

Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos

N° 72 | Noviembre 2020 | Año 30

Editorial	Dr. Juan Pablo Miranda	Palabras del Editor	8
Originales	Dra. Daniela Sarmiento	Evaluación de resultados tras la aplicación de esteroides epidurales caudales no particulados en pacientes con dolor lumbar, experiencia en un hospital militar.	10
	Dr. Gerardo Correa	Experiencia en la práctica clínica real de la efectividad y la tolerabilidad de tapentadol de liberación prolongada para el tratamiento de dolor crónico postraumático producido por accidentes de trabajo.	14
Revisiones Bibliográficas	Dra. Francisca Faúndez	Síndrome de dolor crónico postmastectomía: ¿qué podemos hacer en el periodo perioperatorio para disminuir su incidencia?	20
Reseñas Bibliográficas	Dr. Rodrigo Fernández		26
Noticias			30
Normas de Publicación		NEW YORK	34





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.
- COLÁGENO HIDROLIZADO.



30 capsulas







1 cápsula al día



ITT-LABOMED

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. Daniela Sarmiento	Evaluación de resultados tras la aplicación de esteroides epidurales caudales no particulados en pacientes con dolor lumbar, experiencia en un hospital militar.	10
	Dr. Gerardo Correa	Experiencia en la práctica clínica real de la efectividad y la tolerabilidad de tapentadol de liberación prolongada para el tratamiento de dolor crónico postraumático producido por accidentes de trabajo.	14
Revisiones Bibliográficas	Dra. Francisca Faúndez	Síndrome de dolor crónico postmastectomía: ¿qué podemos hacer en el periodo perioperatorio para disminuir su incidencia?	20
Reseñas Bibliográficas	Dr. Rodrigo Fernández		26
Noticias			30
Normas de Publicación			34





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
modiso on ajano, rimostosiologia	Médico Cirujano, Anestesiología
Corro Campos, Claudia Cirujano Dentista, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	Rico Pazos, María Antonieta Médico Cirujano, Anestesiología
Corro Campos, Claudia Cirujano Dentista, Trastornos	Rico Pazos, María Antonieta





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 Nº 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

Secretaria 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 atingente mediante su órgano oficial.
- 4. Promover y auspiciar Jornadas y Congresos Nacionales y todo tipo de reunión que resulte de interés para los fines de la Asociación.
- 5. Aconsejar a instituciones internacionales, nacionales y regionales sobre normas relacionadas con el uso de fármacos y procedimientos que ayuden al tratamiento del Dolor.
- 6. Estimular la participación en toda actividad nacional e internacional que se relacione con la investigación del Dolor y los Cuidados Paliativos.

Podrán ser socios de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor 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.

Revista El Dolor 72

a crisis sanitaria más grave y letal del último siglo, tanto en nuestro país como todo el mundo, aún nos tiene bajo amenaza. El dolor se ha instalado como un denominador común en diversos ámbitos de nuestra vida: enfermedad por el coronavirus y otras que igualmente nos preocupan: cesantía y crisis económica, distanciamiento social y confinamiento, centros de estudios cerrados y deserción escolar, inseguridad pública y delincuencia, conflictos dentro y fuera del hogar. Todo junto y al mismo tiempo.

Cuando hay sobreexposición a algunas emociones, la capacidad de reacción humana se atenúa, se atempera, se modula. Podemos caer en la resignación que el padecimiento es un destino inescapable para la humanidad. Por el contrario, no podemos normalizar el dolor, que tan presente y cercano ha estado en el curso de este año.

La situación de emergencia sanitaria y las medidas preventivas como la cuarentena, distanciamiento social, confinamiento de los mayores de 75 años y la saturación del sistema de salud han hecho que se retrase el diagnóstico y la terapéutica del dolor crónico, y que muchos pacientes hayan distanciado sus controles y/o abandonado sus tratamientos.

Esta es una realidad que los especialistas en dolor estamos viendo a diario, porque al levantarse algunas medidas de limitación de movimiento, los pacientes empiezan a retornar a sus controles, y nos encontramos con que el tiempo ha jugado en contra. El sedentarismo obligado por las condiciones de riesgo de contagio han intensificado prevalencias, como el dolor lumbar crónico.

Los profesionales que manejamos el dolor y cuidados paliativos hemos tenido un trabajo intenso en este tiempo y será más demandante aún a futuro. De las intensas jornadas para atención a pacientes de COVID-19 y sus secuelas, los paliativistas y algólogos enfrentamos ahora una etapa de atención dedicada preferentemente a nuestros pacientes habituales, sin que la pandemia haya terminado.

El ars medicus se hace ciencia cuando enfrenta el dolor como un desafío y no como un destino fatal. El dolor no es normal bajo ninguna circunstancia, por lo que siempre hay que buscar la causa y tomar las medidas necesarias para aliviarlo. La ciencia basada en la evidencia es nuestra búsqueda permanente en procura de soluciones para mejorar la calidad de vida.

Se anuncia o se espera que el mundo ya no será el mismo, que será culturalmente más digital y socialmente más distante. Sin embargo, algo no cambiará: La medicina seguirá siendo la más humana de las ciencias y la más científica de las artes.

Retomando el camino, los nuevos tiempos nos llaman a estar actualizados y alertas en beneficio de nuestros pacientes. En esta edición de El Dolor, presentamos interesantes trabajos sobre diversos dolores, con alta tasa de cronicidad, como los dolores lumbares, por lesiones laborales o cirugías.

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



Revista El Dolor 72 10-13; 2020

Evaluación de resultados tras la aplicación de esteroides epidurales caudales no particulados en pacientes con dolor lumbar, experiencia en un Hospital Militar.

Evaluation of results after the application of non-particulated flowring epidural steroids in patients with lumbar pain, experience in a Military Hospital.

Sarmiento, Daniela (1); Castañeda, Camilo (2); Gónima, Edmundo (3); Vargas, Wilson (4)

Resumen

Introducción: El dolor lumbar es uno de los principales motivos de consulta en diferentes escenarios clínicos; entre las causas más frecuentes de dolor lumbar se encuentra el canal lumbar estrecho, discopatía y radiculopatías, por lo que se han establecido diferentes modalidades de tratamiento que incluyen medidas invasivas, como las inyecciones de esteroides epidurales vía caudal.

Objetivo: Evaluar la mejoría del dolor lumbar después de la aplicación de esteroides epidurales caudales no particulados en la población con dolor crónico lumbar bajo secundario a canal lumbar estrecho, discopatía y radiculopatía lumbar de un hospital en Bogotá, Colombia.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se evaluó la reducción del dolor, en pacientes con diagnóstico de dolor lumbar crónico secundario a canal lumbar estrecho, radiculopatía, discopatía, mediante escala visual análoga del dolor EVA seis meses después de la aplicación de dexametasona 8 mg vía epidural caudal en 147 pacientes en un período de 2 años.

Resultados: Se evaluaron 147 pacientes con dolor lumbar crónico, de los cuales 58.32% eran mujeres y 47.76% hombres, con edades entre 44 y 77 años, de los cuales 50% eran mayores o igual a 65 años y 75% mayor o igual a 77 años. En la evaluación inicial del dolor lumbar, se encontró que el 50% de los pacientes tenían una EVA inicial mayor o igual a 8/10 y el 75% informó un EVA inicial 10/10. Se encontró que el canal lumbar estrecho fue la principal causa de dolor lumbar en el 53,06% de los pacientes, seguido de la enfermedad del disco lumbar el 49,66% y en el tercer lugar, los pacientes con radiculopatía lumbar correspondieron al 19.73% de la población.

Sobre la mejoría del dolor de una manera particular, se encontró una mayor reducción del dolor en pacientes con enfermedad de disco lumbar 48,21%, seguido de estrecho canal lumbar estrecho 41,37% y radiculopatias lumbares 33,3%. En el análisis comparativo por patología aislada, la intervención no presentó una mejora considerable, sin embargo, cuando más de una de las entidades estudiadas coexistieron en el mismo paciente, hubo una mejoría significativa del dolor, por lo que en el 66,5% de los pacientes diagnosticados con un canal lumbar estrecho y radiculopatía, la mejoría de la lumbalgia y la radiculopatía disminuyó, de la misma forma que los pacientes que presentaron discopatía y radiculopatía tuvieron un alivio del dolor del 66% y, finalmente, aquellos con discopatía y canal lumbar estrecho, 60% tuvieron una reducción del dolor después del procedimiento.

Conclusión: La aplicación de esteroides no particulados vía epidural caudal proporciona una mejora sintomática significativa en un porcentaje considerable de pacientes sometidos al procedimiento, especialmente en aquellos que tienen más de una de las causas de dolor lumbar crónico expuesta, por lo que se constituye en una medida invasiva de tratamiento efectivo para el dolor lumbar en este tipo de pacientes.

Palabras Clave: Dolor lumbar, esteroides, inyecciones, epidural.

Abstract

Introduction: Low back pain is one of the main reasons for consultation in different clinical scenarios; among the most frequent causes of low back pain is the narrow lumbar canal, discopathy and radiculopathies, which is why different modalities have been established of treatment including invasive measures such as injections of epidural steroids caudal via.

Objective: To evaluate the improvement of lumbar pain after application of non-particulate caudal epidural steroid via in the population with chronic low lumbar pain in the narrow lumbar canal, discopathy and lumbar radiculopathy of a military hospital in Bogotá, Colombia.

Methodology: A retrospective observational study was performed in which the pain reduction measured by visual analogous scale of pain VAS was evaluated six months after the application of dexamethasone 8 mg caudal epidural via in 147 patients in a period of 2 years

Results: 147 patients with chronic low back pain were evaluated, of which 58.32% were women and 47.76% men, with ages between 44 and 77 years, of which 50% were greater than or equal to 65 years and 75 % greater than or equal to 77 years. Concerning the initial evaluation of lumbar pain, it was found that 50% of the patients had an initial VAS greater than or equal to 8/10 and 75% reported an initial VAS 10/10. Regarding the prevalence of causes of low back pain in the evaluated patients, it was found that the narrow lumbar canal was the main cause in 53.06% of the patients, followed by lumbar disc disease 49.66% and in the third place patients with lumbar radiculopathy corresponded 19.73% of the population.

About pain improvement in a particular way, greater pain reduction was found in patients with lumbar disc disease 48.21%, followed by narrow lumbar canal 41.37% and lumbar radiculopathies 33.3%. In the comparative analysis due to isolated pathology, the intervention did not present a considerable improvement, however, when more than one of the entities studied coexisted in the same patient, there was a significant improvement in pain, thus 66.5% of the patients diagnosed with a canal. Narrow lumbar and radiculopathy improved, in the same way those patients who presented with discopathy and radiculopathy 66% had relief of pain and finally those with discopathy and narrow lumbar canal 60% had pain reduction after the procedure.

Conclusion: The application of non-particulate steroid via caudal epidural provides significant symptomatic improvement in a considerable percentage of patients undergoing the procedure, especially in those who have more than one of the causes of chronic low back pain exposed and evaluated, thus being able to constitute an invasive measure of effective treatment for low back pain in this type of patients.

Keywords: low back pain, steroids, injections, epidural.

⁽¹⁾ Médico. Miembro del Grupo de Investigación Atención Primaria y Gestión de la Salud. Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana. Bogotá. Colombia.

⁽²⁾ Médico Residente Anestesiología y Medicina Perioperatoria. Universidad de La Sabana. Bogotá. Colombia.

⁽³⁾ Anestesiólogo y Especialista en Dolor. Jefe del Departamento de Clínica del Dolor Hospital Militar Central. Universidad de La Sabana. Bogotá. Colombia.

⁽⁴⁾ Anestesiólogo y Especialista en Dolor. Departamento de Clínica del Dolor Hospital Militar Central del Hospital Militar Central. Universidad de La Sabana. Bogotá. Colombia.

Introducción

El dolor lumbar crónico constituye una de las principales quejas en los servicios de urgencias a nivel mundial. Varias estructuras de la columna vertebral pueden desencadenar sintomatología incapacitante para la realización de actividades. (1) La estenosis espinal es uno de los 3 diagnósticos más comunes de dolor lumbar, junto con la hernia de disco intervertebral y espondilolistesis degenerativa. Sin embargo, la estenosis espinal lumbar se ha descrito como la indicación más frecuente para la cirugía de columna en pacientes mayores de 65 años (2)

Se define canal lumbar estrecho como un estrechamiento del canal espinal con invasión de las estructuras neurales por hueso circundante y tejido blando, generalmente causado por condiciones degenerativas espinales, lo que resulta en una importante discapacidad (2). Las causas son multifactoriales y la presentación clínica puede ser variable, y en la mayoría de los casos no se correlaciona con los hallazgos radiográficos. Los síntomas van desde dolor en la región lumbar y glúteos hasta debilidad en los miembros inferiores que se incrementa con la marcha o la bipedestación prolongada. (3)

Algunos ensayos aleatorizados indican que para los pacientes gravemente afectados, la cirugía ofrece una mayor eficacia que los tratamientos no quirúrgicos (4), pero adicionalmente en pacientes con estenosis espinal lumbar multinivel con espondilolistesis degenerativa asociada o escoliosis se puede tratar de forma no quirúrgica, independientemente del número de niveles involucrados. (5) Después de la cirugía, la inyección de esteroides epidurales hace parte de las intervenciones comúnmente utilizadas para controlar el dolor lumbar crónico secundario al canal lumbar estrecho; sin embargo, aún faltan más estudios aleatorizados que permitan respaldar esta medida no quirúrgica (6).

