



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

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

N° 74 | Septiembre 2021 | Año 31

Editorial	Dr. Juan Pablo Miranda	Palabras del Editor.	8
Originales	Dr. Cristián Busta Cornejo	Narrativas del Dolor entre Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia en Santiago de Chile.	10
	Ps. Ahmed Pomares Avalos	Estrategias de Afrontamiento y Alteraciones Emocionales en Pacientes con Dolor Crónico de la Espalda. Cienfuegos 2020 (Cuba)	18
	Dr. Leonardo Arce Gálvez	Urgencias en Cuidado Paliativo Oncológico.	26
	Dr. Edward Rabah Heresi	Síndrome del Latigazo Cervical.	36
Reseñas Bibliográficas			44
Noticias/Agenda			48
Normas de Publicación			52



» Rompa el ciclo del dolor crónico

Palexis® retard

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



PALEXIS® retard
Tapentadol

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

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

PALEXIS® RETARD 50 mg y 100 mg. Indicaciones terapéuticas. PALEXIS® RETARD está indicado para el manejo de dolor crónico de intensidad moderada a severa, en adultos cuando necesitan continuamente analgésicos opioides por un período de tiempo prolongado. Contraindicaciones. PALEXIS RETARD está contraindicado. - en pacientes con hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, tapentadol, o a cualquier componente del producto. - en situaciones en las que los fármacos con actividad agonista del receptor mu-opioide estén contraindicados, es decir pacientes con depresión respiratoria significativa (en escenarios en donde no haya monitoreo o con ausencia de equipo de resucitación) y pacientes con asma bronquial aguda o severa o hipercapnia. - en cualquier paciente que padezca o se sospecha que padezca ileo paralítico. - en pacientes con intoxicación aguda con alcohol, hipnóticos, analgésicos de acción central o drogas psicotrópicas. - en pacientes que se encuentren recibiendo inhibidores de la MAO o quienes los hayan estado tomando durante los últimos 14 días. Reacciones adversas. Trastornos del sistema inmunológico. Poco común: Hipersensibilidad al fármaco. Trastornos del metabolismo y nutrición. Común: Disminución del apetito. Poco común: Poco común: Disminución de peso corporal. Trastornos psiquiátricos. Común: Trastornos del sueño, ansiedad, estado de ánimo deprimido, nerviosismo, excitación. Poco común: Sueños anormales, trastornos en la percepción, desorientación, agitación, estado de confusión, euforia. Raro: Dependencia al fármaco, pensamientos anormales. Desconocidos: Delirio. Trastornos del sistema nervioso. Muy común: Mareo, cefalea, somnolencia. Contracciones musculares involuntarias, temblores, trastornos en la atención. Poco común: Parestesia, hipoestesia, trastornos del equilibrio, sedación, síncope, mala memoria, deterioro de las facultades mentales, nivel deprimido de conciencia, disartria. Raro: Coordinación anormal, presíncope, convulsión. Trastornos oculares. Poco común: Trastornos visuales. Trastornos cardíacos. Poco común: Aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la frecuencia cardíaca, palpitaciones. Trastornos vasculares. Común: Enrojecimiento. Poco común: Disminución de la presión arterial. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastinales. Común: Disnea. Raro: Depresión respiratoria. Trastornos gastrointestinales. Muy común: Náuseas, estreñimiento. Común: Vómito, diarrea, dispepsia. Poco común: Malestar abdominal. Raro: Trastornos del vaciado gástrico. Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo. Común: Prurito, hiperhidrosis, sarpullido, exantema. Poco común: Urticaria. Trastornos renales y urinarios. Poco común: Polaquiuria, vacilación urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas. Poco común: Disfunción sexual. Trastornos generales y condiciones del sitio de administración. Común: Fatiga, sequedad en las mucosas, astenia, sensación de cambio de temperatura corporal, edema. Poco común: Síndrome de abstinencia, irritabilidad, sensación de anomalidad. Raro: Sensación de ebriedad, sensación de relajamiento. Composición. Cada comprimido contiene 50 mg de tapentadol (como clorhidrato). PALEXIS RETARD comprimidos recubiertos de liberación prolongada 100 mg. Cada comprimido contiene 100 mg de tapentadol (como clorhidrato). Excipientes: Palexis retard 50 mg: hipromelosa, celulosa microcristalina silicificada, estearato de magnesio, lactosa monohidrato, talco, macrogol 6000, propilenglicol, dióxido de titanio (E171). Palexis retard 100 mg: hipromelosa, celulosa microcristalina silicificada, estearato de magnesio, lactosa monohidrato, talco, macrogol 6000, propilenglicol, dióxido de titanio (E171), óxido de hierro amarillo (E172). Última actualización según Res. N° 11882 del 12.05.2020 y Res. 16.117 del 02-07-2020. Si desea recibir la información para prescribir completa de alguno de estos productos, escribanos a infomedica.cl@grunenthal.com. Si desea reportar cualquier evento adverso favor comunicarse al 800 210 129 o escribanos a drugsafety.cl@grunenthal.com

USO RESPONSABLE
opioid-info.com



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	Dr. Cristián Busta Cornejo	Narrativas del Dolor entre Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia en Santiago de Chile.	10
	Ps. Ahmed Pomares Avalos	Estrategias de Afrontamiento y Alteraciones Emocionales en Pacientes con Dolor Crónico de la Espalda. Cienfuegos 2020 (Cuba)	18
	Dr. Leonardo Arce Gálvez	Urgencias en Cuidado Paliativo Oncológico.	26
	Dr. Edward Rabah Heresi	Síndrome del Latigazo Cervical.	36
Reseñas Bibliográficas			44
Noticias/Agenda			48
Normas de Publicación			52



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

Revista El Dolor

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

Editor Responsable

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

Correspondencia Científica
editor_dolor@ached.cl

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

Comité Editorial Nacional

Abusada Abusada, Nancy
Químico Farmacéutico

González Amarillo, Cecilia
Médico Cirujano, MSc

Bilbeny Lojo, Norberto
Médico Cirujano, Anestesiología

Larrea Aguilar, María Belén
Médico Cirujano, Anestesiología

Cabrera Schulmeyer, María Carolina
Médico Cirujano, Anestesiología

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

Cavada Chacón, Gabriel
MSc Bioestadística, PhD Econometría

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

Contreras Domínguez, Víctor
Médico Cirujano, Anestesiología

Rabah Heresi, Edward
Médico Cirujano, Anestesiología

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

Rico Pazos, María Antonieta
Médico Cirujano, Anestesiología

Cura Capurro, María Alejandra
Enfermera Universitaria

Ritter Arcos, Paola
Médico Cirujano, Medicina Física y Rehabilitación

Fernández Rebolledo, Rodrigo
Médico Cirujano, Anestesiología

Sánchez Krause, Patricia
Médico Cirujano, Anestesiología

Consejo Editorial Internacional

Arbaiza Aldazábal, Daniel
MD, Neurólogo
Perú

Kamel, Carolina
MD, Pediatra, Medicina Paliativa
Venezuela

Cerveró, Fernando
MD, PhD, Medicina del Dolor
Canadá

Miró, Jordi
Psicólogo, PhD
España

Finnerup, Nanna Brix
MD, Neuróloga, Medicina del Dolor
Dinamarca

Rodríguez, José Luis
MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor y
Cuidados Paliativos
España

Genis Rondero, Miguel Ángel
MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor
México

Rosenfeld, Noemí E.
MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor y
Cuidados Paliativos
Argentina

Gómez Sancho, Marcos
MD, PhD, Anestesiólogo, Medicina Paliativa
España

Rodríguez, Manuel
MD, Anestesiólogo, Medicina del Dolor y
Cuidados Paliativos
España



Revista El Dolor

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

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

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

Directorio 2019-2021

Presidente

Dr. César Cárcamo Quezada

Vicepresidente

Dra. María Eliana Eberhard Fellay

Secretaria

Dra. María Lorena Oyanadel Maldonado

Tesorero

Dr. Fernando Hormazábal Navarrete

Directores

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

Past President

Dra. Marisol Ahumada Olea



Revista El Dolor

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

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

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

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

Representante Legal y Editor Responsable
Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

Editor Responsable

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

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

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

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

Edición, Diseño y Diagramación
Arca Comunicaciones Ltda.
Cuarto Centenario 420, Las Condes.
Santiago de Chile.
Teléfonos: (56) 22 220 9022 - (56) 22 365 9221
e-mail: arca@arca.cl



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

Revista El Dolor

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

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

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

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

Como entidad científica interdisciplinaria orientada al estudio, actualización y difusión de conocimientos y experiencias sobre manejo del dolor y también cuidados paliativos, nos complace la publicación en BMC Public Health del estudio “Prevalencia, carga de morbilidad y pérdida de servicios públicos del estado de salud atribuibles a enfermedades crónicas, trastornos musculoesqueléticos y dolor en Chile”, realizado por un equipo integrado por destacados socios de ACHED-CP. Los Dres. César Cárcamo y Norberto Bilbeny, actual Presidente y ex Presidente, respectivamente, de nuestra asociación, junto a los Dres. Pedro Zitko, Carlos Balmaceda, Tomás Abbott y Manuel Espinoza han desarrollado el más importante estudio sobre la carga de dolor en Chile, que es una gran contribución para definir políticas de salud sobre esta enfermedad.

