uso, el parche todavía contiene principio activo. Después de la retirada, los parches adhesivos utilizados deben doblarse por la mitad, con el lado adhesivo hacia dentro, de modo que la capa autoadhesiva no esté expuesta, y debe desecharse el parche. Última actualización según Res. Exenta RW N° 15637/13 del 23.07.2013. Si desea recibir la información para prescribir completa de alguno de estos productos, escribanos a HYPERLINK_malta:infomedica.cl@grunenthal.com infomedica.cl@grunenthal.com. Si desea reportar cualquier evento adverso favor comunicarse al 800 210 129 o escribanos a HYPERLINK_mailto:drugsafety.cl@grunenthal.com drugsafety.cl@grunenthal.com

Referencias: - 1. Información para prescribir Versatis®. Última actualización según Res. Exenta RW N° 15637/13 del 23.07.2013 / - 2. Baron R, Mayoral V, Leijon G, et al. 5% Lidocaine medicated plaster versus pregabalin in post-herpetic neuralgia and diabetic polyneuropathy: an open-label, non-inferiority two-stage RCT study. *Curr Med Res Opin.* 2009;25(7):1663-1676.

» Rompa el ciclo del dolor crónico

Palexis® retard

ha sido diseñado específicamente para controlar el dolor crónico moderado a severo,¹ mejorando la calidad de vida de sus pacientes.²



PALEXIS® retard
Tapentadol

(1) Información para prescribir Palexis®. Última actualización según Res. N° 11882 del 12.05.2020 y Res. 16.117 del 02-07-2020

(2) Strick V. Management of severe chronic pain with tapentadol prolonged release –long-term data from pain specialists. Curr Med Res Opin. 2014;30(10):2085-92.

PALEXIS® RETARD 50 mg y 100 mg. Indicaciones terapéuticas. PALEXIS® RETARD está indicado para el manejo de dolor crónico de intensidad moderada a severa, en adultos cuando necesitan continuamente analgésicos opioides por un período 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 sospecha que padezca ileo 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. Desconocidos: Delirio. 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: Disnea. Raro: Depresión respiratoria. Trastornos gastrointestinales. Muy común: Náuseas, 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: Polaquiuria, vacilación urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas. Poco común: Disfunción sexual. Trastornos generales y condiciones del sitio de administración. Común: Fatiga, sequedad en las mucosas, astenia, sensación de cambio de temperatura corporal, edema. Poco común: Síndrome de abstinencia, irritabilidad, sensación de anomalidad. 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 (E171). Palexis retard 100 mg: hipromelosa, celulosa microcristalina silicificada, estearato de magnesio, lactosa monohidrato, talco, macrogol 6000, propilenglicol, dióxido de titanio (E171), óxido de hierro amarillo (E172). Última actualización según Res. N° 11882 del 12.05.2020 y Res. 16.117 del 02-07-2020. Si desea recibir la información para prescribir completa de alguno de estos productos, escribanos a infomedica.cl@grunenthal.com. Si desea reportar cualquier evento adverso favor comunicarse al 800 210 129 o escribanos a drugsafety.cl@grunenthal.com

USO RESPONSABLE
opioid-info.com