El mecanismo de acción subyacente de las inyecciones esteroides administradas por vía epidural aún no se conoce bien. Se cree que el bloqueo neuronal logrado altera o interrumpe la entrada nociceptiva, los mecanismos reflejos de las fibras aferentes, la actividad autosostenida de las neuronas y el patrón de actividades neuronales centrales (7). Por otro lado, los esteroides reducen la inflamación al inhibir la síntesis o la liberación de varios mediadores proinflamatorios y al causar un efecto anestésico local reversible. Manchikanti et al, evaluó la efectividad de la inyección de esteroides epidurales caudales bajo visualización fluoroscópica, mostrando una mejora significativa que fue superior a la de la inyección epidural interlaminar lumbar, definida como un alivio del dolor en más del 50%, en un mayor tiempo de seguimiento (8)

En la revisión de la literatura encontramos que a nivel local no hay estudios que evalúen los resultados posteriores a la aplicación de esteroide no particulado epidural vía caudal como parte del seguimiento al tratamiento establecido a los pacientes, por lo cual consideramos fundamental mostrar los resultados de la experiencia en nuestra clínica del dolor, ya que es importante determinar si son o no los resultados adecuados para nuestros pacientes.

Materiales y Método

Este fue un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal realizado en un centro hospitalario de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá - Colombia, en el cual se obtuvo información de la historia clínica de 147 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de dolor lumbar secundario a canal lumbar estrecho, radiculopatía y discopatía, quienes fueron llevados a aplicación de esteroides epidurales vía caudal con dexametasona 8mg vía epidural caudal como parte del tratamiento para el dolor durante los años 2016 y 2017; se excluyeron aquellos pacientes quienes tenían antecedente de instrumentación en columna y enfermedades psiquiátricas.

De los pacientes incluidos, el 58.32% correspondía a mujeres y el 47.76% a hombres, con edades entre 44 y 77 años, a quienes a los 6 meses posteriores a la realización del procedimiento se evaluaba nuevamente la mejoría del dolor mediante la disminución en el puntaje de la escala visual análoga de dolor EVA. Con la información obtenida, se realizó un análisis estadístico, donde se obtuvieron distribuciones de frecuencia invariadas y bivariadas, medidas de tendencia central, de posición y de dispersión acorde a la naturaleza cuantitativa y cualitativa de las variables establecidas; mediante la implementación del software EPISET; posteriormente se realizó una organización de los resultados obtenidos.

Resultados

Se revisaron 147 historias clínicas de pacientes con dolor lumbar crónico, de los cuales 58.32% eran mujeres y 47.76% hombres, con edades entre 44 y 77 años, de los cuales 50% eran mayores o iguales a 65 años y 75% mayores que o iguales a 77 años. Con respecto a la evaluación inicial del dolor lumbar, se encontró que el 50% de los pacientes tenían un EVA inicial mayor o igual a 8/10 y el 75% informaron un EVA inicial 10/10.

En cuanto a la prevalencia de causas de lumbalgia en los pacientes evaluados, se encontró que el canal lumbar estrecho fue la principal causa en el 53,06% de los pacientes, seguido de la enfermedad del disco lumbar en el 49,66% y en el tercer lugar, los pacientes con radiculopatía lumbar correspondieron 19.73% de la población (tabla 1).

TABLA 1: Características de los pacientes

Características	N =147	
Edad (años)	65±21	
Sexo no. (%)		
Femenino	77 (52,3)	
Masculino	70 (47,7)	
Diagnóstico no./total no. (%)		
Radiculopatía	29/147 (19.7)	
Discopatía	73/147 (49.6)	
Canal Lumbar estrecho	78/147 (53.0)	
EVA Inicial n=107 no.(%)		
0	18 (16.8)	
1	0 (0)	
2	10 (9.3)	
3	7 (6.5)	
4	9 (8.4)	
5	9 (8.4)	
6	8 (7.4)	
7	7 (6.5)	
8	20 (18.6)	
9	7 (6.5)	
10	12 (11.2)	

Sobre la mejoría del dolor de una manera particular, se encontró una mayor reducción del dolor en pacientes con enfermedad de disco lumbar 48,21%, seguido de estrecho canal lumbar estrecho 41,37% y radiculopatías lumbares 33,3% (tabla 2).

TABLA 2: EVA del dolor según diagnóstico

	EVA Inicial %	EVA Control %
Radiculopatía	n=29	n=21
EVA ≤4	0	33.3
EVA≥5	100	66.6
Discopatía	n=73	n=56
EVA ≤4	5.47	48.21
EVA≥5	94.52	51.78
Canal Lumbar estrecho	n=78	n=58
EVA ≤4	1.28	41.37
EVA≥5	98.71	58.62

En el análisis comparativo por patología aislada, la intervención no presentó una mejora considerable, sin embargo, cuando más de una de las entidades estudiadas coexistieron en el mismo paciente, hubo una mejoría significativa del dolor, por lo que en el 66,5% de los pacientes diagnosticados con un canal lumbar estrecho, la mejoría de la lumbalgia y la radiculopatía disminuyó, de la misma forma que los pacientes que presentaron discopatía y radiculopatía tuvieron un alivio del dolor del 66% y, finalmente, aquellos con discopatía y canal lumbar estrecho, 60% tuvieron una reducción del dolor después del procedimiento (tabla 3).

TABLA 3: Análisis bivariado para mejoría del dolor

Diagnóstico	Diagnóstico asociado	EVA Control ≤4 %
Discopatía	Canal Lumbar estrecho	60
Discopatía	Radiculopatía	66
Canal Lumbar estrecho	Radiculopatía	66

Discusión

Durante varias décadas, los esteroides epidurales se han utilizado para el manejo del dolor lumbar crónico asociado a hernia discal, radiculopatía y estenosis espinal con niveles de evidencia I para los dos primeros y II para el tercero (9), obteniendo mejoría durante varias semanas o meses. Los esteroides habitualmente usados son particulados, pero la FDA hizo una alerta en el año 2012, advirtiendo sobre algunos casos de isquemia medular luego de la aplicación de esteroides epidurales particulados cervicales y lumbares, haciendo la recomendación de usar esteroides de tipo no particulados.

Hasta el momento, son pocos los trabajos que muestran resultados de utilización; se escogió la vía epidural caudal para tener una buena distribución hacia la parte anterior y posterior del espacio epidural.

Los resultados de estudios previos con esteroides no particulados muestran porcentajes de alivio de dolor semejantes a los que se obtienen con los particulados; en nuestro estudio, los porcentajes son un poco más bajos de manera individual. Sin embargo, es notable que en el grupo de pacientes que cursan con dos o más patologías, el porcentaje de alivio es semejante a los reportados en los trabajos previos (10).

Conclusiones

La utilización de esteroides epidurales no particulados se puede considerar una buena herramienta en el manejo del dolor lumbar crónico, especialmente cuando el paciente presenta más de una patología que le causa dolor, sin los riesgos de isquemia medular; se requiere realizar estudios clínicos controlados para obtener más información sobre su beneficio.

Agradecimientos

Hospital Militar Central, Bogotá - Colombia.

Referencias Bibliográficas

- (1) Manchikanti L *et al.* Results of 2-Year Follow-Up of a Randomized, Double-Blind, Controlled Trial of Fluoroscopic Caudal Epidural Injections In Central Spinal Stenosis. Pain Physician. 2012; 15: p. 15:371-384.
- (2) Manchikanti L et al. Fluoroscopic Caudal Epidural Injections With or Without Steroids in Managing Pain of Lumbar Spinal Stenosis One-Year Results of Randomized, Double-Blind, Active-Controlled Trial. J Spinal Disord Tech. 2012 Jun; 25(4).
- (3) Salahadin Abdi et al. Epidural Steroids in the Management of Chronic Spinal Pain: A Systematic Review. Pain Physician. 2007; 10: p. 185-212.
- (4) Butterman GR. Treatment of lumbar disc herniation: Epidural steroid injection compared with discectomy. J Bone and Joint Surg 2004; 86A(4): 670-679.
- (5) Vijay Singh *et al.* Role of Caudal Epidural Injections in the Management of Chronic Low Back Pain. Pain Physician. 2002; 5(2).
- (6) Manchikanti L *et al.* Fluoroscopic caudal epidural injections in managing chronic axial low back pain without disc herniation, radiculitis, or facet joint pain. Journal of Pain Research. 2012 Nov; 5: p. 381–390.
- (7) Manchikanti L et al. The Preliminary Results of a Comparative Effectiveness Evaluation of Adhesiolysis and Caudal Epidural Injections in Managing Chronic Low Back Pain Secondary to Spinal Stenosis: A Randomized, Equivalence Controlled Trial. 2019; 12: p. 341-354.
- (8) Caudal Epidural Injections in the Management of Chronic Low Back Pain: A Systematic Appraisal of the Literature. Pain Physician. 2012; 15: p. 159-198.
- $(9) \ Manchikanti \ L. \ Epidural \ steroid \ warning \ controversy \ still \ dogging \ FDA. \ Pain \ Physician. \ 2014 \ Jul-Aug; 17(4): E451-74.$
- (10) Lee JH. Comparison of Clinical Efficacy of Epidural Injection With or Without Steroid in Lumbosacral Disc Herniation: A Systematic Review and Metaanalysis. Pain Physician. 2018 Sep;21(5):449-468.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 21 de julio de 2019, aceptado sin corrección para publicación el 02 de diciembre de 2019.

Correspondencia a:

Dr. Camilo Castañeda Vergara Anestesiología y Medicina Perioperatoria. Universidad de La Sabana.

Bogotá. Colombia.

E-mail: camilocver@hotmail.com

Revista El Dolor 72 14-18; 2020

Experiencia en la práctica clínica real de la efectividad y la tolerabilidad de Tapentadol de liberación prolongada para el tratamiento de dolor crónico postraumático producido por accidentes de trabajo.

Real-world clinical practice experience of the effectiveness and tolerability of prolonged-release Tapentadol for the treatment of chronic post-traumatic pain caused by occupational accidents.

Correa, Gerardo (1); Cárcamo, César (1); Muñoz, José (2); Noriega, Viviana (3); Olmedo, Nicole (3)

Resumen

Se llevó a cabo un estudio observacional para analizar si tapentadol de liberación prolongada (LP) puede considerarse un tratamiento de primera línea para pacientes con dolor crónico postraumático (DCPT).

Métodos: Se presenta una serie de casos de la práctica clínica real de pacientes con DCPT producido por accidentes de trabajo. Antes de ingresar al estudio, todos los pacientes recibían tramadol, que se interrumpió cuando se inició la administración de tapentadol LP. Las evaluaciones de dolor incluyeron una escala de valoración numérica, el cuestionario DN4 y la escala de Impresión Global de Cambio del Paciente (PGIC, Patients' Global Impression of Change). Se recuperaron y registraron los eventos adversos.

Resultados: 94 pacientes participaron en el estudio y 77 (82 %) completaron todas las visitas predefinidas. Cerca de la mitad de los pacientes informaron dolor crónico que tenía una duración de al menos 3 años; se observó un componente neuropático en el 87 % de los pacientes. El puntaje de dolor se redujo en 1,5 puntos luego del primer mes de tratamiento con tapentadol LP y en 2,48 puntos luego de 4 meses (p<0,05). También se asoció la administración de tapentadol LP con una reducción del 28,9 % de la dosis concomitante de pregabalina (p<0,01). De acuerdo con el cuestionario PGIC, el 74 % y el 77,9 % de los pacientes informó mejoría luego de uno y cuatro meses de tratamiento, respectivamente. El perfil de seguridad fue consistente con los datos actuales sobre tapentadol LP.

Conclusión: El dolor osteomuscular crónico es una enfermedad prevalente que se caracteriza por tener resultados terapéuticos deficientes y se asocia a una mayor discapacidad y una mala calidad de vida. En este estudio de la práctica clínica real en pacientes que trabajan y que cuentan con un componente de dolor neuropático elevado, se observó que tapentadol LP produce efectos beneficiosos en términos del control del DCPT, y se obtuvieron índices altos de eficacia y seguridad.

Palabras clave: tapentadol, dolor crónico, dolor producido por accidentes de trabajo, dolor crónico postraumático, evidencia de la práctica clínica real.

Abstract

An observational study was carried out to analyze whether prolonged-release (PR) tapentadol may be considered a first-line treatment for patients with chronic post-traumatic pain (PTD).

Methods: A case series of cases of patients with PTFE caused by work accidents in a real clinical practice setting is described. Before entering the study, all patients were receiving tramadol, which was discontinued when PR tapentadol was started. Pain assessments included a numerical rating scale, the DN4 questionnaire, and the Patients' Global Impression of Change (PGIC) scale. Adverse events were retrieved and described.

Results: 94 patients participated in the study and 77 (82%) completed all the predefined visits. About half of the patients reported chronic pain that lasted for at least 3 years. A neuropathic component was reported in 87% of patients. The pain score was reduced by 1.5 points after the first month of treatment with PR tapentadol and by 2.48 points after 4 months (p < 0.05). Administration of PR tapentadol was also associated with a concomitant reduction of pregabalin dose of 28.9% (p < 0.01). According to the PGIC questionnaire, 74% and 77.9% of patients reported improvement after one and four months of treatment, respectively. The safety profile was consistent with current data on PR tapentadol.