Es especialmente importante poner en relevancia la carga del dolor crónico porque circunstancias como la crisis sanitaria y económica, aislamiento y cuarentenas, falta de ejercicio y alteración de rutinas laborales y domésticas han incrementado las prevalencias dolorosas crónicas.

El dolor es la experiencia humana que da origen e impulsa el desarrollo de la ciencia médica, desde los tiempos de Hipócrates en la isla de Kos (Siglo IV) hasta los más modernos métodos de diagnóstico y tratamiento de hoy. Los especialistas hemos desarrollado protocolos y escalas para objetivar el dolor, sin embargo, es una vivencia, percepción y síntoma básicamente individual.

En este N° 74 de nuestra revista científica, destinada a dar a conocer estudios y experiencias locales y externas sobre el estudio del dolor y precisamente por nuestra vocación multidisciplinaria, presentamos el estudio “Narrativas del Dolor entre Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia en Santiago de Chile”, realizado Cristián Andrés Busta C., Psicólogo y Doctor en Ciencias Sociales, sobre los factores psicosociales de incidencia en la percepción, manifestación y manejo del dolor. Es un interesante análisis de factores que influyen en la terapia de este padecimiento.

La presentación clínica es variada, porque el dolor en una persona puede coexistir con un grupo amplio de síntomas, tales como dificultades para dormir, cefaleas, problemas para mantener la concentración, alteraciones de la memoria reciente, fatiga, convulsiones. Estos factores inciden en el tratamiento, como lo señala un reciente estudio del Social & Cultural Neuroscience Lab de la U. de Miami, que pone en evidencia que la atribuida mayor sensibilidad de la mujer al dolor conduce a mayor indicación de psicofármacos para ellas, y preferentemente analgésicos para los hombres.

En este mismo enfoque de los factores emocionales que tienen influencia en la sintomatología del dolor, presentamos el estudio “Estrategias de Afrontamiento y Alteraciones Emocionales en Pacientes con Dolor Crónico de la Espalda”, realizado por un equipo de psicólogos latinoamericanos. Su postulado es que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes en estudio se caracterizan por ir dirigidas fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo.

En el trabajo “Urgencias en Cuidado Paliativo Oncológico” se realizó una revisión actualizada en bases de datos que revela que el paciente oncológico de cuidados paliativos puede presentar una variedad importante de condiciones clínicas que producen sufrimiento y disminución en la calidad de vida.

En esta edición presentamos también el trabajo original “Síndrome del Latigazo Cervical en la Pandemia COVID-19”, del Dr. Edward Rabah, que esboza la condición del latigazo y clasificación, como igualmente el creciente conocimiento de las manifestaciones físicas y psicológicas de la afección y sus implicaciones para la práctica clínica.

Reiteramos nuestro llamado a los especialistas de las Unidades de Dolor del sistema público y privado a presentar sus investigaciones y casos clínicos para enriquecer y compartir el conocimiento sobre dolor en nuestro país y a nivel regional, dado que nuestra revista “El Dolor” tiene una importante audiencia y difusión a través de buscadores científicos en internet.



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



Narrativas del Dolor entre Pacientes con Diagnóstico de Fibromialgia en Santiago de Chile.

Pain narratives among patients with fibromyalgia diagnosis in Santiago de Chile.

Cristián Andrés Busta Cornejo ⁽¹⁾.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo acceder a las narrativas que configuran la experiencia de dolor de quienes padecen fibromialgia. Se utilizó como método de recolección de datos la realización de cuatro entrevistas en profundidad por un período de cuatro meses a un grupo de ocho pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Cada entrevista fue analizada a través del método de análisis de contenido, el cual permitió codificar la información y agruparla en función de las principales categorías temáticas pesquisadas. Los resultados del estudio muestran que en la narrativa de quienes padecen fibromialgia, el dolor se ubica como indicador de una supuesta inadecuación en los modos de vincularse con otras personas, con el propio cuerpo, y con los rendimientos productivos. A su vez, se asume que el camino que tome dicho dolor dependerá siempre de esfuerzos en torno a la adquisición de aprendizajes en un amplio espectro de comportamientos, que estarían vinculados con la mejoría del cuadro clínico. A modo de conclusión, se propone que el diagnóstico de fibromialgia visibiliza una experiencia de sufrimiento, donde el dolor adquiere características que denotan no sólo una anomalía alojada en el cuerpo sino, más ampliamente, el indicador de las características personales de quienes lo padecen.

Palabras Clave: fibromialgia, narrativas, experiencia, dolor.

Abstract

The present investigation aimed to access the narratives that make up the pain experience of those who suffer from fibromyalgia. The data collection method was used to carry out four in-depth interviews over a period of four months, with a group of eight patients with a diagnosis of fibromyalgia. Each interview was analyzed through the content analysis method, which allowed the information to be codified and grouped according to the main thematic categories investigated. The results of the study show that in the narrative of those who suffer from fibromyalgia, pain is located as an indicator of a supposed inadequacy in the ways of relating to other people, with the body itself, and with productive performance. In turn, it is assumed that the course that this pain takes will always depend on efforts around the acquisition of learning in a wide spectrum of behaviors, which would be linked to the improvement of the clinical picture. By way of conclusion, it is proposed that the diagnosis of fibromyalgia makes visible an experience of suffering where pain acquires characteristics that denote not only an anomaly lodged in the body but, more broadly, the indicator of the personal characteristics of those who suffer from it.

Keywords: fibromyalgia, narratives, experience, pain.

(1) Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile.

Introducción

Durante los últimos años, el progresivo aumento en la prevalencia del diagnóstico de fibromialgia entre la población general ha sido una tendencia en la mayoría de los países occidentales (Queiroz, 2013; Walitt *et al.*, 2015; Pasqual *et al.*, 2017). Se trata de un diagnóstico que, según la última definición propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés), se caracteriza por la presencia de un dolor generalizado de más de tres meses de duración, sin una localización en alguna zona específica del cuerpo, el cual no presenta algún marcador claramente objetivable en la biología corporal a partir del cual poder circunscribir su etiología. A su vez, su presentación clínica es variada, puesto que además de dolor pueden coexistir un grupo amplio de síntomas, tales como dificultades para dormir, cefaleas, problemas para mantener la concentración, alteraciones de la memoria reciente, fatiga, convulsiones, etc. (Wolfe, Clauw, *et al.*, 2010).

Las características asociadas a este diagnóstico, relativas a las dificultades para establecer con claridad un factor etiológico que explique la aparición de un cuadro clínico que se caracteriza por la inespecificidad de sus síntomas, lo han hecho objeto de una intensa polémica al interior del ámbito médico (Quintner & Cohen, 1999; Grob, 2011; Yunus, 2015). Así se constata que, para un importante grupo de profesionales de la salud, la fibromialgia responde a un cuadro clínico cuya característica principal es la presencia de dolor crónico muscular y articular, cuya etiología se debe probablemente a una mezcla de factores alojados en la biología corporal que interactúan con condiciones ambientales particulares, siendo aún necesario descubrir cuáles son dichos factores, cómo se relacionan entre sí, y qué peso específico presentan a la hora de generar el cuadro clínico. Por otra parte, el término fibromialgia supone, en la concepción de algunos profesionales médicos, la combinatoria de diversas problemáticas asociadas a dificultades en el ámbito de la salud mental o psicosocial, que en la mayoría de los casos se encontrarían ajenas a las posibilidades de intervención ofrecidas por sus respectivas especialidades (Barker, 2002, 2005; Inanici & Yunus, 2004, Sancassiani *et al.*, 2017).

Desde una mirada crítica en el campo de las ciencias sociales, una serie de autores han tomado parte en dicha discusión señalando, en términos amplios, las dificultades que supone la delimitación de la experiencia de dolor como fenómeno médico. Así, desde una primera perspectiva, la experiencia del dolor es entendida como el resultado de una operación de traducción sobre un dato biológicamente primario localizado en la señal emitida por los receptores nociceptivos ubicados en distintos lugares del cuerpo (Morris, 1991/1993; Le Breton, 1995/1999; Baszanger, 1998; Moscoso, 2012; Graham, 2015). Según esta lógica, las variaciones personales o culturales que es posible pesquisar en el modo cómo se experimenta el dolor, están dadas por el conjunto de significados culturales que en cada contexto delimitan sentidos específicos a partir de los cuales traducir el fenómeno doloroso. Bajo dicha concepción, el dolor es una experiencia que siempre

excede los discursos que buscan comprenderlo, en tanto incluye variables subjetivas (historia personal, contexto cultural o patrones de vinculación interpersonal) que no siempre son consideradas a la hora de delimitarlo en categorías diagnósticas.

Por otra parte, una serie de autores influenciados, tanto por el trabajo de Ludwig Wittgenstein sobre el dolor como por la noción de biopolítica desarrollada por Michel Foucault, localizan la experiencia de dolor como el efecto de juegos de lenguaje propios de un contexto cultural determinado (Das, 2008, 2015; Fassin, 2009, Fernandes *et al.*, 2016). Según esta mirada, lo propio del dolor alude a entenderlo como una experiencia interpersonal altamente pauteada culturalmente, donde el acto de poder comunicarlo y compartirlo con otros habilita la posibilidad de otorgarle reconocimiento y existencia como forma legítima de sufrimiento. Así, reconocer el dolor de otro es, en último término, reconocer en ese otro una forma de vida en común.

Desde cualquiera de las dos perspectivas descritas, se asume que el dolor parece no adecuarse con facilidad a los preceptos propios de la medicina contemporánea, en tanto se trata de una experiencia que, para su cabal comprensión, requiere la consideración de variables subjetivas, interpersonales o contextuales que habitualmente no son incluidas en las categorías diagnósticas propuestas para delimitarlo como fenómeno biomédico.

Tomando los enfoques descritos para el caso específico de la fibromialgia, distintos autores del ámbito de la antropología y la sociología han señalado la necesidad de revisar los usos que adquiere dicho diagnóstico al momento de circunscribir el sufrimiento de personas, en su mayoría mujeres, cuya queja remite principalmente a un dolor que parece no poder delimitarse con claridad en los criterios diagnósticos de dicha patología (Greenhalgh, 2001, Barker, 2005, 2008; Graham, 2015). Aquello permitiría pensar que en torno a dicho diagnóstico se conforman experiencias de sufrimiento que, más que anclarse a una eventual biología que las delimita, otorgándoles una base material en común, dan cuenta de las características que esta experiencia de dolor adquiere en tanto fenómeno construido en la compleja red de intercambios simbólicos que tienen lugar entre el sujeto que la padece y su contexto cultural.

A partir de lo expuesto, la presente investigación se propuso indagar aquellos elementos que permiten delimitar la experiencia de dolor que se construye en torno al diagnóstico de fibromialgia. Con ello, se buscó abordar aquellos marcos de significados que conforman una experiencia subjetiva de sufrimiento socialmente compartida entre quienes la padecen. De esta manera, los objetivos apuntan a precisar, en el relato de personas que presentan el diagnóstico de fibromialgia, aquellos aspectos que dan forma a la experiencia personal de sufrimiento que dicho cuadro encierra, dando cuenta de los elementos en común que es posible desprender de cada relato.

Método

Diseño

La presente es una investigación cualitativa, interpretativa y exploratoria. Se ubica dentro de un marco interpretativo asumiendo la construcción de significados personales dada por la interacción entre el sujeto y su contexto social, la cual se encuentra siempre mediada por las posibilidades lingüísticas propias de dicho contexto. El enfoque cualitativo permitió abordar la particularidad con la que los significados sociales son encarnados en la experiencia de cada uno de los actores que se ubican en relación con ellos, asumiendo la especificidad propia del momento histórico y del espacio cultural en que dicho interjuego tiene lugar. Así, cualquier conocimiento deja de ser entendido como una realidad objetiva histórica y más bien es comprendido como la resultante de una compleja interacción de variables que lo constituyen en un momento específico (Hammarberg *et al.*, 2016).

1.1 Participantes

Los participantes de esta investigación fueron ocho personas habitantes de la ciudad de Santiago de Chile que cumplieron los criterios de haber sido diagnosticadas por algún profesional médico con el diagnóstico de Fibromialgia en algún momento de sus vidas, y que hubiesen llevado a cabo o se encontrasen en la actualidad realizando alguna forma de tratamiento respecto de su diagnóstico. Se trató de cinco mujeres y tres hombres, cuyas edades fluctúan entre los dieciocho y los sesenta y cinco años. Se intentó que hubiese variabilidad en la muestra elegida, incluyendo personas que participan de agrupaciones de pacientes y personas que no participan de dichas instancias, personas que hayan seguido al menos una parte del tratamiento en el sistema de salud público, y personas que hayan recurrido completamente a prestadores privados. Esto pues, según la literatura consultada, pudiesen ser elementos que tengan alguna influencia en la experiencia de enfermedad de quienes padecen patologías relacionadas con dolor crónico (Baszanger, 1998; Barker, 2005, 2008).

1.1 Instrumentos

Como técnica de producción de datos, se utilizó entrevistas individuales en profundidad grabadas en audio y luego transcritas (Troncoso & Amaya, 2017). A cada entrevistado se le realizó una entrevista mensual de alrededor de una hora de duración durante un período de cuatro meses, entre diciembre de 2017 y mayo de 2018. Con ello se buscó generar un vínculo de confianza con cada entrevistado que permitiese, en un plazo de tiempo factible con los tiempos acotados para la realización de esta investigación, el acceso al marco de sentidos personales que cada persona construye en torno a su propio padecimiento, los cuales difícilmente surgen de manera clara en una primera entrevista (Good, 2012; Das, 2015; Wilkinson & Kleinman, 2016).

1.1 Procedimiento

Para la realización de esta investigación se procedió de la siguiente manera: Cada participante fue contactado vía correo electrónico, donde se le entregó un resumen con la descripción de la investigación y sus objetivos. Una vez que se hubiese aceptado la invitación a participar, cada

entrevistado debió firmar un documento de consentimiento informado en el que se le solicitaba la utilización de la información con fines académicos y en el que se garantizaba el resguardo de su anonimato, omitiendo o distorsionando cualquier dato que pudiese aludir a su eventual identificación. Todas las entrevistas se realizaron en lugares previamente acordados con cada participante, fueron grabadas y luego transcritas para su posterior análisis.

1.1 Análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenidos a través de un procedimiento de codificación abierta realizado en etapas sucesivas. Primero, se consideró aquellos ejes temáticos más relevantes en cuanto a su profundidad, pertinencia y frecuencia de aparición en el relato de cada participante. Luego, se estableció categorías temáticas, se redujo la información a unidades simples y manejables. Se buscó los elementos en común y también las eventuales diferencias que pudiesen existir entre cada entrevistado respecto a su vivencia sobre la Fibromialgia y, a partir de allí, las categorías emergentes relativas a dicha experiencia que pudiesen dar cuenta de las formas de referirse que adopta esta noción en el discurso de cada uno.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el análisis de los datos, considerando cinco categorías: **A- Rendimiento y Fibromialgia: lo útil y lo inútil del dolor**, **B- Certezas e incertezas de la Fibromialgia**, **C- Biografías personales y Fibromialgia**, **D- Fibromialgia como fenómeno interpersonal**, **E- Aprendizajes**.