Conclusion: Chronic musculoskeletal pain is a prevalent disease characterized by poor therapeutic results and associated with increased disability and poor quality of life. In our study in a real clinical practice setting with patients with a high neuropathic pain component, PR tapentadol produced beneficial effects in terms of DCPT control, and high efficacy and safety rates were obtained.

Keywords: tapentadol, chronic pain, pain caused by work accidents, chronic post-traumatic pain, evidence from real clinical practice.

⁽¹⁾ Unidad de Dolor. Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Santiago. Chile.
(2) Unidad de Farmacia. Hospital Clínico Mutual de Seguridad. Santiago. Chile.

⁽³⁾ Universidad Andrés Bello. Santiago. Chile.

Introducción

El dolor musculoesquelético crónico es una enfermedad muy frecuente, con una prevalencia estimada del 20 al 27 %. (1) (2) Los principales predictores incluyen la obesidad, el estilo de vida sedentario y el cansancio, entre otros. (2)

El dolor musculoesquelético crónico es, por lo general, refractario a los tratamientos convencionales y puede resultar en discapacidad, ausentismo laboral, menor efectividad en el trabajo, baja calidad de vida y aumento de los costos de atención médica debido al gasto de los recursos sanitarios asociados. (3) (4)

El tapentadol es un analgésico de acción central que tiene un mecanismo de acción dual, que comprende un efecto antagonista del receptor opioide µ y la inhibición de la recaptación de noradrenalina. (5) Este mecanismo dual da lugar a una disminución de la incidencia de los eventos adversos habituales causados por opioides (baja tolerabilidad gastrointestinal, somnolencia, depresión respiratoria, xerostomía) (6), de esta manera resulta en una mejoría de la tolerabilidad y, finalmente, una mayor adherencia al tratamiento. (7) El tapentadol de liberación prolongada (LP) genera un efecto analgésico con una duración de hasta 12 horas en pacientes con dolor moderado a severo. En diversos estudios clínicos, el tapentadol LP demostró ser un tratamiento efectivo v seguro en pacientes con osteoartritis, lumbalgia y neuropatía diabética dolorosa. (8) Debido a su seguridad y eficacia clínica, realizamos un estudio observacional para analizar si el tapentadol LP puede ser considerado un tratamiento de primera línea para los pacientes con DCPT.

Materiales v Método

Se presenta un estudio de la práctica clínica real, observacional, sobre una serie de casos de pacientes con DCPT. En todos ellos, el DCPT había sido causado por accidentes de trabajo. Los pacientes fueron asistidos en la Unidad de Dolor del Hospital Mutual de Seguridad C. Ch. C. (Santiago, Chile) en 2014. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética local. En la tabla 1, se muestran los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión
≥18 años de edad
Tratamiento previo con tramadol
Dolor refractario moderado a severo
Consentimiento para participar en este estudio observacional
0.4 1 1 1.47

Criterios de exclusión

Dolor oncológico asociado

Antes de ingresar al estudio, todos los pacientes recibían tramadol (media de la dosis: 72.9 ± 32.8 mg/día), que se interrumpió cuando se inició la administración de tapentadol.

Las evaluaciones del dolor incluyeron una escala de valoración numérica para definir la intensidad, el cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4) para evaluar el componente de dolor neuropático, y la escala Patients' Global Impression of Change (PGIC) para analizar el nivel de satisfacción de los pacientes. Los eventos adversos se recuperaron y registraron en formularios. Los cuestionarios se respondieron durante la primera visita y se repitieron luego de uno y cuatro meses de tratamiento con tapentadol mediante un evaluador independiente.

Los datos cuantitativos se caracterizaron mediante el cálculo de la media, la desviación estándar y los valores máximos y mínimos. Los datos cualitativos se caracterizaron con la distribución de la frecuencia. A los fines de optimizar la capacidad estadística, algunas variables inicialmente cualitativas se dicotomizaron para transformarlas en variables categóricas. Se definió el nivel de significación estadística como p < 0,05.

Resultados

Datos iniciales

Noventa y cuatro pacientes participaron en este estudio observacional y 77 (85 %) completaron todas las visitas predefinidas. Las razones de abandono incluyeron eventos adversos (n=5; 5,3 %), falta de eficacia (n=5; 5,3 %) y pérdida de seguimiento (n=7; 7,4 %). En la tabla 2, se muestran los principales datos demográficos y epidemiológicos iniciales. Cerca de la mitad de los pacientes informó dolor crónico que tenía una duración de más de tres años (tabla 3) y se observó un componente neuropático en el 87 % de los pacientes por medio del cuestionario DN4 (no se muestran los datos). Las zonas de dolor más frecuentes incluyeron los miembros inferiores, la columna vertebral y los miembros superiores (figura 1). En la figura 2, se detalla la etiología del DCPT.

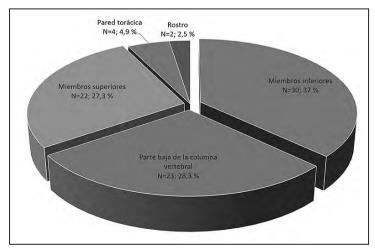


Figura 1: Zona del dolor crónico postraumático

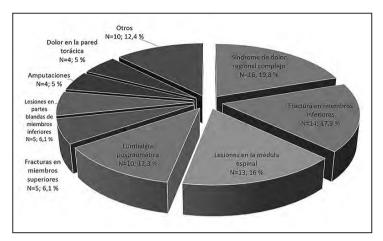


Figura 2: Etiología del dolor crónico postraumático (n=81)

Tabla 2: Principales datos demográficos y clínicos iniciales (n=77)

Distribución por género	
Hombres	55 (71,4 %)
Mujeres	22 (28,6 %)
Edad, años (media ± DE; rango)	
Población total	
Hombres	46,9 ± 10,4 (26-70)
Mujeres	46,5 ± 10,7 (26-70)
Puntaje de dolor en la escala de	47,8 ± 10,8 (27-66)
valoración numérica (media ± DE; rango)	7,8 ± 1,2 (4-10)
Dosis de tramadol (mediana ± DE; rango	75 ± 32,8 mg/día (33-200)

DE: desviación estándar

Tabla 3: Duración del dolor informada por pacientes en la visita inicial

Duración	n (%)
3-6 meses	3 (4)
6-12 meses	20 (26)
1-3 años	20 (26)
Más de 3 años	34 (44)
Total	77 (100)

Eficacia

Las dosis de tapentadol LP durante el primer y el cuarto mes de tratamiento fueron de $110,4 \pm 48,9$ mg/día (rango: 50-200) y $113,4 \pm 50,4$ mg/día (rango: 50-300), respectivamente.

La intensidad del dolor se evaluó con la escala de valoración numérica; el nivel de dolor al inicio fue de 7.8 ± 1.2 puntos (rango: 4-10). El puntaje se redujo en 1,5 puntos luego del primer mes de tratamiento con tapentadol LP y en 2,48 puntos luego de 4 meses (p<0,05 para todas las comparaciones, prueba t de Student, figura 3).

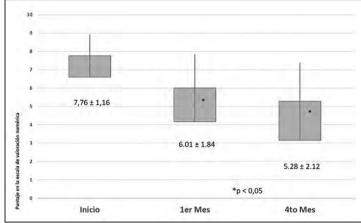


Figura 3: Intensidad del dolor (escala de valoración numérica) antes y después del tratamiento con tapentadol LP

La mayoría de los pacientes recibieron medicamentos adyuvantes al comienzo del estudio. Las proporciones correspondientes de aquellos que recibieron pregabalina, duloxetina y venlafaxina fueron del 64,9 %, el 23,4 % y el 13 %. Es importante destacar que el tratamiento con tapentadol LP se asoció a una reducción del 28,9 % en la dosis de pregabalina (dosis inicial: 98,8 % ± 67,9 mg/día versus 70,2 ± 44,4 mg/día al cuarto mes de tratamiento con tapentadol LP; diferencia: -28,57 mg/día; intervalo de confianza del 95 %: -48,92 a -8,22; p<0,01). Entre los pacientes que recibían antidepresivos de acción dual (duloxetina o venlafaxina), no se observaron diferencias significativas antes y después de los 4 meses de tratamiento con tapentadol LP en términos de dosis y de proporción de usuarios.

El cuestionario PGIC se utilizó para cuantificar el nivel de satisfacción de los pacientes con el tratamiento con tapentadol LP; de acuerdo a nuestros resultados, el 74 % y el 79 % de los participantes informaron una mejoría luego de uno y cuatro meses de tratamiento, respectivamente (figura 4).

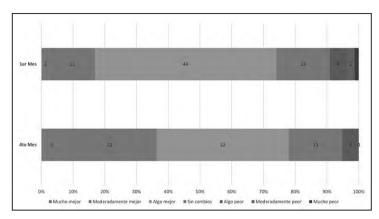


Figura 4: Satisfacción del paciente (cuestionario PGIC) antes y después del tratamiento con tapentadol LP

Seguridad

Los eventos adversos de mayor prevalencia fueron somnolencia y cefalea (tabla 4). El perfil de seguridad fue consistente con los datos actuales sobre tapentadol LP, y no se informaron reacciones adversas inesperadas.

Se consideró que la mayoría de los eventos adversos fueron leves y transitorios, y que no interferían con las actividades diarias. Cabe mencionar que la incidencia de los eventos adversos se redujo en un 50,6 % luego de 4 meses de tratamiento con tapentadol LP.

Tabla 4: Eventos adversos informados durante el tratamiento con tapentadol LP (n=77)

Evento adverso	Primer mes Cantidad de pacientes (% de todos los eventos adversos*)	Primer mes Cantidad de pacientes (% de todos los eventos adversos*)
Somnolencia	35 (23 %)	28 (36 %)
Cefalea	31 (20 %)	15 (19 %)
Náuseas	26 (17 %)	11 (14 %)
Vértigo	23 (15 %)	12 (16 %)
Estreñimiento	14 (9 %)	8 (10 %)
Vómitos	10 (7 %)	2 (3 %)
Otros	13 (8 %)	1 (1 %)

(*) 152 eventos adversos informados en el primer mes (**) 77 eventos adversos informados en el cuarto mes

Discusión

El dolor musculoesquelético crónico es una enfermedad prevalente que se caracteriza por tener resultados terapéuticos deficientes y se asocia a una mayor discapacidad y una mala calidad de vida. En particular, no se ha definido claramente al DCPT en la literatura. (9) A los fines prácticos, se lo puede considerar como dolor que se desarrolla luego de una lesión osteomuscular traumática (o luego de un procedimiento quirúrgico tras dicha lesión) y que se encuentra presente durante al menos dos meses, habiendo descartado otras causas de dolor. (9) A pesar de la mejoría en las tasas de sobrevida luego de lesiones traumáticas, una importante proporción de pacientes experimenta una baja calidad de vida, DCPT persistente y mayor riesgo de trastornos psiquiátricos. (9) Se considera que la interferencia causada por el dolor persistente es uno de los mayores indicadores del fracaso de la reinserción laboral tras una lesión traumática. (10) Como consecuencia, lograr un elevado nivel de control del dolor debe ser un objetivo de los tratamientos de primera línea en el enfoque de estos pacientes.

El tapentadol LP ha sido aprobado para el manejo del dolor crónico moderado a severo en pacientes adultos cuando se requiere un analgésico opioide con efecto durante todo el día por un período prolongado. (11) En este estudio observacional de la práctica clínica real, el tapentadol LP resultó ser una estrategia efectiva para controlar el DCPT moderado a severo en este grupo de pacientes que no logró analgesia con tramadol. Tanto la intensidad del dolor como la satisfacción de los participantes mejoraron con el tratamiento con tapentadol LP. Estos resultados fueron consistentes con investigaciones previas en las que se evaluó este tratamiento con opioides en pacientes con dolor crónico musculoesquelético en la columna lumbar, las rodillas y caderas, y también con neuropatía diabética dolorosa. (5) (7) (8) (12) (13) (14) (15) (16)

En este estudio, el tapentadol LP se asoció con un buen perfil de seguridad. Los eventos adversos fueron leves y transitorios, así como consistentes con investigaciones previas. (5) (7) (8) (12) (16) Cabe mencionar que el perfil de tolerabilidad de tapentadol LP fue superior en comparación con tratamientos con opioides previamente informados. (12) No se describió tolerancia a este analgésico durante el período de seguimiento; se mantuvo la dosis administrada de tapentadol LP durante el mantenimiento o incluso se incrementaron los efectos analgésicos, de acuerdo a lo detallado previamente. (11)

En el estudio, las tasas de discontinuación fueron menores (5,3 %) que aquellas informadas en la literatura actualmente disponible. (5) (17) (18) Como se sugirió anteriormente, (8) debe hacerse énfasis en la titulación de la dosis del tratamiento con tapentadol LP; asimismo, el tratamiento antiemético adyuvante con domperidona puede aumentar la tolerabilidad gastrointestinal. Limitar el uso de medicamentos concomitantes con efectos en el sistema nervioso central (p. ej., antidepresivos, ansiolíticos y relajantes musculares) también puede mejorar la tolerabilidad. Es preciso añadir que se relacionó al tapentadol LP con una disminución de la dosis de pregabalina en adyuvancia en nuestro grupo de estudio. Esto puede generar una mayor productividad laboral, según se informó anteriormente. (19)

Mientras que los estudios aleatorizados y controlados continúan siendo el estándar de referencia para probar las hipótesis sobre el tratamiento, se requieren otras formas de evidencia. Es necesario realizar estudios de evidencia de la práctica clínica real, como nuestro estudio prospectivo de cohortes, para evaluar en forma adecuada la relación beneficio/riesgo de los tratamientos cuando se los utiliza en la práctica clínica habitual. (20) Además, los estudios clínicos no siempre reflejan en forma precisa la eficacia y la seguridad de un medicamento en la práctica. (21)

En resumen, en este estudio de la práctica clínica real en pacientes que trabajan y cuentan con un componente de dolor neuropático elevado, se observó que tapentadol LP produce efectos beneficiosos en términos del control del dolor crónico postraumático, y se obtuvieron índices altos de eficacia y seguridad.