A- Rendimiento y fibromialgia: lo útil y lo inútil del dolor

En esta categoría, se incluyen las percepciones que los distintos entrevistados refieren en torno la relación entre el dolor asociado al cuadro de Fibromialgia y alguna dificultad o una sensación de desmedro respecto a la posibilidad de realizar actividades que impliquen algún tipo de rendimiento productivo (principalmente estudiar, trabajar o realizar algún tipo de labores domésticas). Según lo expuesto por los entrevistados, la relación entre rendimientos productivos y Fibromialgia contempla dos perspectivas: en primer término, se observa que en el momento en que los síntomas asociados a este cuadro se convierten en un problema que amerita la consulta de algún especialista médico, está siempre relacionado con el impedimento que aquello supone en la realización cotidiana de actividades que demanden algún tipo de rendimiento productivo: “Yo nunca había pedido licencias médicas, pero ya esto se me hizo insoportable, súper desagradable, me afectaba hartito en el trabajo y tuve entonces que pedir hora con un médico” (Marcela, entrevista 1).

En segundo término, lo que aparece en las entrevistas alude a cómo dicho cuadro interactúa en una permanente dialéctica respecto de lo que los entrevistados denominan un “uso productivo del tiempo”. Conceptos como sentirse “inválido”, “discapacitado”, “inútil”, o con un “futuro incierto”, dan cuenta de la significación que esta experiencia de dolor adquiere

en la construcción discursiva de quienes lo padecen: “Con mi trabajo me trato de aguantar el dolor, pero a veces tengo que parar un rato, sentarme y respirar hondo hasta que se me pase” (Susana, entrevista 3). En reiteradas oportunidades, se plantea la necesidad de mantenerse en un estado de constante actividad como manera de evitar la aparición de una sensación de menoscabo del valor de sí mismo: “Yo creo que algo fundamental, si uno quiere salir adelante, es nunca pensar que por el hecho de tener fibromialgia uno es discapacitado o algo parecido. Al contrario, hay que tratar de seguir con tu día a día y hacerle frente a esto” (Pedro, entrevista 2).

Según se sigue del relato de los entrevistados, la posibilidad de generar rendimientos productivos en el uso del propio tiempo choca con lo habitualmente indicado por los tratamientos médicos, en los cuales lo útil parece equivaler a la reducción o evitación de actividades que agudicen la experiencia de dolor. Justamente, aquello que aparece en el relato es la sensación personal de inutilidad e insuficiencia asociada a la evitación de dichas actividades (laborales, académicas, deportivas, etc.). Por el contrario, si entre quienes padecen Fibromialgia las actividades que reporten algún rendimiento productivo presentan una alta valoración y son ubicadas como una manera útil de utilizar el tiempo, aquello a su vez es visto como algo eventualmente nocivo para el manejo clínico de este cuadro en tanto contribuye a favorecer la agudización del dolor y, por ende, inútil en términos de su tratamiento.

A- Certezas e incertezas de la fibromialgia

Puesto en términos médicos y circunscrito en un síndrome clínico, aquel malestar que en un comienzo se presenta como difuso, marcado por un dolor que se hace presente en distintas zonas del cuerpo y que se acompaña de diversos síntomas, al ser delimitado a través de la noción de Fibromialgia, genera un efecto de certeza respecto a que su origen debiese encontrarse en los límites del cuerpo biomédico: “Cuando el Reumatólogo me habló de la Fibromialgia, yo pensé: ¡Al fin tengo un diagnóstico claro! Pese a que en ese entonces jamás había oído esa palabra, ya sabía que por lo menos tenía una enfermedad puntual” (Raquel, entrevista 1).

Según lo relatado en las entrevistas, la posibilidad de traducir los propios dolores por medio de la noción de Fibromialgia tiende a provocar un efecto aliviador, pues pese a desconocer más información respecto del cuadro clínico y sus implicancias, el hecho de ser diagnosticado ayuda, en una primera instancia, a que el entorno del paciente crea que lo que se vive es algo “real”, en tanto se supone la existencia de un sustento tangible en la materialidad biológica del cuerpo:

“Cuando a mis papás la Reumatóloga les dijo que yo tenía esto, ahí les cayó la teja como se dice. Nunca me habían creído de mis dolores porque me decían “Cómo vas a tener algo si no te sale nada en los exámenes” (Andrea, entrevista 1).

En todos los casos, se constata que la referencia a la Fibromialgia conlleva cierta certeza en torno a que se trata de una anomalía ubicada en la materialidad biológica del cuerpo. No obstante, parece no haber suficiente claridad respecto de cuál sería dicha anomalía, y cómo se relacionaría aquello con factores propiamente ambientales o relativos a la biografía de

quien la padece. Es aquí donde surge la primera incerteza que arroja este cuadro entre quienes lo padecen: si la Fibromialgia es una enfermedad diagnosticada por un médico, ¿En qué lugar del cuerpo se aloja? ¿Qué elemento corporal permite explicar el dolor, su agudización y su duración? ¿De qué manera aquello interactúa con factores ambientales? Estas interrogantes dan pie a la segunda incerteza arrojada por el diagnóstico de Fibromialgia, relativa a cómo abordar terapéuticamente el cuadro clínico.

Según se desprende de lo referido en las entrevistas, un elemento en común a la hora de tomar una decisión respecto de seguir alguna propuesta terapéutica alude a la importancia que adquiere quien propone y sostiene dichas propuestas. Así, nunca es indiferente quién recomienda realizar tal o cual tratamiento en torno a la Fibromialgia. En este sentido, si bien resulta frecuente encontrarse con críticas en torno al manejo terapéutico de la Fibromialgia por parte de ciertos profesionales de la salud, no se trata de críticas que pongan en cuestión el conocimiento técnico del profesional tratante. Más bien, la poca confianza que inspira tal o cual tratamiento está dada por la constatación de un insuficiente involucramiento afectivo del profesional tratante, no respecto al dolor del paciente, sino respecto de la experiencia de sufrimiento que conlleva el diagnóstico de fibromialgia y que, según el relato de los entrevistados, implica aspectos que sobrepasan en mucho la mera fisiología del fenómeno doloroso: “Si tú vas al médico porque tienes Fibromialgia, ves que tienen como un protocolo de cosas por hacer. Pero creo que esto no se sana así. Creo que es necesario notar que tu médico se preocupa por ti y por lo que te pasa, que te cree lo que le dices. Y eso es difícil encontrarlo” (Constanza, entrevista 4).

B- Biografías personales y Fibromialgia

De acuerdo al relato de los participantes, parece imposible soslayar la relevancia de la propia historia como aspecto que adquiere alguna consideración en el desarrollo y evolución del diagnóstico. Aquello implica varias consideraciones: en primer término, se aborda la historia de eventos dolorosos inscritos en la memoria, que generaron en su momento una intensa reacción de angustia, dejando una fuerte impronta afectiva que, se asume, tendrían alguna relación de causalidad más o menos explícita con el cuadro sintomático de la Fibromialgia.

“El primer año de liceo fue complicado porque bajé mucho de peso. Me sentía sola, no tenía amigos, las amigas que tenía ya no me hablaban. Entonces, como estaba sola, no comía ni almorzaba. Ese año, también los dolores en las piernas comenzaron a aumentar mucho, y todo eso” (Andrea, entrevista 2).

Desde una segunda perspectiva, la historia de los entrevistados es convocada en torno a situaciones (antecedentes familiares, conflictos entre los padres, falta de comunicación en el hogar de origen) que permitirían hacer inteligible la aparición de una cierta predisposición para contraer, años más tarde, el diagnóstico de Fibromialgia:

Me parece que todas esas cosas te van marcando igual. Ver a tu viejo siempre estresado, irritable, que no lo ves nunca porque siempre llega tarde. Yo creo que todo eso te hace más susceptible a que estas cosas, estos dolores, te pasen la cuenta después (Pedro, entrevista 4).

C- Fibromialgia como fenómeno interpersonal

En lo referido por los pacientes entrevistados, la Fibromialgia es entendida como un fenómeno que no se acota a los límites demarcados por la materialidad del cuerpo. Aquello se constata en una permanente demanda relativa a buscar en el otro la creencia, al acto de fe, en torno a la verdad del propio dolor, acto que termina siendo relevante en su aparición, intensidad y eventual disminución:

“Cuando yo era niña, jugaba con alguien y le decía que algo me dolía, y ahí me decían que era pesada porque no quería seguir jugando. Entonces me empecé a alejar de los niños, a estar más sola, me encerraba” (Andrea, entrevista 2).

Cualquier dificultad en la posibilidad de establecer un vínculo con otro está siempre determinada por la poca credibilidad que para ese otro genera la experiencia de dolor de quien padece Fibromialgia. Aquí, la noción de empatía que utilizan los entrevistados alude a la posibilidad de vincularse con quienes presentan la disposición a creer que el dolor referido corresponde a un fenómeno realmente existente, y no a una queja cuya realidad merece dudas o sospechas.