Conflicto de Interés:

Autor (es) declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

- El Dr. Gerardo Correa forma parte del Consejo Directivo de Dolor Neuropático de Grünenthal.

Recibido el 05 de mayo de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 21 de junio de 2020.

Correspondencia a: Dr. Gerardo Correa Unidad de Dolor. Hospital Clínico Mutual de Seguridad.

Santiago. Chile.

E-mail: doctorgerardocorrea@hotmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) Häuser W, Wolfe F, Henningsen P, et al. Untying chronic pain: prevalence and societal burden of chronic pain stages in the general population a cross-sectional survey, BMC Public Health. 2014; 14:352.
- (2) Roizenblatt S, Souza AL, Palombini L, et al. Musculoskeletal Pain as a Marker of Health Quality. Findings from the Epidemiological Sleep Study among the Adult Population of São Paulo City, PLoS One. 2015; 10(11):e0142726.
- (3) Gore M, Sadosky A, Stacey BR, et al. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings. Spine (Phila Pa 1976), 2012; 37(11):E668-77
- (4) Van Leeuwen MT, Blyth FM, March LM, et al. Chronic pain and reduced work effectiveness; the hidden cost to Australian employers. Eur J Pain. 2006; 10(2):161-6.
- (5) Etropolski M, Kuperwasser B, Flügel M, et al. Safety and tolerability of tapentadol extended release in moderate to severe chronic osteoarthritis or low back pain management: pooled analysis of randomized controlled trials. Adv Ther. 2014; 31(6):604-20.
- (6) Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids. Arthritis Res Ther. 2005;7(5):R1046-51.
- (7) Torres Morera L.M. Tapentadol Retard en el dolor crónico intenso. Revista Sociedad Española de Dolor, 2011; 18 (5):283-290.
- (8) Vadivelu N, Timchenko A, Huang Y, et al. Tapentadol extended-release for treatment of chronic pain: a review. J Pain Res. 2011; 4:211-8
- (9) Rosenbloom BN, Khan S, McCartney C, et al. Systematic review of persistent pain and psychological outcomes following traumatic musculoskeletal injury. J Pain Res. 2013: 6:39-51.
- (10) Ponsford J, Hill B, Karamitsios M, et al. Factors influencing outcome after orthopedic trauma. J Trauma. 2008; 64(4):1001-9.
- (11) Hoy SM. Tapentadol extended release: in adults with chronic pain. Drugs. 2012; 72(3):375-93
- (12) Santos J, Alarcão J, Fareleira F, Vaz-Carneiro A, Costa J. Tapentadol for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD009923
- (13) Afilalo M, Morlion B. Efficacy of tapentadol ER for managing moderate to severe chronic pain. Pain Physician. 2013; 16(1):27-40
- (14) Taylor R, Pergolizzi JV, Raffa RB. Tapentadol extended release for chronic pain patients. Adv Ther. 2013; 30(1):14-27
- (15) Schwartz S, Etropolski M, Shapiro DY, et al. Safety and efficacy of Tapentadol ER in patients with painful diabetic peripheral neuropathy: results of a randomized-withdrawal, placebo-controlled trial. Curr Med Res Opin 2011; 27 (1):151-62
- (16) Buynak R, Shapiro DY, Okamoto A, et al. Efficacy and safety of tapentadol extended release for the management of chronic low back pain: results of a prospective, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled Phase III study. Expert Opin Pharmacother. 2010; 11(11):1787-804
- (17) Wild JE, Grond S, Kuperwasser B, et al. Long-term safety and tolerability of tapentadol extended release for the management of chronic low back pain or osteoarthritis pain. Pain Pract. 2010; 10(5):416-27
- (18) Lange B, Kuperwasser B, Okamoto A, et al. Efficacy and safety of Tapentadol prolonged release for chronic osteoarthritis pain and low back pain. Adv Ther 2010; 27 (6):381-399
- (19) Lerner D, Chang H, Rogers WH, et al. Imputing at-work productivity loss using results of a randomized controlled trial comparing tapentadol extended release and oxycodone controlled release for osteoarthritis pain. J Occup Environ Med. 2012;54(8):933-8
- (20) De Lusignan S, Crawford L, Munro N. Creating and using real-world evidence to answer questions about clinical effectiveness. J Innov Health Inform. 2015;22(3):368-73.
- (21) Markley HG, Dunteman ED, Kareht S, et al. Real-world experience with once-daily gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia (PHN). Clin J Pain. 2015;31(1):58-65.

erova

Cuando el manejo del

dolor inflamatorio

es una prioridad



ETORICOXIB / SAVAL

- 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 comprimidos recubiertos



- 1.- Eur J Orthod. 2017 Nov 30;39(6)601-614.
- 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







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



Eteroval® Fabricado como producto semiterminado



Revista El Dolor 72 20-24; 2020

Síndrome de dolor crónico postmastectomía: ¿Qué podemos hacer en el período perioperatorio para disminuir su incidencia?

Postmastectomy chronic pain syndrome: what can we do to reduce the incidence?

Faúndez, Francisca (1); Contreras, Víctor (2,3); Contreras Felipe (4); Carbonell, Paulina (5)

Resumen

El síndrome de dolor crónico postmastectomía es frecuente en pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mamas, llegando a ser invalidante en casos severos. Existen distintos factores de riesgo para que éste se presente, siendo el dolor agudo postoperatorio el único en el cual podemos intervenir. La importancia de implementar estrategias de prevención en el periodo perioperatorio es fundamental. En la mantención de la anestesia general, la utilización de propofol se asocia con menor incidencia de dolor agudo postoperatorio. El uso de anestésicos locales, ya sea por vía tópica, subcutánea y sistémica, ha demostrado su beneficio para disminuir el dolor agudo. No obstante, solo el uso tópico y endovenoso ha sido útil para reducir el dolor hasta 3 meses postcirugía. Técnicas de analgesia regional, como el bloqueo PEC I y II, bloqueo paravertebral y bloqueo del erector de la espina han demostrado ser útiles para reducir el dolor agudo; pero solo el bloqueo paravertebral ha demostrado su utilidad en reducir el dolor hasta 1 año postcirugía. El uso de gabapentina, pregabalina y ketamina desde el periodo preoperatorio disminuyen la incidencia de dolor agudo postoperatorio. En tanto, la venlafaxina y dexmedetomidina demostraron su utilidad para reducir el dolor crónico.

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

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

(3)Profesor Asociado. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Concepción. Chile.

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

(5) Hospital Clínico Regional de Concepción. Concepción. Chile

Abstract

Postmastectomy chronic pain syndrome is common in patients undergoing surgery for breast cancer, becoming invalidating in severe cases. There are different risk factors for this to occur, with acute post-operative pain being the only one in which we can intervene. The importance of implementing prevention strategies in the perioperative period is essential. In the maintenance of general anesthesia, the use of propofol is associated with a lower incidence of acute post-operative pain. The use of local anesthetics, whether topically, subcutaneously and systemically, has shown its benefit in reducing acute pain. However, only topical and endovenous use has been useful to reduce pain up to 3 months after surgery. Regional analgesia techniques, such as PEC I and II block, paravertebral block, and spinal erector block have been shown to reduce acute pain; but only the paravertebral block has shown its usefulness in reducing pain up to 1 year after surgery. The use of gabapentin, pregabalin and ketamine from the preoperative period reduce the incidence of acute postoperative pain. Meanwhile, venlafaxine and dexmedetomidine proved useful in reducing chronic pain.

Introducción

El síndrome de dolor crónico postmastectomía es definido como una condición de dolor neuropático posterior a la realización de una cirugía por cáncer de mamas. Su prevalencia varía según los diferentes estudios y oscila entre un 20-60% de las mujeres sometidas a mastectomía. ¹⁻⁴ Se trata de un dolor localizado en la región de la axila, pared torácica anterior o lateral y/o en el brazo ipsilateral a la cirugía, que perdura por un periodo igual o mayor a 3 meses posterior a la mastectomía. ¹

Los factores más probables de la etiopatogenia del dolor crónico postmastectomía dicen relación con la lesión secundaria directa de un nervio durante el acto quirúrgico y/o la formación de tejido cicatricial cercano a éste postcirugía. El nervio más frecuentemente lesionado en las mastectomías es el intercostobraquial con una incidencia que varía entre un 80 a un 100% de los casos. ⁵

El síndrome de dolor postmastectomía puede presentarse hasta 10 años postcirugía ^{6,7}, pudiendo ser severo e invalidante en algunos casos. Entonces, debido a la alta prevalencia de esta patología en la población femenina, como también, lo prolongado e invalidante que puede llegar a ser el dolor crónico postmastectomía, se hace necesario buscar estrategias a utilizar en el período perioperatorio que reduzcan la incidencia y severidad de este problema.

Factores de riesgo

Son múltiples los factores de riesgo que se han descrito para desarrollar el síndrome de dolor crónico postmastectomía. Se ha visto una asociación positiva con la edad en la cual las pacientes son sometidas a una mastectomía; siendo aquellas pacientes que tienen una edad menor al momento de su intervención, las que presentan mayor riesgo de desarrollar dolor crónico. 7.8.9,10,11

La presencia de dolor postoperatorio agudo severo ha sido identificada como un factor de riesgo importante. La presencia de dolor preoperatorio también aumentaría el riesgo de desarrollar dolor crónico. ^{8,9}

Con respecto a la técnica quirúrgica realizada durante la cirugía de cáncer de mamas, se ha encontrado que las pacientes sometidas a disección ganglionar axilar presentan mayor riesgo de tener dolor crónico que aquellas pacientes sometidas sólo a biopsia de ganglio centinela o sin intervención sobre los linfonodos. 8,9,10,11 En un reciente metanálisis de Leysen *et al.* 10 se encontró que no existen diferencias significativas entre la realización de una mastectomía total y la cirugía conservadora.

Otro factor de riesgo relativo al tratamiento del cáncer de mamas es la radioterapia postoperatoria. Recientes estudios de Wang *et al.* ⁹ y de Leysen *et al.* ¹⁰, ambos metanálisis encontraron una oportunidad relativa (Odds Ratio=OR) de 1.32 y 1.35, respectivamente, de desarrollar dolor crónico post radioterapia. ^{9,10}

Leyson et 10 encontró en su metanálisis un OR de 1.44 para la quimioterapia en el contexto de cáncer de mamas.

Otros factores sociodemográficos han sido estudiados; tales como el consumo de alcohol, que disminuiría el riesgo de desarrollar dolor crónico ^{7,10}. A su vez, en relación con el consumo de tabaco existe evidencia científica discordante al respecto, encontrándose en un estudio prospectivo una asociación positiva ⁷; pero a la vez, en otro metanálisis, como un factor que reduce el riesgo a desarrollar dolor crónico ¹⁰.

En relación con los estratos socioeconómico y nivel educativo-cultural, la evidencia científica demuestra que las pacientes de los estratos más vulnerables estarían asociadas con un mayor riesgo de desarrollar síndrome de dolor crónico postmastectomía.^{7,10}

Manejo anestésico

El dolor agudo postoperatorio ha sido demostrado como un factor de riesgo para desarrollar dolor crónico postmastectomía, lo que lleva a la pregunta de qué estrategias podemos implementar en el periodo intraoperatorio que reduzcan el dolor.

Con respecto a la decisión de qué fármaco usar para la mantención de la anestesia general, se han realizado estudios comparando sevofluorano versus propofol y evaluando el rol de propofol en la hiperalgesia inducida por remifentanilo.

En un estudio prospectivo doble ciego efectuado por Shin *et al.*¹² se demostró que el uso de propofol asociado a remifentanil en pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mamas, resultó en menos dolor agudo postoperatorio y menor consumo de morfina IV postoperatoria versus el uso de sevofluorano con remifentanilo, concluyéndose que el propofol podría tener, dado su rol inhibitorio del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), un papel en la disminución de la hiperalgesia inducida por el remifentanilo.

En un análisis retrospectivo de pacientes operadas por cáncer de mamas realizado por Cho *et al.*¹³, concluyeron que el uso de sevofluorano para la mantención de la anestesia general se asociaba a mayor incidencia de dolor crónico postmastectomía, en comparación con las pacientes en las que se había administrado propofol para la mantención de la misma anestesia.