Ligado a este punto, surge la preocupación de no “transformarse en una carga” para su entorno social cercano. Se observa que, en el decir de los entrevistados, el uso de lenguaje médico para referirse al dolor va aparejado a la idea de evitar que el otro entienda dicha referencia como una molestia de la cual hacerse cargo: “Si me quejo en el día, veo que a mi marido le molesta. A veces quiero que él me abrace y no me diga nada, pero cuando a él le molesta me aguanto mi dolor, no le digo nada” (Susana, entrevista 3). Por su parte, Andrea señala: “Yo creo que el hecho que me diagnosticaran con Fibromialgia ayudó a que en mi casa entendieran que lo que me pasa es una enfermedad y ya no me vieran como una carga, como un cacho del cual preocuparse” (Andrea, entrevista 4).

Aquello que las entrevistas dejan entrever es que el dolor circunscrito en el diagnóstico de Fibromialgia tiñe el modo como quienes experimentan este cuadro construyen vinculaciones hacia los demás, como también el modo cómo su entorno termina vinculándose con ellos. Ya sea en la relación con sus personas cercanas, con los profesionales de la salud tratantes, o en espacios de agrupaciones con otras personas que padecen el mismo cuadro, lo que los entrevistados remarcan alude a que cualquier posibilidad de entablar relaciones interpersonales se basa en las reacciones que de allí pudiesen surgir respecto de su padecimiento.

D- Aprendizajes

Si el dolor circunscrito en la Fibromialgia presenta alguna relación con el comportamiento de quienes lo padecen, entonces sería posible regular dicha sensación en la medida en que se aprendan nuevas formas de sobrellevarla y manejarla. Esa es la idea que se desprende de las entrevistas realizadas, la cual permite entrever una fuerte relación entre el dolor y el aprendizaje como manera de abordar dicha problemática. Lo que se instala al modo de un supuesto es que las medidas necesarias para lograr un alivio del dolor necesariamente pasan por el aprendizaje de una amplia gama de aspectos:

“Yo pienso que es esencial el tema de saber bien lo que te pasa. Saber bien cómo actuar cuando te vienen los dolores, y escuchar

también lo que te va diciendo el propio cuerpo. Si al final creo que esto también se trata de aprender a conocer tu cuerpo” (Raquel, entrevista 3).

Expresiones como “poner de su parte”, “estar activo”, “aprender a evitar quejarse”, o “aprender a conocer tu propio cuerpo” permiten localizar una cierta disposición de los entrevistados en torno al propio dolor, que conlleva la necesidad de un esfuerzo personal por adquirir aprendizajes que se supone, permitirían aliviarlo.

En las distintas derivas que adquiere la noción de aprendizaje en cada uno de los relatos pesquisados, se observa que su sentido principal está ligado a la idea de guiar las propias conductas. Mediante términos como “amigarse”, “sobrellevar”, o tener una “mentalidad positiva”, lo que se construye es una pragmática del dolor, cuya lógica implica el hacer y el dejar de hacer en un amplio abanico de conductas y comportamientos que se supone, afectarían el modo como se experimenta el dolor:

“Hay que aprender a vivir con la fibromialgia, conocerla, hacerse amiga y sobrellevarla. Hay que ser ordenado y riguroso, es decir, caer en un buen médico. Después de eso, ser obediente con las instrucciones que te da ese médico. Eso yo creo que es ley” (Raquel, entrevista 4).

Discusión

Las narrativas y significados de los entrevistados permiten abordar los componentes sociales y contextuales que delimitan la experiencia de dolor de quienes padecen Fibromialgia. Se trata de localizar a partir de dichos relatos experiencias que permiten circunscribir formas particulares de referirse al sufrimiento contemporáneo, las cuales construyen una cierta forma de visibilizar al sujeto sufriente.

Se observa en los participantes de este estudio que la experiencia de padecer Fibromialgia conlleva la necesidad de desarrollar una gramática, esto es, un modo específico de referirse al dolor que permite visibilizarlo en función de formas adecuadas e inadecuadas de habla. Así, un primer elemento a considerar en la gramática de la Fibromialgia alude al supuesto que el dolor propio de este cuadro se sitúa siempre dentro de una gradiente de responsabilidad personal de quienes lo padecen (a través del uso de términos como “poner de su parte”, “salir adelante”, “amigarse con el dolor”, “no hacerse cargo”). En consonancia con ello, las características que adquiere el diagnóstico de Fibromialgia son siempre entendidas como un asunto de esfuerzos personales en torno a la posibilidad de lograr, a través del aprendizaje, una amplia serie de conductas y disposiciones que, se asume, influirían en el curso que adopta el dolor asociado a este diagnóstico (y que incluyen cambios en la alimentación, uso del tiempo libre, consumo de alcohol y drogas, manejo de las relaciones interpersonales, manejo del estrés o hábitos de sueño). Se trata, en la voz de los pacientes, de “aprender a sobrellevar el dolor”, “amigarse con el dolor”, “mantenerse autosuficiente”, “mantener una actitud positiva”, “conocer el propio cuerpo” o “tener voluntad para salir adelante”. Lo que surge en el habla de cada entrevistado es la construcción de una escala de valores morales asociadas al esfuerzo personal y la autosuperación, que dan cuenta de las virtudes personales

de cada quien, en la medida en que haga lo que se espera para manejar su propio dolor.

Un segundo elemento propio de la gramática compartida de quienes padecen Fibromialgia supone la existencia de predisposiciones personales que dan cuenta de inadecuaciones, ya sea por lo deficitario o lo excesivo, respecto de modos de ser esperables en torno al uso del propio cuerpo, a los rendimientos productivos, o a la interacción con otros. Se trata de características personales que se encontrarían siempre subyacentes al dolor referido en este cuadro, siendo éste un efecto visible, localizado en el cuerpo, respecto de dichas predisposiciones. Aquello permite otorgar un marco de comprensibilidad sobre la aparición y mantención del dolor, tanto para quienes lo padecen, como para quienes los rodean. Así, referirse al dolor propio de este cuadro implica el ejercicio de convocar historias personales marcadas por eventos dolorosos de distinta índole (pérdidas inesperadas de seres queridos, accidentes, conflictos interpersonales, situaciones de violencia, etc.), acontecidos en distintos momentos de la vida de quien padece este cuadro, que tendrían alguna incidencia en el desarrollo de los modos de ser y las predisposiciones personales de quienes padecen este diagnóstico, las cuales se visualizan en sus modos de vincularse a los demás, en sus conflictos en torno a sus rendimientos productivos, o en sus maneras inadecuadas de relacionarse con el propio cuerpo.

De ésta manera, la fibromialgia regularmente supone la referencia a una narrativa biológica siempre supuesta y más o menos desconocida a la hora de hablar de las posibles causas de este cuadro (desde predisposición genética, pasando por alteraciones hormonales, hasta un malfuncionamiento del sistema nervioso central), la cual se encontraría en algún tipo de interacción con la historia y la predisposición personal de quienes la padecen.

Junto con la construcción de una gramática específica del dolor, la Fibromialgia implica también la construcción de una pragmática, entendida como la construcción de un conjunto de prácticas socialmente compartidas respecto de la relación hacia sí mismo, del uso adecuado e inadecuado del propio cuerpo, y del aprendizaje de estrategias diversas que apuntan al manejo de este fenómeno. Se trata de un conjunto de conductas e imperativos a la acción que, bajo la lógica del “hacerse cargo” del propio dolor, plantean un horizonte de comportamientos relativos al manejo de este cuadro, en orden a guiar la propia vida según los parámetros propios de aquello que se propone como sano, deseable o correcto (comer ciertos alimentos, hacer ejercicio, dormir cierta cantidad de horas, no consumir alcohol o drogas, evitar conflictos interpersonales, dedicar tiempo a la familia, etc.).

La idea de aprendizaje asociada a la pragmática alude a la adquisición de una serie de cualidades y virtudes personales, que se supone, quien se vincule a la Fibromialgia debe esforzarse por conseguir. Así, aprender a ser empático, a relacionarse con el propio cuerpo, a no desconfiar, a sobrellevar el dolor, a ser paciente, a tener una mentalidad positiva, a conocer las propias limitaciones, responden en último término a una pragmática de virtudes morales que resultan necesarias y deseables entre quienes padecen Fibromialgia, y que sólo pueden ser adquiridas

a través de un esfuerzo personal por lograr aquellos imperativos que, se supone, permitirían alcanzar un mejor estado de salud.

Al retomar la discusión respecto a cómo se ha entendido el fenómeno del dolor al interior de las ciencias sociales en función de lo descrito, es posible pensar que la experiencia de dolor propia del diagnóstico de Fibromialgia parece no responder a un asunto de interpretaciones personales o traducciones simbólicas respecto de un dato pre-cultural, como lo sería la señal nociceptiva que gatilla la aparición de la sensación dolorosa (Morris, 1991/1993; Le Breton, 1995/1999; Moscoso, 2012). Desde la perspectiva adoptada en esta investigación, la experiencia de dolor circunscrita en la Fibromialgia está dada por una serie de supuestos compartidos que operan en la puesta en palabras de dicha experiencia y que dan cuenta, más allá de un cuadro clínico específico, de personas con características particulares, siempre excesivas o deficitarias en su relación hacia el propio cuerpo, hacia sus vínculos interpersonales y hacia sus rendimientos productivos en ámbitos como el trabajo doméstico, el trabajo remunerado, o el rendimiento académico.

En función de los hallazgos propios de esta investigación, la Fibromialgia puede ser entendida como un diagnóstico que, junto con otorgarle existencia a una cierta experiencia de dolor al modo de problemática biomédica, moldea y visibiliza la descripción de cierto tipo de personas. Según lo referido por algunos autores, los procesos de subjetivación incluyen modos de conceptualizar a las personas a través de lenguajes específicos, junto con los métodos prácticos para actuar sobre ellas en consecuencia con dichas conceptualizaciones (Rose, 1996/2019; Fitzgerald *et al.*, 2016). Se trata de procesos de composición y ensamblaje de fuerzas, prácticas y relaciones, que operan de modo de otorgar formas (palabras, vocabularios, prácticas) para relacionarse y juzgarse a sí mismos. En la perspectiva descrita, los procesos de subjetivación se constituyen a partir de la vinculación de los seres humanos hacia saberes, objetos y prácticas múltiples y diversas. Así, no se trata sólo de un asunto de enunciados o saberes discursivos, sino de cómo dichos saberes producen, en un contexto específico, un complejo proceso de ensamblaje de vocabularios, modos de usar el cuerpo, técnicas específicas, prácticas puntuales, y juicios de valor.

Desde la perspectiva descrita, si los procesos de subjetivación comprenden la articulación de saberes y prácticas específicas, puede señalarse que en la noción de Fibromialgia opera la construcción de formas socialmente compartidas de referirse al dolor, que le otorgan cierta visibilidad y permiten legitimarlo por medio del establecimiento de maneras adecuadas e inadecuadas de habla. Por su parte, la Fibromialgia implica también la construcción de un conjunto de prácticas socialmente compartidas respecto de la relación hacia sí mismo, del uso adecuado e inadecuado del propio cuerpo, y del aprendizaje de estrategias diversas que apuntan al manejo del dolor. Se trata de una gramática y una pragmática que, si bien en un principio apuntan a delimitar una cierta experiencia de dolor, en último término permiten visibilizar y dar existencia a formas legítimas, esperables, y deseables de actuar y comportarse en la vida en general, apuntando con ello ya no solamente a un dolor, sino más bien a modos de ser particulares que darían cuenta de maneras adecuadas e inadecuadas de relacionarse consigo mismo, con el propio cuerpo, y con los demás.

Para finalizar, cabe decir que la investigación propuesta buscó abordar la discusión en torno a la Fibromialgia desde una perspectiva que incluyera la experiencia de quienes padecen dicho diagnóstico. Se trata de una perspectiva poco trabajada del problema, que permite circunscribir la Fibromialgia desde otra lógica que la habitual discusión en torno a si se trata o no de un diagnóstico que presenta una etiología biológica, factor que al parecer le daría carta de alguna legitimidad al sufrimiento de quienes la padecen. Más allá de la discusión por su etiología, el aporte de este trabajo se sostiene en intentar abordar la experiencia de sufrimiento que queda circunscrita bajo dicho diagnóstico, entendiendo que dicha operación diagnóstica produce efectos de sentido y desde allí construye una experiencia particular que visibiliza, no sólo un dolor específico, sino también modos de ser y comportarse particulares de quienes quedan ubicados en el lugar de pacientes con Fibromialgia. Huelga decir que los alcances del presente trabajo no permiten hacer mayores generalizaciones, y sólo pueden ser tomados como un intento limitado y acotado por las características propias del diseño investigativo, por entregar nuevas luces a un viejo problema. Así, se espera proponer e incentivar futuras investigaciones que permitan ahondar en los puntos aquí desarrollados, considerando el potencial que las Ciencias Sociales presentan para aportar en la superación de los impasses actuales y futuros respecto a la discusión sobre la Fibromialgia.

Referencias Bibliográficas

- Barker, K. (2002). Self-Help literature and the making of an illness identity: The case of fibromyalgia syndrome (FMS). *Social Problems*, 3(49), 279-300. Doi: 10.1525/sp.2002.49.3.279
- Barker, K. (2005). *The fibromyalgia story*. Medical authority and women's worlds of pain. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Barker, K. (2008). Electronic support groups, patient-consumers, and medicalization: The case of contested illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, 20-36. Doi: 10.1177/002214650804900103
- Baszanger, I. (1998). *Inventing pain medicine*. From the laboratory to the clinic. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Das, V. (2008). *Veena Das: Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Das, V. (2015). *Affliction*. Health, disease, poverty. New York, NY: Fordham University Press.
- Fassin, D. (2009). Another politics of life is possible. *Theory, Culture & Society*, 5(26), 44-60. Doi: 10.1177/0263276409106349
- Fernandes, C., Melo, C., Lopes Besset, V. & Bicalho, P. (2016). Biopolitics and Pain: Approximations between Foucault and lacanian psychoanalysis. *Psico-USF*, 1(21), 189-196. Doi: 10.1590/1413-82712016210116
- Fitzgerald, D., Rose, N. & Singh, I. (2016). Living well in the neopolis. *The Sociological Review* 1(64), 221-237. Doi: 10.1111/2059-7932.12022
- Good, B. (2012). Phenomenology, psychoanalysis, and subjectivity in Java. *Ethos, Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 1(4), 24-36. Doi: 10.2307/41343653
- Graham, S. (2015). *The politics of pain medicine*. A rhetorical-ontological inquiry. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Greenhalgh, S. (2001). *Under the medical gaze*. Facts and fictions of chronic pain. Los Angeles, CA: University of California Press.
- Grob, G. (2011). The rise of fibromyalgia in 20th-Century America. *Perspectives in Biology and Medicine*, 4(54), 417-437. Doi: 10.1353/pbm.2011.0044.
- Hammarberg, K., Kirkman, M., & de Lacey, S. (2016). Qualitative research methods: when to use them and how to judge them. *Human Reproduction*, 3(31), 498-501. Doi: 10.1093/humrep/dev334
- Inanici, F. & Yunus, M. (2004). History of fibromyalgia: Past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 369-378. Doi: 10.1007/s11916-996-0010-6
- Le Breton, D. (1995/1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Editorial Seix Barral.
- Morris, D. (1991/1993). *La cultura del dolor*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Moscoco, J. (2012). *Pain, a cultural history*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Pasqual, A., De Sousa, A., Berssaneti, A., Akemi, L. & King, S. (2017). Prevalence of fibromyalgia: literature review update. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 356-363. Doi: 10.1016/j.rbre.2017.01.005.
- Queiroz, L. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(356), 777-785. Doi: 10.1007/s11916-013-0356-5.
- Quintner, J. & Cohen, M. (1999). Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *The Lancet*, 353, 1092-1094. Doi: 10.1016/S0140-6736(98)06468-X
- Rose, N. (1996/2019). *La invención del sí mismo*. Poder, ética y subjetivación. Santiago de Chile: Pólvora Editorial.
- Sancassiani, F., Machado, S., Ruggiero, V., Cacace, E., Carmassi, C., Gesi, C. *et al.* (2017). The management of fibromyalgia from a psychosomatic perspective: an overview. *International Review of Psychiatry*, 5(29), 473-488. Doi: 10.1080/09540261.2017.1320982
- Troncoso, C. & Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 2(65), 329-332. Doi: 10.15446/revfacmed.v65n2.60235
- Walitt, B., Nahin, R., Katz, R., Bergman, M. & Wolfe, F. (2015). The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *Plos One*, 10(9), 1-16. Doi: 10.1371/journal.pone.0138024
- Wilkinson, I. & Kleinman, A. (2016). *A Passion for Society*. How we think about human suffering. Oakland, CA: University of California Press.
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, M., Goldenberg, D., Katz, R., Mease, P., Russell, A., Russell, J., Winfield, J. & Yunus, M. (2010). The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research*, 5(62), 600-610. Doi: 10.1002/acr.20140.
- Yunus, M. (2015). Editorial Review (thematic issue: a update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology). *Current Rheumatology Reviews*, 11(2), 70-85. Doi: 10.2174/157339711102150702112236

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 05 de octubre de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 30 de noviembre de 2020.