Anestésicos locales

La administración de lidocaína intravenosa durante el periodo intraoperatorio como coadyuvante de la analgesia ha sido preconizado para distintos tipos de cirugía. Su utilización en la cirugía por cáncer de mamas fue estudiada por Grigoras *et al.* ¹⁴, quienes administraron a un grupo, luego de la inducción anestésica, lidocaína en un bolo de 1,5mg/kg en 10 minutos, seguido de una infusión continua de 1,5mg/kg/hr hasta 60 minutos después del cierre de la piel. En sus resultados observaron que la incidencia de dolor postoperatorio a los 3 meses fue menor en el grupo de lidocaína que en el grupo control, así como también la extensión del área de la hiperalgesia, sin encontrar diferencias en relación con la incidencia y severidad del dolor agudo postoperatorio.

La aplicación tópica en zonas contiguas a las incisiones quirúrgicas de la crema EMLA®, que contiene una mezcla de prilocaína y lidocaína, fue testeada en un ensayo doble ciego y aleatorizado, en pacientes sometidas a mastectomía total o parcial con disección axilar. Los resultados evidenciaron una disminución en el consumo de analgésicos en los primeros 6 días postoperatorios y una menor incidencia de dolor a los 3 meses postcirugía en aquellas pacientes que fueron beneficiarias de la aplicación tópica de la crema EMLA®.15

Zielinski *et al.*¹⁶, en un estudio aleatorizado y doble ciego, realizaron una infiltración con bupivacaína (IB) (100mg en 40ml) en el tejido celular subcutáneo previo a la incisión quirúrgica de la mastectomía versus un grupo control a las que se infiltró suero fisiológico. Las pacientes que recibieron una IB en comparación con las pacientes del grupo placebo, requirieron menos fentanyl en el periodo intraoperatorio; presentaron menor consumo de morfina IV y menor puntuación en la Escala Visual Análoga de Dolor (EVA) entre las 4 y 12 hrs. post operatorias. Lamentablemente, en este ensayo clínico no se estudió la incidencia de dolor crónico.

En un estudio doble ciego y aleatorizado, Vigneau *et al.* ¹⁷, estudiaron la utilidad de la ropivacaína en una concentración de 7,5mg/ml versus placebo. Se infiltró

la incisión de la mastectomía y de la disección axilar al término de la cirugía, con una solución de 20ml de volumen total. Se evaluaron los grupos hasta dos meses postcirugía. Sus resultados revelaron una disminución significativa en el dolor postoperatorio sólo en las primeras 6 hrs. postoperatorias.

Albi-Feldzer *et al.*¹⁸ estudiaron el efecto de la infiltración postoperatoria de ropivacaína, en las incisiones quirúrgicas de la mama y de la axila; además del primer y segundo espacios intercostales. Sus resultados evidenciaron que no existía diferencia significativa en el dolor a los 3 meses postoperatorios entre las pacientes que recibieron ropivacaína y las del grupo control.

El uso de instilación continua de anestésicos locales (bupivacaína y levobupivacaína) a través de la inserción de un catéter subcutáneo en la incisión quirúrgica ha sido evaluada en diversos estudios ^{19,20,21,22}. Solamente en tres de estos se pudo demostrar su utilidad para disminuir el dolor postoperatorio agudo y el consumo de opioides IV en el periodo postoperatorio. No se realizó seguimiento para evaluar el desarrollo de dolor crónico en ninguno de estos ensavos.

Anestesia regional

Múltiples bloqueos regionales se utilizan actualmente en la cirugía de mamas. El bloqueo pectoral I y II consiste en dar anestesia y analgesia al área pectoral (PEC I) y a la región axilar (PEC II) mediante el bloqueo de los nervios pectorales lateral y medial y el nervio torácico largo ²³. Sin embargo, pareciera ser necesario el uso de ambos bloqueos (PEC I y II) para lograr una buena analgesia ²⁴. La literatura apoya el uso de ambos bloqueos para disminuir el dolor postoperatorio agudo y el consumo de opioides intra y postoperatorio ^{25,26,27}. Sin embargo, no se han realizado estudios para evaluar su utilidad en la prevención del dolor crónico postmastectomía.

El bloqueo paravertebral consiste en una técnica de analgesia locoregional, que puede ser realizada mediante la utilización de reparos anatómicos; o bien, guiada bajo ecografía. Consiste en infiltrar un anestésico local en el espacio paravertebral, donde se alojan los nervios espinales a nivel torácico. Se ha estudiado el efecto de este bloqueo en cirugía de cáncer de mamas, encontrándose disminución en el dolor agudo postoperatorio ²⁸ y en el dolor crónico postoperatorio ^{28,29} evaluado hasta 1 año después de la cirugía²⁸.

Un bloqueo recientemente introducido en la práctica clínica es el bloqueo del erector de la espina (ESP block); el cual ha sido utilizado en mastectomías, con buenos resultados en cuanto a disminución del dolor postoperatorio agudo. Permite, además, disminuir el consumo IV de opioides intraoperatorios 30,31,32. Sin embargo, aún no se han efectuado estudios sobre el potencial beneficio de este bloqueo en la disminución de la incidencia o atenuación del dolor crónico postmastectomía.

Analgesia preventiva sistémica

La gabapentina es un fármaco antiepiléptico utilizado ampliamente para el dolor neuropático. Diversos estudios han demostrado su eficacia para reducir el dolor postoperatorio agudo en las mastectomías y disminuir el consumo de opioides postoperatorios. Las dosis recomendadas oscilan entre los 400mg a los 1.200mg, una a dos horas previo al inicio de la cirugía ^{33,34,35,36}. A su vez, en una revisión sistémica efectuada por Rai *et al.*³⁷, se concluyó que falta evidencia de calidad para establecer que la gabapentina produce una disminución en la incidencia del dolor crónico postmastectomía.

La pregabalina también fue sujeto de análisis por el grupo de Rai *et al.*³⁷, en dosis que fluctúan entre los 75mg hasta los 300mg, administradas previa y posteriormente a la cirugía, demostrándose que produce disminución en el dolor postoperatorio inmediato (primeras 24 horas) y reducción en el consumo de opioides postoperatorios. Al igual que para la gabapentina, la evidencia científica analizada es de baja calidad al estudiarse el posible beneficio de la pregabalina en la incidencia y/o severidad del dolor crónico postmastectomía.

La venlafaxina es un antidepresivo, cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir la recaptación de serotonina y noradrenalina. En un interesante estudio doble ciego realizado por Amr y Yousef ³⁸, se administró venlafaxina en dosis de 37,5mg al día, gabapentina 300mg al día y placebo, por 10 días, desde la noche previa a la cirugía. Los resultados demostraron que ambos fármacos reducen los requerimientos de analgésicos postoperatorios, pero sólo la venlafaxina reduce el dolor crónico postmastectomía.

La dexmedetomidina (DEX) es un agonista selectivo de los receptores alfa-2. Se estudió la influencia de la administración de una infusión continua endovenosa de DEX (solución de 2µg/ml) durante el periodo perioperatorio. En el periodo intraoperatorio, se administró una dosis de carga de 0,5 ml/kg por 30 minutos y luego una dosis de mantención de 0,25 ml/kg/hr durante el resto de la cirugía. Esta infusión se mantuvo por las primeras 24 hrs. del periodo postoperatorio a una dosis de 0,1 ml/kg/hr. Las pacientes beneficiarias de la infusión continua de DEX, en comparación con aquellas que recibieron una infusión de suero fisiológico (placebo), presentaron menor consumo de fentanilo en el intraoperatorio; de paracetamol EV en el periodo postoperatorio y menores índices de dolor, tanto en reposo como en movimiento. Las mediciones de la calidad de vida mediante una escala ad-hoc arrojó ser superior en estas pacientes en comparación con las que recibieron placebo. Se concluyó que la infusión de DEX jugó un papel fundamental en la atenuación de la incidencia y severidad del dolor crónico de estas pacientes, mejorando su calidad de vida.39

La ketamina (KET) utilizada en una dosis de 0,5 mk/kg IV al momento de la inducción de la anestesia general, asociada a una infusión continua de 0,25 mg/kg/hr durante toda la cirugía se demostró igualmente útil que la administración de 150 mg de pregabalina preoperatoria para reducir el dolor agudo y el consumo de morfina IV postcirugía de cáncer de mamas durante las primeras 24 hrs ⁴⁰

Conclusión

El cáncer de mamas es una patología prevalente, cuyo diagnóstico es cada vez más precoz; con una sobrevida que va en aumento. La incidencia y severidad del dolor agudo postmastectomía es uno de los factores más importantes en la incidencia de dolor crónico postcirugía, pudiendo ser, en algunos casos, invalidante. Las estrategias terapéuticas y farmacológicas que se han demostrado de utilidad para reducir el dolor agudo postoperatorio, como también aquéllas útiles para reducir el dolor crónico postcirugía, deben ser consideradas e implementadas para la prevención de éste, mediante la génesis de protocolos de manejo del dolor, utilizando todos los fármacos y técnicas de analgesia locoregional que la evidencia científica apoya como beneficiosas, para lograr minimizar la incidencia y severidad de éste; y así, reducir la posibilidad de desarrollar dolor crónico postcirugía en este tipo de pacientes, con la consiguiente mejoría en la calidad de vida de ellas.

Referencias Bibliográficas

- (1) Meijuan Y, Zhiyou P, Yuwen T,Ying F, Xinzhong C. A retrospective study of postmastectomy pain syndrome: incidence, characteristics, risk factors, and influence on quality of life. ScientificWorldJournal 2013; 2013:159732.
- (2) Vilholm OJ, Cold S, Rasmussen L, Sindrup SH. The postmastectomy pain syndrome: an epidemiological study on the prevalence of chronic pain after surgery for breast cancer. Br J Cancer. 2008; 99:604–10.
- (3) Gärtner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. JAMA 2009; 302:1985.
- (4) Mejdahl MK, Andersen KG, Gärtner R, Kroman N, Kehlet H. Persistent pain and sensory disturbances after treatment for breast cancer: six-year nationwide follow-up study. BMJ 2013; 346: f1865.
- (5) Miguel R, Kuhn AM, Shons AR, Dyches P, Ebert MD, Peltz ES *et al.* The effect of sentinel node selective axillary lymphadenectomy on the incidence of postmastectomy pain syndrome. Cancer Control 2001; 8 (5):427-30.
- (6) Forsythe LP, Alfano CM, George SM, McTiernan A, Baumgartner KB, Berstein L. *et al.* Pain in long-term breast cancer survivors: The role of body mass index, physical activity, and sedentary behavior. Breast Cancer Res Treat 2013; 137(2):617–30.
- (7) Johannsen M, Christensen S, Zachariae R, Jensen AB. Socio-demographic, treatment-related, and health behavioral predictors of persistent pain 15 months and 7-9 years after surgery: a nationwide prospective study of women treated for primary breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2015; 152(3):645-58.
- (8) Poleshuck EL, Katz J, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI *et al.* Risk factors for chronic pain following breast cancer surgery: a prospective study. J Pain. 2006: 7(9):626-34
- (9) Wang L, Guyatt GH, Kennedy SA, Romerosa B, Kwon HY, Kaushal A et al. Predictors of persistent pain after breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. CMAJ. 2016; Oct 4; 188 (14): E352-E361 doi:10.1503/cmaj.
- (10) Leysen L, Beckwée D, Nijs J, Pas R, Bilterys T, Vermeir S *et al.* Risk factors of pain in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2017; 25 (12):3607-43.
- (11) Andersen KG, Kehlet H. Persistent pain after breast cancer treatment: a critical review of risk factors and strategies for prevention. J Pain. 2011; 12(7):725-46.
- (12)Shin SW, Cho AR, Lee HJ, Kim HJ, Byeon GJ, Yoon JW. Maintenance anaesthetics during remifentanil-based anaesthesia might affect postoperative pain control after breast cancer surgery. Br J Anaesth. 2010;105 (5):661–7.