Correspondencia a:
Cristián Busta Cornejo
Doctorado Ciencias Sociales Universidad de Chile.
Santiago, Chile.
E-mail: cabusta@uc.cl



DUCETEN[®] + **PREGOBIN[®]**
DULOXETINA PREGABALINA

LA COMBINACIÓN SEGURA Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

En pacientes con fibromialgia la terapia combinada de Pregabalina y Duloxetina es más efectiva que la monoterapia.

LA TERAPIA COMBINADA MEJORA LA RESPUESTA CLÍNICA

Receta
solidaria 

✓ Alivio del Dolor ⁽¹⁾

✓ Función Física ⁽¹⁾

✓ Calidad de Vida ⁽¹⁾

1.- Gilron I, Chaparro LE, Tu D, Holden RR, et al. Combination of pregabalin with duloxetine for fibromyalgia: a randomized controlled trial. Pain. 2016 Jul;157(7):1532-40. CHL2159722

Estrategias de Afrontamiento y Alteraciones Emocionales en Pacientes con Dolor Crónico de la Espalda. Cienfuegos 2020 (Cuba) Coping strategies and emotional alterations in patients with chronic back pain. Cienfuegos 2020. (Cuba)

Pomares Avalos Ahmed ⁽¹⁾; Zaldívar Pérez Dionisio ⁽²⁾; López Fernández Raúl ⁽³⁾; Naranjo Sabina Yanet ⁽⁴⁾

Resumen

Introducción: El dolor crónico de la espalda forma parte de los síntomas que afectan la salud musculoesquelética. Las estrategias de afrontamiento van a determinar la experiencia del dolor actuando como mediador de las emociones.

Objetivo General: Caracterizar las estrategias de afrontamiento y las alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda, Cienfuegos 2020.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, en el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos, Cuba, en los meses de septiembre de 2019 a enero de 2020. Se realizó un muestreo no probabilístico casual o a conveniencia de participantes voluntarios, con los pacientes que fueron atendidos en consulta de Ortopedia durante el periodo de investigación declarado. El análisis estadístico de la información se realizó en el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se obtuvo un predominio de estrategias de afrontamiento pasivas, así como alteraciones emocionales donde predomina la ansiedad y la depresión en niveles moderado-alto, mientras que en la ira se obtuvieron valores inferiores.

Conclusión: Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes de estudio se caracterizan por ir dirigidas fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo.

Palabras Claves: Afrontamiento, estados emocionales, dolor de espalda.

Abstract

Introduction: Chronic back pain is one of the symptoms that affect musculoskeletal health. Coping strategies will determine the experience of pain acting as a mediator of emotions.

General aim: To characterize coping strategies and the emotional alterations in patients with chronic back pain, Cienfuegos 2020.

Material and method: It was carried out a descriptive study, series of cases, in the University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos municipality, Cuba, from September, 2019 to January, of 2020. It was done a non-probabilistic sampling to convenience. The patients who were treated at the outpatient orthopedics consulting office and voluntarily accepted to participate in the study during the declared period of investigation were chosen. The statistical analysis of the information was carried out in the statistical package SPSS.

Results: A prevalence of passive coping strategies was obtained, so much in the interview semiestructurada as in the Coping Reduced Questionnaire to the pain. Regarding the negatives emotional states prevailed the anxiety and depression in moderate-high levels, while in anger lower values were obtained.

Conclusions: The most frequent coping strategies in the studied patients were the passive ones, aimed to regulate emotional states, but not to control pain.

Keywords: coping, emotional states, back pain

(1) Licenciado en Psicología, Master en Psicología de la Salud, Profesor Asistente e Investigador Agregado. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba

(2) Licenciado en Psicología, Doctor en Ciencias Psicológicas y Profesor Titular. Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana. Cuba.

(3) Licenciado en Pedagogía, Doctor en Ciencias Pedagógicas, Profesor Titular. Universidad Metropolitana de Ecuador y la Universidad "Carlos Rafael Rodríguez", Cienfuegos, Cuba

(4) Licenciada en Psicología, Master en Psicología de la Salud del Centro Especializado Ambulatorio "Héroes de Playa Girón". Cienfuegos, Cuba.

Introducción

La salud musculoesquelética es fundamental para el ser humano, ya que permite mantener la independencia económica, social y funcional de la persona a lo largo de la vida.

El dolor crónico de la espalda forma parte de los síntomas o condiciones clínicas que afecta la salud musculoesquelética, considerándose en la actualidad como un grave problema de salud pública, dada su alta prevalencia en la población, la cual se estima entre el 5% y el 40%. (1,2)

Su repercusión supera el ámbito de la salud para convertirse en una carga socioeconómica, generando costos alarmantes por

consultas médicas, incapacidad laboral, ausentismo y consumo de medicamentos. (3)

La etiología de este padecimiento es multicausal donde interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. (4,5)

Dentro de los factores psicológicos, el afrontamiento se ha convertido en un tema medular, ya que se considera que el control del dolor requiere, como fuente de estrés, un esfuerzo adaptativo facilitado por las estrategias que el individuo aporta a dicha situación. (6,7) Dichas estrategias de afrontamiento van a determinar la experiencia del dolor y la adaptación del sujeto a las nuevas condiciones de vida, actuando como mediador de las emociones. (6,7)

El Hospital General Universitario de la provincia de Cienfuegos cuenta con un proyecto institucional dirigido a pacientes con dolor crónico de la espalda, dentro del cual se han desarrollado múltiples estudios que reflejan la problemática de salud que representa este tipo de dolor para el territorio. (8,9)

Sin embargo, en estas investigaciones no se han contemplado las estrategias de afrontamiento utilizadas ante esta problemática de salud, ni su influencia en los estados emocionales, aspectos que necesariamente deben tenerse en cuenta a la hora de establecer acciones de intervención psicoterapéuticas.

Surge así la siguiente investigación que tiene como objetivo caracterizar las estrategias de afrontamiento y las alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda, Provincia de Cienfuegos 2020.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos, en el Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos, Cuba, en los meses comprendidos de septiembre de 2019 a enero de 2020.

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico casual o a conveniencia de participantes voluntarios, con los pacientes que fueron atendidos en consulta de Ortopedia durante el periodo de investigación declarado. Se utilizó este tipo de muestreo con el objetivo de acceder a la mayor cantidad de sujetos posibles y por no contarse con un registro estadístico en la provincia de este grupo de pacientes. La muestra quedó conformada por un total de 70 personas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Paciente con diagnóstico de dolor crónico de la espalda, valorado inicialmente por especialistas de Ortopedia o Medicina Física y Rehabilitación, mayores de 20 años de edad, sin deterioro cognitivo, ni enfermedad psíquica severa, que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada: Diseñada específicamente para la investigación, tuvo como objetivo complementar la información aportadas por los instrumentos diagnósticos. Sus indicadores fueron: Estrategias de afrontamiento utilizadas por el paciente ante el dolor, emociones negativas asociadas a la experiencia del dolor.

Inventario de ansiedad rasgo y estado (IDARE) (10):

Versión del State Trait Anxiety Inventory (STAI), el cual evalúa dos dimensiones distintas de ansiedad: la ansiedad como rasgo y la ansiedad estado en sujetos adultos normales. En el estudio fue empleada la variante modificada por Grau *et al.* (1986). Esta prueba consta de un total de cuarenta expresiones, veinte reactivos miden la ansiedad como estado (cómo se siente ahora mismo, en estos momentos) y otros veinte reactivos, la ansiedad personal (cómo se siente habitualmente), donde los sujetos deben marcar en cuatro categorías la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítem.

Inventario de depresión como rasgo y estado (IDERE)

(11): Es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable).