- (13) Cho AR, Kwon JY, Kim KH, Lee HJ, Kim HK, Kim ES, et al. The effects of anesthetics on chronic pain after breast cancer surgery. Anesth Analg. 2013; 116:685-03
- (14) Grigoras A, Lee P, Sattar F, Shorten G. Perioperative intravenous lidocaine decreases the incidence of persistent pain after breast surgery. Clin J Pain. 2012; 28(7):567-72.
- (15) Fassoulaki A, Sarantopoulos C, Melemeni A, Hogan Q. EMLA reduces acute and chronic pain after surgery for breast cancer. Reg Anesth Pain Med. 2000; 25(4):350–5
- (16) Zielinski J, Jaworski R, Smietanska I, Irga N, Wujtewics M, Jaskiewics J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of preemptive analgesia with bupivacaine in patients undergoing mastectomy for carcinoma of the breast. Med Sci Monit. 2011: 17(10):589-97.
- (17) Vigneau A, Salengro A, Berger J, Rouzier R, Barranger E, Marret E et al. A double-blind randomized trial of wound infiltration with ropivacaine after breast cancer surgery with axillary nodes dissection. BMC Anesthesiol. 2011; Nov24; 11:23.doi: 10.1186/1471-2253-11-23.
- (18) Albi-Feldzer, A., Mouret-Fourme, E.E., Hamouda, S., Motamed, C., Dubois, P.Y., Jouanneau, L. *et al.* A double-blind randomized trial of wound and intercostal space infiltration with ropivacaine during breast cancer surgery: Effects on chronic postoperative pain. Anesthesiology. 2013; 118(2): 318–26.
- (19) Jacobs VR, Morrison JE Jr. Application of a locally placed anaesthesia catheter for reduction of postoperative pain after mastectomy for breast cancer. Int J Fertil Womens Med. 2006; 51(5): 225-9.
- (20)Schell SR. Patient outcome after axillary lymph node dissection for breast cancer: use of postoperative continuous local anaesthesia infusion. J Surg Res. 2006; 134(1):124-32.
- $(21) Talbot \ H, \ Hutchinson \ P, \ Edbrooke \ DL, \ Wrench \ I, \ Kohlhardt \ SR. \ Evaluation \ of \ a local \ anaesthesia \ regimen \ following \ mastectomy. \ Anaesthesia. \ 2004; 59(7): 664-7.$
- (22)Stratizar B, Besic N. Comparison of continuous local anaesthetic and systemic pain treatment after axillary lymphadenectomy in breast carcinoma patients a prospective randomized study. Radiol Oncol. 2013; 47(2): 145-153.
- (23) Vilchis-Rentería J, González-Guzmán M. Bloqueos de nervios pectorales guiados por ultrasonido (PEC I y PEC II). Rev Mex Anest. 2016; 39. Supl. 1 pp S214-S215.
- (24) Cros J, Sengès P, Kaprelian S, Desroches J, Gagnon C, Labrunie A et al. Pectoral I Block Does Not Improve Postoperative Analgesia After Breast Cancer Surgery: A Randomized, Double-Blind, Dual-Centered Controlled Trial. Reg Anesth Pain Med. 2018: 43(6): 596–604.
- (25) Thomas M, Philip FA., Mathew AP, Jagathnath Krishna KM. Intraoperative pectoral nerve block (Pec) for breast cancer surgery: A randomized controlled trial. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2018; 34(3): 318-323.
- (26)Bashandy GM1, Abbas DN. Pectoral nerves I and II blocks in multimodal analgesia for breast cancer surgery: a randomized clinical trial. Reg Anesth Pain Med. 2015; 40(1):68-74.
- (27) M N, Pandey RK, Sharma A, Darlong V, Punj J, Sinha R *et al.* Pectoral nerve blocks to improve analgesia after breast cancer surgery: A prospective, randomized and controlled trial. J Clin Anesth. 2018; 45:12-17.
- (28) Kairaluoma, P.M., Bachmann, M.S., Rosenberg, P.H., Pere, P.J. Preincisional paravertebral block reduces the prevalence of chronic pain after breast surgery. Anesth Analg. 2006; 103: 703–708.
- (29) Ibarra Marti ML, S-Carralero G-Cuenca M, Vicente Gutiérrez U, Cuartero del Pozo A, López Rincón R, Fajardo del Castillo MJ. Comparación entre anestesia general con o sin bloqueo paravertebral preincisional con dosis única y dolor crónico postquirúrgico, en cirugía radical de cáncer de mama. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2011; 58(5): 290–294.
- (30) Bonvicini D, Giacomazzi A, Pizzirani E. Use of the ultrasound-guided erector spinae plane block in breast surgery. Minerva Anestesiol. 2017; 83(10):1111-2.
- (31) Kimachi PP, Martins EG, Peng P, Forero M. The erector spinae block provides complete surgical Anesthesia in Breast Surgery: A Case Report. A A Pract. 2018;11(7):186-188.

- (32) Nair AS, Seelam S, Naik V, Rayani BK. Opioid free mastectomy in combination with ultrasound-guided erector spinae block: A series of five cases. Indian J Anaesth. 2018; 62(8): 632-634. doi: 10.4103/ija.IJA--_314_18.
- (33). Grover VK, Mathew PJ, Yaddanapudi S, Sehgal S. A single dose of preoperative gabapentin for pain reduction and requirement of morphine after total mastectomy and axillary dissection: Randomized placebo-controlled double-blind trial. J Postgrad Med. 2009; 55(4): 257-60. doi: 10.4103/0022-3859.58928.
- (34) Dirks J, Fredensborg BB, Christensen D, Fomsgaard JS, Flyger H, Dahl JB. A randomized study of the effects of single- dose gabapentin versus placebo on postoperative pain and morphine consumption after mastectomy. Anesthesiology: 2002; 97(3):560-4.
- (35) Fassoulaki A, Patris K, Sarantopoulos C, Hogan Q. The analgesic effect of gabapentin and mexiletine after breast surgery for cancer. Anesth Analg. 2002; 95(4):985-91.
- (36) Doha NM, Rady A, El Azab SR. Preoperative use of gabapentin decreases the anesthetic and analgesic requirements in patients undergoing radical mastectomy. Egypt J Anaesth. 2012; 26(4):287-91.
- (37) Rai A, Khan J, Dhaliwal J, Busse J, Choi S, Devereaux P, et al. Preoperative pregabalin or gabapentin for acute and chronic postoperative pain among patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2017; 70(10): 1317-28. doi: 10.1016/j.bjps.2017.05.054. Epub 2017 Jun 9.
- (38) Amr YM, Yousef AA. Evaluation of efficacy of the perioperative administration of Venlafaxine or gabapentin on acute and chronic postmastectomy pain. Clin J Pain. 2010; 26(5): 381-5. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181cb406e.
- (39) Gaurav J, Pranav B, Bashir A, Dinesh KS, Ghanshyam Y. Effect of perioperative infusion of dexmedetomidine on chronic pain after breast surgery. Indian J Palliat Care. 2012; 18(1): 45-51.
- (40) Mahran E, Hassan ME. Comparison of pregabaline versus ketamine in postoperative pain management in breast cancer surgery. Saudi J Anaesth. 2015; 9(3): 253-7.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 22 de abril de 2019, aceptado sin corrección para publicación el 09 de mayo de 2019.

Correspondencia a:

Dr. Víctor Contreras Domínguez.

Servicio de Urgencia y Anestesia Hospital Clínico Regional de Concepción.

Concepción. Chile.

E-mail: dr.vcontreras@gmail.com

Coxidol®

Etoricoxib 60 y 120 mg

Libre de dolor por más tiempo





- · 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)







Cox-CL-00002-02-2020

Revista El Dolor 72 26-29; 2020

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo (1)

Como autor de esta columna Revista de Revistas, a mi cargo casi desde el inicio de la revista EL DOLOR, quiero agradecer a la nueva directiva de ACHED-CP la confianza depositada en mi persona, para continuar con esta pequeña contribución en la labor de difusión y análisis de algunos de los variados y numerosos tópicos publicados en la literatura relacionada al Dolor y a los Cuidados Paliativos. Desde estas páginas, deseo el mejor de los éxitos al Presidente de ACHED y a su equipo de trabajo en el logro de los objetivos que mueven a nuestra sociedad científica.

El año 1995 iniciamos un convenio de colaboración entre ACHED-CP y la Sociedad Española del Dolor SED, en el cual establecimos un intercambio permanente de información científica a través de nuestras revistas, participación y asistencia de un número determinado de socios a los respectivos congresos de ambas entidades, intercambio científico y posibilidad de capacitaciones para los chilenos en unidades de la SED. Este intercambio se ha mantenido en forma ininterrumpida hasta el día de hoy, con algunas pequeñas variaciones, lógicas de acuerdo a nuestras respectivas realidades, en cuanto al número oficial de concurrentes y su financiamiento. Este acuerdo ha permitido a muchos de los socios de ACHED, tener la oportunidad de perfeccionarnos en algunas de las unidades españolas de dolor, como también nos ha facilitado la asistencia a sus congresos.

El año 2018 tuve el privilegio de ser uno de los representantes de ACHED que asistió al XV Congreso de la SED, integrando el equipo de evaluadores de la sesión de póster. Se desarrollaron 19 ítems, con un total de 228 trabajos. Sin duda, se trata de un gran aporte del mundo hispanoparlante, el que se acopia en un libro de resúmenes que he puesto a disposición del director de la revista, para ser incluido en nuestra página web, para conocimiento de nuestros socios.

En esta ocasión, he escogido para esta sección un pequeño número de estas presentaciones para invitarlos a conocer el resto en nuestra página web. Cabe destacar que entre las publicaciones hay una perteneciente a la Unidad de Dolor Agudo del Hospital Padre Hurtado y que pongo a disposición de nuestros lectores, a quienes invito a presentar en el futuro sus experiencias en este tipo de actividades.

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

P-030 PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR IRRUPTIVO ASOCIADO AL DOLOR CRÓNICO POR LUMBALGIA EN ANDALUCÍA: ESTUDIO COLUMBUS, Manuel Jesús Rodríguez (1), Luis Miguel Torres (2), Antonio Javier Jiménez (3), Ana Cabezón (3), (1) Hospital Regional de Málaga, (2) Hospital Puerta del Mar, Cádiz, (3) Kyowa Kirin Farmacéutica, Madrid.

Introducción: El dolor irruptivo (DI) oncológico ha sido objeto de numerosos estudios recientes. Sin embargo, la prevalencia, características y tratamiento del DI asociado al dolor crónico por lumbalgia es poco conocido. Este tipo de DI puede afectar notablemente a la calidad de vida del paciente [1,2].

Objetivos: Evaluación de la prevalencia, caracterización y tratamientos del DI en pacientes con dolor crónico secundario a lumbalgia crónica en Andalucía y Melilla.

Metodología: Estudio observacional, multicéntrico y transversal, realizado entre julio y diciembre de 2015, con participación de 20 hospitales de Andalucía y Melilla. En el análisis de prevalencia del DI se incluyeron 1.868 pacientes y en el de caracterización, 295 pacientes. En el estudio de prevalencia se recogieron las siguientes variables: presencia de DI, sexo y edad. En el estudio de caracterización se recogieron datos relativos al tipo y localización del dolor, tratamiento, cumplimiento, y satisfacción del paciente.

Resultados: La prevalencia del DI en pacientes con dolor crónico secundario a lumbalgia crónica es del 37,5% (IC 95%: 35,3%-39,7%), y es similar en hombres y mujeres. Un 75% de los pacientes eran mayores de 50 años. La media de DI fue de 84,4 puntos en la escala visual analógica (EVA). El 59,1% de los pacientes analizados había tenido más de 10 episodios de DI en el mes previo a la recogida de los datos y un 21,8% de los pacientes sufría más de 5 crisis diarias. El tratamiento del dolor crónico es tratado con una amplia gama de opiáceos (Figura 1). El fármaco preferente de los pacientes que controlan el DI con opiáceos es fentanilo (78,3%, Figura 1) y la forma de administración más común de éste es la nasal (53,2%). El grado de cumplimiento, tanto para el dolor base como el DI, es alto (>90%). El 46,3% de los pacientes consideran muy satisfactorio el control de su DI.

Conclusiones: El DI es frecuente entre los pacientes de lumbalgia crónica tratados con opiáceos. Los datos epidemiológicos sobre el DI en Andalucía y Melilla generados por este estudio nos ha permitido conocer su prevalencia y características, así como los tratamientos preferidos y el grado de satisfacción de los pacientes.

Bibliografía: [1] Portenoy *et al.* (2010) J. Opioid Manag. 6: 109-116; [2] Taylor *et al.*, (2007) Pain Med. 8: 281-288. Agradecimientos: Este estudio ha sido patrocinado por Kyowa Kirin Farmacéutica S.L.U. Revista de Revistas 27

P-068 COMPLICACIONES DE ANALGESIA EPIDURAL EN 1689 PACIENTES. UNIDAD DE DOLOR AGUDO, HOSPITAL PADRE HURTADO. Susan Mariño Aravena (1), Víctor Parra Morales (2), Ricardo Hernández Ortega (1), Nelson Fernández Benavides (3), (1) Hospital Padre Hurtado y Clínica Santa María, (2) Facultad de Medicina, Universidad de Chile, (3) Independiente

Introducción: Desde su creación en 2013, nuestra Unidad de Dolor Agudo ha controlado 1.817 pacientes en diversas especialidades quirúrgicas. De ellos, 1.689 recibieron analgesia postoperatoria mediante catéter epidural.

Objetivos: Nuestro objetivo fue comparar las técnicas epidural lumbar versus torácica, especialmente sus complicaciones.

Metodología: Se recogió retrospectivamente la información de 50 meses hasta enero de 2018, analizando un total de 1.689 pacientes con analgesia epidural, se realizó análisis demográfico y clínico comparando las técnicas lumbar versus torácica, analizadas según t student o chi-2, según tipo de variables.

Resultados: En 1.026 pacientes (61%) se usó epidural lumbar (EL) y en 660 (39%) epidural torácica (ET). La media de EVA fue < 3 en las primeras 48 horas en ambos grupos. Los pacientes con EL fueron de mayor edad que aquéllos con ET(61±16.6 vs 57±16.6 años, respectivamente, P<0.01 por t student). Del grupo EL, el 78% correspondieron a cirugía traumatológica. Del grupo ET, el 52% fueron cirugía digestiva, y menos del 1% cirugía traumatológica (P<0.001 por chi-2). Hubo mayor incidencia de complicaciones menores en EL versus ET (10% vs 5% respectivamente, P<0.001 por chi-2), con mayor incidencia de bloqueo motor (1,1%), retención urinaria (1,1%) e hipotensión (0,8%) en grupo EL, sin bloqueo motor ni retención urinaria en ET. La complicación más frecuente en ambos grupos fue la disfunción del catéter (4,2% y 3,2% en EL y ET respectivamente, P no significativo). Los síntomas neurológicos transitorios se observaron en 0,7% y 0,5% en EL y ET, respectivamente (P no significativo). Hubo 5 punciones durales en el grupo EL y 2 en el ET (P no significativo). No hubo complicaciones mayores ni muertes relacionadas con la técnica analgésica. Hubo un 10,5% de pacientes ingresados pero no controlados, sin variación entre los grupos.

Conclusiones: La analgesia epidural fue la técnica analgésica predominante en nuestra Unidad, principalmente EL, utilizada mayormente en cirugía traumatológica en población de mayor edad que el grupo ET. Hubo mayor incidencia de complicaciones menores en el grupo EL versus ET. Si bien el bloqueo motor es una complicación frecuente de la epidural (ref-1), en nuestra revisión la observamos sólo en 1,1% de las EL, y en ningún caso en ET. Sumados bloqueo motor y síntomas neurológicos, ambas causas relevantes de suspensión de tratamiento, éstas ascendieron a sólo 1,8% en EL y 0,5% en ET. La complicación más frecuente fue disfunción de catéter, similar en ambos grupos (ref 2). La analgesia epidural continúa siendo una alternativa segura, tanto en EL como ET, con baja incidencia de complicaciones.

Bibliografía:

Pérez y Fernández, (2018) Rev Soc Esp Dolor;25(1):1-3, Hermanides *et al*, (2012) British Journal of Anaesthesia; 109(2): 144-54

P-184 TRATAMIENTO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS EN SINOVITIS POSTMENISCECTOMIA DE RODILLA. Francisco Javier Pariente Cazorla (1), María del Mar Dionisio Plaza (1), Pilar García Velasco (1), (1) Har Guadix.

Introducción: El plasma rico en plaquetas (PRP) está demostrando tener un papel importante en el tratamiento de ciertas patologías musculoesqueléticas. En el presente trabajo presentamos una serie de dos pacientes con Sinovitis postmeniscectomía tratados con PRP tras agotar otras vías terapéuticas.

Caso Clínico: Se presentan dos pacientes con rotura del cuerpo y cuerno posterior menisco interno que, tras recibir tratamiento mediante meniscectomía artroscópica, acuden a consulta a los dos meses de la misma con un cuadro compatible con Sinovitis de rodilla. Ambos pacientes han realizado tratamiento farmacológico y rehabilitador desde la retirada de la sutura a los 12 días postoperatorios. El paciente A precisó dos drenajes articulares de líquido de características inflamatorias y se sometió en el mismo momento a una infiltración de corticoesteroides y anestésico local, sin éxito. El paciente B ha precisado el mismo tratamiento en 1 ocasión, también sin éxito. El paciente A refiere dolor catalogado como EVA 8 y el paciente B un EVA 7. El balance articular de ambos pacientes era de 0-90°. Se les propone a ambos pacientes tratamiento con PRP, realizándose 3 infiltraciones separadas por 14 días. A los 2 meses tras la 1º infiltración de PRP, ambos pacientes no presentan derrame articular, tienen un balance articular completo y refieren un dolor catalogado como EVA 2-3. A los 4 meses, ambos pacientes refieren encontrarse asintomáticos y estar desarrollando con normalidad su trabajo habitual, así como una actividad deportiva levemoderada.

Discusión: El tratamiento con PRP para la patología inflamatoria de rodilla podría tener su lugar, si bien es necesario ampliar el estudio con más casos para demostrar estadísticamente su validez.

Bibliografía:

- 1- Bahar dernek; fatma nur kesiktas; tahir mutlu duymus; tugba aydin; nilgun isiksacan; demirhan diracoglu; cihan aksoy. In: Journal of Physical Therapy Science. 2017 29(5):896-901; The Society of Physical Therapy Science, 2017.
- 2- Sánchez M, Azofra J, Anua E, Andía Padla S, Santteban J, Muja Plasma rh growth factors to treat an articular cartilage avulsion: a case report. Med SciSports Exerc. 2003 Oct;35(10):1648-52.; Everts PA, Knape JT, Werh G, Schönberger JP, Hoffmann J, Overdevest EP, Box HA, van Zundert A. Platelet-rh plasma and platelet gel: a revw. J Extra Corpor Technol. 2006 Jun;38(2):174-87.

P-071 DETECCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS SECUNDARIAS A OPIOIDES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H.U. LA PRINCESA. Dolores Ochoa Mazarro (1), Gabriela Seronero Vasquez (1), Noelia Sanchez Martinez (1), Isabel López Isidro (1), Concepción Pérez Hernández (1) (1) Unidad del Dolor. Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción: La aparición de reacciones adversas (RAs) es una de las causas de mal cumplimiento terapéutico y mala adherencia al tratamiento con opioides. Identificar el número de reacciones adversas que se consultan en el SU puede servir para llevar a cabo las medidas preventivas necesarias para evitar en lo posible los efectos adversos que más lleva a los pacientes a acudir a los SU y así mejorar el cumplimiento terapéutico y la adherencia al tratamiento, así como un mejor control del dolor

Objetivos: El objetivo principal del estudio es implementar un sistema proactivo de farmacovigilancia para la detección de RAS en pacientes con tratamiento con opioides que acuden al SU, para así determinar cuáles son las RAs a opioides más frecuentes e identificar factores demográficos y/o clínicos que confieren un mayor riesgo de sufrir una reacción adversa.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal para detectar posibles reacciones adversas a opioides mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes que llegaron al Servicio de Urgencias desde enero a junio de 2016 y en cuya historia apareciese alguna palabra "gatillo". Para establecer la causalidad, se aplicó el algoritmo de causalidad del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano.

Resultados: Se registraron un total de 447 reacciones adversas en 291 pacientes. De los 49.532 pacientes que acudieron a urgencias, 3.281(6.62%) tenían opioides en su tratamiento y de estos, el 8.87% (291 pacientes) tuvo alguna reacción adversa. De las 447 reacciones adversas, el 73.15% aparecieron en mujeres; el 75.84% en 65 años y en 74.50% en polimedicados. Las reacciones adversas más frecuentes fueron las gastrointestinales (53.02%) y las del sistema nervioso central (21.92%). El tramadol es el opioide más frecuentemente identificado, apareciendo en un 51% de los eventos.

Conclusiones: Las reacciones adversas a opioides son una importante causa de mal cumplimiento terapéutico. En muchos casos son prevenibles, debiéndose mejorar el reconocimiento y la profilaxis de las mismas. Se necesitan más estudios de farmacovigilancia en la práctica clínica diaria para finalmente optimizar la adherencia terapéutica y así, conseguir mejor control.

Bibliografía:

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2017) Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano. ¿Qué es el Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano?, 22 March. Available at: ttps://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/home.htm (Accessed: 14 May 2017).
- -Brenner, D.M., Stern, E. and Cash, B.D. (2017) 'Opioid-Related

Constipation in Patients With Non-cancer Pain Syndromes: a Review of Evidence-Based Therapies and Justification for a Change in Nomenclature', Current Gastroenterology Reports, 19(3), p. 12. doi: 0.1007/s11894-017-0560-2

P-034 REGISTRO DE LA QUINTA CONSTANTE VITAL CON ESCALA VISUAL ANALÓGICA VERSUS NUMÉRICA VERBAL. Dolores Bedmar Cruz (1), Tomás Sebastián Viana (1), Mª del Mar González Esteban (1), Mª José Guinaldo Elices (1), Ana Rincón Higuera (1), Raquel Montoro Antón (1), Natalia Fernández (1), Eva Alarcón Aramburu (1), José Olarra Nuel (1) (1) Hospital Universitario de Fuenlabrada

Introducción: El Comité de Atención al Dolor (CAD) del Hospital Universitario de Fuenlabrada, desde su constitución en el año 2009, tiene como objetivo el registro de la intensidad de dolor como la quinta constante vital. Para ello, se incluyó en la gráfica de enfermería, el registro de la Escala Visual Analógica (EVA) por turno en todas las unidades de hospitalización.

Objetivos: Nuestro objetivo principal fue evaluar si las medidas de EVA y ENV eran superponibles. Secundariamente, comprobar si el uso de la ENV es útil para valorar la existencia y la evolución de la intensidad del dolor en un mismo paciente.

Metodología: Diseñamos un estudio transversal y prospectivo registrando el EVA y la ENV en los pacientes que contaban con interconsulta al servicio de anestesiología, tanto de dolor agudo postoperatorio (DAP) como de dolor crónico (DC), durante el año 2017.

La enfermera de la Unidad del Dolor (UD) evaluó ambas constantes, EVA y ENV, en todos los pacientes, en reposo y en movimiento y lo registró en la gráfica del paciente. El registro se hizo diario hasta que el paciente fue dado de alta por la UD. Los datos se trataron con el sistema estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se registraron 212 pacientes, el 86,3% (118 pacientes) eran de DAP, 11,8% (25 pacientes) de DC no oncológico y 1,9% (4 pacientes) de DC oncológico. La edad media de los pacientes fue de 58,74 (DE=14,46). 124 (58,5%) eran mujeres y 88 (41,5%) eran hombres. En reposo se realizó el registro de EVA en los 212 pacientes, en 209 la ENV. En movimiento 181 registros de EVA y 180 con la ENV. La valoración del dolor se realiza: EVA/ENV 0 no dolor, 1-3 dolor leve, 4-7 moderado y >7 dolor severo. En reposo, la media de EVA es 2,3 (DE 2,7) y la media de ENV es 2,7 (DE 3,1). La diferencia de medias es -0,41, para un intervalo de confianza del 95% (-0,56-0,27) y es estadísticamente significativa con p<0,001. En movimiento, la media de EVA es 5,81 con DE 2,47 y la ENV, la media es de 6,62 con una DE de 3,1. La diferencia de medias es de -0,81, para un intervalo de confianza del 95%, nos da una diferencia estadísticamente significativa (p<0,001).

Conclusiones: Los valores de ENV son más altos que los del EVA por lo que no son superponibles. La ENV es más sencilla de utilizar y por los análisis preliminares es muy buena para discriminar la ausencia y la presencia de dolor.

Revista de Revistas 29

P-050 FACTORES SOCIALES, DISCAPACIDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO Ester Solé (1), Mélanie Racine (2), Catarina Tomé-Pires (3), Santiago Galán (4), Mark P. Jensen (5), Jordi Miró (4), (1) Universitat Rovira i Virgili, Departamento de Psicología, (2) Department of Clinical Neurological Sciences, Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London, Ontario, Canada, (3) Universitat Rovira i Virgili, Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor, Centro de Investigación en Evaluación y Medida de la Conducta (CRAMC), Departamento de Psicología, (4) Universitat Rovira i Virgili, Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor, Centro de Investigación en Evaluación v Medida de la Conducta (CRAMC), Departamento de Psicología, (5) Department of Rehabilitation Medicine, University of Washington, Seattle, WA, USA.

Introducción: Se ha demostrado que algunos factores psicosociales, como por ejemplo el soporte social, influyen en el impacto del dolor en la vida de las personas con dolor crónico.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es entender mejor el papel que desempeñan los factores sociales (soporte social, satisfacción en la participación de los roles sociales habituales) en la interferencia asociada al dolor y la depresión en adultos con dolor crónico. Como objetivo secundario, se pretende estudiar si el sexo modera las relaciones de estas variables.

Metodología: Participaron 364 adultos con dolor crónico: una muestra de estudiantes universitarios que respondieron a una encuesta en papel y otra, de personas de la comunidad que contestaron online a la misma encuesta. Las encuestas incluían preguntas sobre características socio-demográficas e información sobre el dolor, y cuestionarios relacionados con las variables del estudio (interferencia del dolor, síntomas depresivos y factores sociales). Se realizaron dos análisis de regresión múltiple, uno relacionado con la predicción de la interferencia del dolor y el otro con los síntomas depresivos.

Resultados: Los factores sociales explicaron un 8% de la varianza (p < .001) de la interferencia del dolor en las actividades diarias, controlados los efectos de la intensidad del dolor, grupo de procedencia (estudiantes versus comunidad) y sexo de los participantes. Sólo la satisfacción de la participación en los roles sociales habituales (= -.15, p < .01) y la habilidad socialauto percibida (= -.17, p < .01) contribuyeron significativa e independientemente a la predicción de la interferencia del dolor. En cuanto a la predicción de los síntomas depresivos, los factores sociales explicaron un 26% de la varianza (p < .001) tras controlar los efectos de la intensidad del dolor, grupo de procedencia y sexo de los participantes. Específicamente, la satisfacción con la participación en las actividades sociales de ocio (= -.22, p < .001), la habilidad social auto percibida (= -.13, p < .05), el soporte social (= -.17, p < .001) y el aislamiento social (= .14, p < .01) contribuyeron significativa e independientemente a la predicción de la síntomas depresivos. No se encontraron efectos de moderación del sexo en ninguno de los análisis.

Conclusiones: Este estudio pone de relieve la necesidad de tener en cuenta los factores sociales en el diseño de los tratamientos para las personas con dolor crónico, especialmente en aquellos pacientes con mayor sintomatología depresiva.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda de Obra Social de Caixabank, el MINECO (PSI2015-70966-P; PSI2016-82004-REDT) y Jordi Miró recibe ayudas de la Institució Catalana de Recerca i Estudis Avançats (ICREAAcadèmia).

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 17 de agosto de 2019, aceptado sin corrección para publicación el 31 de agosto de 2019.

Correspondencia a:

Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo Director Capítulo Chileno Paliativos Sin Fronteras.

Santiago. Chile.

E-mail: rodrigoached@gmail.com

Revista El Dolor 72 30-33; 2020

Segundo Semestre 2020

ACHED-CP ha continuado su constante compromiso con la difusión y actualización científica, a través de diversas actividades en plataformas digitales, debido a la continuación en el segundo semestre 2020 de las restricciones para los encuentros presenciales. También ha continuado con actividades como reuniones clínicas, instancias académicas, patrocinio de cursos y simposios sobre manejo del dolor y cuidados paliativos, y diversas publicaciones.

Nuestras reuniones científicas mensuales por plataforma Zoom, con expositores líderes y temas de gran interés, han convocado a una audiencia de 100 personas en promedio, casi un 50% más que nuestras tradicionales reuniones presenciales. Todas las reuniones han sido transmitidas en directo vía Zoom y luego han quedado disponibles on demand en nuestro sitio web corporativo.

Reunión Científica de Julio "Cefalea y Dolor Orofacial en Niños"

En la reunión clínica de ACHED-CP de julio se presentó el tema "Cefalea y Dolor Orofacial en Niños".

Las exposiciones fueron realizadas por la Dra. María Eugenia López Bohner, neuróloga infantil, con el tema "Cefalea en el niño, aproximación diagnóstica y terapéutica" y la Dra. Cecilia Pesce Ortega, cirujano-dentista, con la presentación "Dolor facial musculoesquelético en el paciente pediátrico".

Dra. María Eugenia López Bohner es neuróloga infantil formada en Hospital San Borja- Arriarán, Universidad de Chile. Staff Hospital Padre Hurtado y Clínica Alemana de Santiago. Docente Universidad del Desarrollo.

Dra. Cecilia Pesce Ortega es Cirujano Dentista, Universidad Mayor, Especialista en Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, Universidad Andrés Bello. Staff Servicio de Odontología, Clínica Alemana de Santiago

La reunión trasmitida en plataforma Zoom fue moderada por el Dr. Fernando Hormazábal, cirujano-dentista, especialista en trastornos temporomandibulares, Tesorero ACHED-CP

Reunión Científica de Agosto: "Dolor Desde la Perspectiva Kinesiológica en Contexto Post COVID"

Los kinesiólogos María Jesús Mena Iturriaga y Felipe Figueroa Mellado fueron los expositores de la reunión clínica de agosto sobre "Dolor desde la perspectiva kinesiológica en contexto post COVID".

La Klga. María Jesús Mena presentó el tema "Dolor músculo-esquelético post COVID: una mirada desde la kinesiología". Ella es Magíster en Terapia Física y Rehabilitación, Magíster en Terapia Manual Ortopédica, Coordinadora Académica Magíster en Terapia Física y Rehabilitación, Coordinadora área músculo-esquelética de la carrera de Kinesiología Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo y Directora Organización Chilena Kinesiología en Salud de la Mujer.

"Desarrollo humano y psicosomática en la rehabilitación del paciente post COVID" fue la charla del Klgo. Felipe Figueroa Mellado, quien es Vicepresidente de la Sociedad Científica Chilena de Kinesiología en Salud Mental, Magister (c) en Psicología positiva aplicada, Clínico en el centro para el crecimiento humano Crisálida, Miembro del Colegio de Kinesiólogos.

Moderó la sesión on line la Dra. Delia Ruiz, Médico Fisiatra, Directora de ACHED-CP.

Reunión Científica de Septiembre

"Presentación de Estudio y Comentarios sobre Carga de Enfermedad del Dolor Crónico"

En la reunión clínica de septiembre se hizo una presentación y análisis del estudio "Carga de enfermedad, costo y consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico, implicancias en Políticas de Salud para Chile".

El Dr. Manuel Espinoza S., MSc PhD, dio a conocer el estudio "Carga de enfermedad, costo y consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico", que es continuación y actualización de análisis de datos sobre el dolor crónico no oncológico en Chile, iniciativa que ACHED-CP patrocina y apoya desde hace algunos años, en que se hizo el primer estudio sobre prevalencia del dolor crónico no oncológico de Latinoamérica. El Dr. Espinoza hizo un resumen del estudio en curso, entregando datos consistentes sobre costos y consecuencias del dolor crónico en el país.

El Dr. Espinoza es Profesor Asociado del Departamento de Salud Pública y Jefe Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Centro de Investigación Clínica, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. El estudio en referencia fue analizado por el Dr. Manuel Inostroza Palma en la presentación "Implicancias del Dolor Crónico no Oncológico en Políticas de Salud para Chile". El actual Secretario Ejecutivo del Consorcio de Universidades en Políticas de Salud, hizo una reflexión, desde la perspectiva actual del dolor en la población chilena y con mirada de futuro, para la implementación de políticas públicas para enfrentar el dolor crónico y su costo en salud y seguridad social.

El Dr. Inostroza es Master de Salud Pública de Johns Hopkins University, ex Superintendente de Salud y actual Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Universidad San Sebastián.

Esta reunión clínica fue moderada por El Dr. César Cárcamo, Presidente de ACHED-CP.

Reunión Científica de Octubre: "Fibromialgia y Neuropatía de Fibra Fina"

La Dra. Margarita Calvo Bascuñán, Médico Cirujano PUC, Profesora Asociada del Departamento de Fisiología de la Universidad Católica de Chile, presentó el tema "Fibromialgia y Neuropatía de Fibra Fina: Sobreposición y Diferencias", una amplia visión desde su especialización e investigaciones en Gran Bretaña e Italia, y su participación en equipos de investigación sobre dolor neuropático en el Staff de la Clínica del Dolor, Red de Salud UC Christus.

La Dra. Calvo es MSc in Pain, Science and Society. King's College London, UK y PhD in Neuroscience, King's College London, UK; Master in Peripheral Nervous System Disorders, Universitá degli Studi di Milano.

La reunión fue moderada por el Dr. Carlos Aguayo. Director ACHED-CP.

Revista El Dolor 72 30-33; 2020

17 de Octubre: Día Mundial contra el Dolor

La Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP) celebró el 17 de octubre 2020 el Día Internacional del Dolor, enviando un afectuoso saludo a los profesionales de la salud dedicados al manejo del dolor, que en los ámbitos públicos, privados, académicos y de investigación estudian y manejan el que probablemente el padecimiento más universal: el dolor.

De hecho, según las estadísticas, el 50% de las personas que acuden a recibir atención primaria es por causa de algún dolor. Además, una de cada cinco de ellas sufre de dolor crónico y una de cada tres tiene dolencias tan graves que no pueden tener una vida normal. En vista de esta situación, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto que el dolor crónico pase a ser considerado una enfermedad y que su alivio sea catalogado como un derecho humano. Como capítulo Chileno de la International Association for the Study of Pain (IASP), ACHED-CP ha adherido a esta iniciativa global.

Fue el 11 de octubre de 2004, en reunión realizada en Ginebra (Suiza), la IASP, la Federación Europea del Dolor (EFIC) y la

Organización Mundial de la Salud (OMS) establecieron el 17 de octubre como el Día Mundial contra el Dolor.

El objetivo de este día es hacer un llamamiento sobre la necesidad de encontrar con urgencia alivio al sufrimiento que padecen las personas con enfermedades que son causantes de dolor.

Ese propósito está alineado con la misión fundacional y la vocación de servicio de ACHED-CP, como asociación científica multidisciplinaria, sin fines de lucro, cuyo objetivo es reunir a profesionales de la salud que tengan interés en el estudio y tratamiento del dolor, al igual que en la investigación clínica en esta área.

Webinar Manejo de Náuseas y Vómitos en Pacientes Oncológicos

El Dr. Juan Pablo Miranda, socio de nuestra entidad y editor de nuestra revista científica El Dolor, fue el expositor del webinar "Manejo de náuseas y vómitos en pacientes oncológicos", patrocinado por ACHED-CP. Esta actualización de Cuidados Paliativos en pacientes oncológicos fue realizada el 21 de octubre em sesión Zoom.

El Dr. Juan Pablo Miranda Olivares es Oncólogo Clínico de la Clínica Red Salud, Vitacura; Médico Residente UCI y Jefe Servicio Oncología-Hematología - Cuidados Paliativos del Hospital FACH; Diplomado y Magister en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile.

8as. Jornadas de la Sociedad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial

Con el patrocinio de ACHED-CP, la Sociedad de Trastornos Temporomandibulares /TTM) y Dolor Orofacial (DOF), realizó sus 8as. Jornadas entre el 12 y 13 de noviembre, con un curso sobre "Prevención del Dolor".

La Dra. María Paz Fariña V., Presidenta, y la. Dra. Giuliana Lunecke S., Directora del Científica de TTP/DOF, informan que "debido a la contingencia, hemos realizado nuestro Congreso Nacional vía online con actores nacionales de renombre en el contexto de Prevención del Dolor". Esta temática se ha realizado

en el marco del Año Internacional de Prevención del Dolor de la IASP (Federación Internacional para el Estudio del Dolor)

Los socios de ACHED-CP pudieron acceder a un descuento especial para participar en estas 8as. Jornadas.



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 Etericoxib, Celecoxib, Lumiracoxib, non-selective NSAIDs, and Acetaminophen in Osteoarthritis: A Mixed Treatment Comparation. The Open Rheumatology, Journal, 6, 6-20, 2012. 2.- Zhang S., et al., Artritis and Rheumatology, 50, 598-606, 2004. 3.- Clarke Rt. 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 Altergy Immunol. 31; 330-333, 2013.5. - Folleto al professional ISP Xumer. 2:31216



Revista El Dolor 72 34-37; 2020

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 publiches 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 v 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 v 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

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.

Revista El Dolor 72 38-38; 2020

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 est condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que m. En la columnas "Códigos de Participación" anoto personalmente todas trabajo, elegidas de la siguiente tabla:	i nombre figure en la lista de autores.
Tabla: Códigos de Participación	
 a) Concepción y diseño del trabajo b) Recolección/obtención de resultados c) Análisis e interpretación de datos d) Redacción del manuscrito f) Aprobación de su versión final 	 g) Aporte de pacientes o material de estudio h) Obtención de financiamiento i) Asesoría estadística j) Asesoría técnica o administrativa k) Otras contribuciones (definirlas)
Conflicto de intereses: No existe un posible conflicto de intereses en este en la página del título, al identificar las fuentes del financiamiento.	manuscrito. Si existiera, será declarado en este documento y/o explicado
Nombre y Firma de cada autor	Códigos de Participación

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





ALIVIA DONDE DUELE

- PARA PACIENTES CON DNL
 CON SÍNTOMAS COMO:
 DOLOR QUEMANTE,
 PUNZANTE, LACERANTE O
 ELECTRIZANTE¹
- UN INNOVADOR ANALGÉSICO DE **ACCIÓN LOCAL**¹
- EFICACIA SIMILAR A TRATAMIENTOS SISTÉMICOS²
- BUEN PERFIL DE SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD¹
- FÁCIL DE USAR¹

Versatis *5% parche adhesivo medicamentoso. Indicaciones terapeuticas. 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 (DNI). Contraindicaciones. Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de os excipientes. El parche está también contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida a otros anestésicos locales de tipo amida, p. ej., bupivacaina, eticoracian, mepivacaina y prilocaina. 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 en umeran en orden decretente de gravedad dentro de cada intenvalo de frecuencia. Se puede espera 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 eriteria, evupción cutanea, prurito en el lugar de aplicación, arden en el lugar de aplicación, esticulas en el lugar de aplicación, esticulas en el lugar de aplicación, versiculas en el lugar de aplicación, esticulas en el lugar de aplicación en el lugar de aplicación, esticulas en el lugar de aplicación, esticulas en el lugar de

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 neuralgía and diabetic polyneuropathy: an open-label, non-infetiority two-stage RCT study. Curr Med Res Opin. 2009;25(7):1663–1676.



(1) Información para prescribir Palexis®. Última actualización según Res. Nº 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.

(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 nalejácioso opioides por un período de tiempo prolongado. Contraindicaciones. PALEXIS RETARD está contraindicado- en pacientes con hippersensibilidad 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 abrencia de equipo de resucitacion) y pacientes con asma bronquial aguada o severa o hipercagnita- en cualquier paciente que padezca o se sospecha que padezca o ien pacientes con intoxicación aguada con alcohol, hiprioticos, analgésicos de acción central o drogas psicotrópicas- en pacientes que se encuentren recibiendo inhibidores de la MAO o quienes los hayan estado tomado durante los últimos 14 días. Reacciones adversas. Trastornos del sistema inmunológico. Poco común: Hipersensibilidad al fármaco. Trastornos del metabolismo y nutrición. Común: Disminución de peso corporal. Trastornos psiquidaticos. Común: Trastornos del sistema inmunológico. Poco común: Parestesia, hiposetisa, trastornos del metabolismo y nutrición. Común: Disminución del pesto corporal. Trastornos del sistema nervioso. Muy común: Mareo, cefalea, somolencia. Contracciones musculares involuntarias, temblores, trastornos en la atención. Poco común: Parestesia, hiposetisai, trastornos del sistema nervioso. Muy común: Mareo, cefalea, somolencia. Paro: Depresión respiratoria. Trastornos del sistema nervioso. Muy común: Mareo, cefalea, somolencia. Paro: Depresión respiratoria. Trastornos del sistema reproductor y de las mareo, convulsión. Trastornos culares. Poco común: Trastornos del arceidad de conciencia, disardiráa. Paro: Coordinación

drugsafetv.cl@grunenthal.com