Para el estudio se utilizó la escala que evalúa la depresión como rasgo. Esta permite identificar a los pacientes, que tienen propensión a sufrir estados depresivos y además ofrece información sobre la estabilidad de estos síntomas. Consta de 22 ítems, que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: casi nunca (que vale 1 punto), algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (vale 3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

Las cifras obtenidas es el grado de depresión actual y se considera baja si es menor o igual a 34, media si está entre 35 y 42 y alta si es mayor de 42.

Inventario de expresión ira estado y rasgo (STAXI-2)

(12): Adaptación cubana del State Trait Expression Inventory-2. El inventario evalúa las distintas facetas de la ira. La edición española del STAXI-2 con 49 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira. La escala de Estado Ira consta de 15 ítems y permite evaluar tres componentes distintos de la ira como estado emocional: Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física. La escala de Rasgo de Ira consta de 10 ítems, dividiéndose esta subescala, en dos subescalas de 5 ítems cada una: Temperamento de Ira y Reacción de la Ira. La escala de Expresión Externa de la Ira, Expresión Interna de la Ira, Control Externo de la Ira y Control Interno de la Ira cuentan cada una con 6 ítems. Finalmente, a partir de 24 ítems de distintas escalas (las dos de expresión y las dos de control), se obtiene el Índice de Expresión de la Ira.

Autoescala de depresión de Zung y Conde (12):

Validada en la población cubana por Molerio *et al.* (2004) con el objetivo de determinar el nivel de depresión de los pacientes. En sus procedimientos se le ofrecen al sujeto un conjunto de 20 frases que expresan diversas vivencias depresivas y se le pide marque con una cruz la frecuencia con que experimenta cada una de ellas de acuerdo a 4 escalas: muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y siempre. La calificación se realiza sumando los puntajes correspondientes a los ítems

positivos y negativos según la pauta de calificación de la prueba y los resultados se llevan a la siguiente escala.

Cuestionario Reducido de Afrontamiento ante el dolor crónico (CAD-R) (13): versión reducida del cuestionario CAD elaborado por Soriano & Monsalve (2004). La versión reducida fue validada en la población cienfueguera con dolor crónico de la espalda por Pomares *et al.* (2019). El instrumento consta de 24 ítems, distribuidos en 6 categorías: Autoafirmación, Búsqueda de Información, Religión, Distracción, Catarsis, Autocontrol. La versión cubana mantuvo el mismo número de ítems con las mismas dimensiones, con un índice de consistencia interna global de 0.853.

Los ítems se evalúan con escala de Likert de 5 puntos: 1 = Nunca, 2 = Pocas veces, 3 = Ni muchas ni pocas, 4 = Muchas veces, 5 = Siempre. Los puntajes para cada uno de los 38 elementos se suman, con un rango posible entre 24 y 120.

Procedimientos

En un primer momento, se solicitó la autorización de los directivos del centro, así como aprobación del consejo científico de la institución para la realización de la investigación. A partir de ese momento, se realizó la coordinación con los especialistas de Ortopedia que atienden a los pacientes aquejados de dolor crónico de la espalda, los cuales se fueron derivando a la consulta de psicología.

En un segundo momento se llevó a cabo un encuentro individual con los pacientes, donde se les explicó las características del estudio para conocer su disposición a participar en el mismo, se acordó la fecha y horario en que se llevarían a cabo las sesiones diagnósticas, atendiendo a la disponibilidad de cada uno de los pacientes de la muestra. En este momento, teniendo en cuenta los aspectos éticos de la investigación, se solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio.

En un tercer momento, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en la consulta de psicología, la cual cuenta con las condiciones adecuadas para la aplicación de los mismos. Estas técnicas se realizaron en tres sesiones de trabajo, de forma individual con cada paciente. Una vez concluida la aplicación de las técnicas, se llevó a cabo la calificación y evaluación, según los criterios establecidos para cada una de ellas. Se realizó un análisis por instrumento para su posterior procesamiento estadístico.

La investigación se basa en los principios éticos de la Declaración de Helsinki, que se establecen en Cuba. Se utilizó el consentimiento informado de los pacientes y de la institución para la realización de la investigación.

Análisis de los Datos

El análisis estadístico de la información se realizó en la base de datos del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizó la frecuencia y el por ciento. No se utilizó ningún estadígrafo de la Estadística Inferencial, teniendo en cuenta que el estudio es descriptivo. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos.

Resultados

De la muestra de estudio, el (74.3%) son del sexo femenino, mientras el (25.7%) del masculino. El (11.4%) se encuentra en el grupo de 20 a 40 años, el (60.0%) entre 41 y 60 y un (28.6%) son mayores de 60 años. El (5.7%) tiene 6to grado de escolaridad, (2.9%) 9no grado, (24.3%) 12 grado, (28.6%) es técnico medio y el (38.6%) alcanza el nivel superior.

Con respecto a la ocupación, (61.4%) tiene una ocupación donde realiza esfuerzo físico frecuentemente y (38.6%) no realiza esfuerzo físico frecuente.

Tabla 1: Distribución de las estrategias de afrontamiento utilizadas según las dimensiones.

Variables	No.	%
Distracción	5	6.67
Búsqueda de Información	3	4
Religión	20	26.67
Catarsis	20	26.67
Autocontrol Mental	6	8
Autoafirmación	21	28.00

Fuente: Cuestionario Reducido de Afrontamiento al Dolor (CAD-R) n: 75.

Los resultados obtenidos reflejan que las estrategias más empleadas son la autoafirmación (30.0%), seguida de la Catarsis y Religión ambas con (28.6%). Llama la atención la pobre utilización del resto de las estrategias de afrontamiento.

Tabla 2: Distribución de las Estrategias de Afrontamiento según activas y pasivas

Variables	No.	%
Activo	29	41.4
Pasivo	36	51.4
Mixto	5	7.2
Total	70	100.0

La **Tabla 2** muestra la distribución de estrategias de afrontamiento activo y pasivo. Prevalen las estrategias pasivas (51.4%) sobre las activas (41.4%), mientras que el (7.2%) priorizan ambas estrategias a la vez. Resultados similares arrojó la entrevista semiestructurada, donde predominaron las estrategias de afrontamiento pasivas (74.1%), representadas

por el uso de medicamentos y el reposo, mientras el (25.9%) emplean principalmente las estrategias de afrontamiento activas, como el aumento de la actividad física.

Tabla 3: Distribución de los pacientes de estudio según ansiedad estado-rasgo.

Variables		No.	%
Ansiedad estado	Baja	13	18.6
	Media	26	37.1
	Alta	31	44.3
	Total	70	100
Ansiedad Rasgo	Baja	4	5.7
	Media	36	51.4
	Alta	30	42.9
	Total	70	100

Fuente: Inventario de Ansiedad como Rasgo y Estado (IDARE) n: 70

Los resultados obtenidos a través del Test de IDARE reflejan que el (81.4%) de los pacientes sufre de ansiedad como estado, mientras la ansiedad como rasgo está presente en el (94.3%), ambas en niveles medios- alto.

Tabla 4: Distribución de los pacientes de estudio según depresión estado-rasgo

Variables		No.	%
Depresión estado	No depresión	22	31,4
	Depresión Leve	18	25,7
	Depresión Moderada	28	40,0
	Depresión severa	2	2,9
	Total	70	100
Depresión Rasgo	Baja	23	32,9
	Media	24	34,3
	Alta	23	32,9
	Total	70	100

Fuente: Inventario de Depresión como Rasgo y Estado (IDERE) y Autoescala de Zung y Conde. n: 70

En cuanto a la depresión como estado, la cual se evaluó mediante el test de Zung y Conde, los resultados reflejan que (68,6%) presentan depresión en alguna medida, prevaleciendo los niveles leve-moderado. Con respecto a la depresión como rasgo, evaluada a través del Test IDERE, se obtiene que (67,1%) de los pacientes, prevaleciendo el nivel medio.

Tabla 5: Distribución de los pacientes de estudio según Ira estado-rasgo e Índice de expresión de la ira

Variables		No.	%
Ira estado	Nulo	49	70,0
	Bajo	20	28,6
	Moderado	-	-
	Alto	1	1,4
	Total	70	100
Ira Rasgo	Nulo	14	20,0
	Bajo	25	35,7
	Patológico	31	44,3
	Total	70	100
Índice de expresión de la Ira	Nulo	27	38,6
	Bajo	26	37,1
	Patológico	17	24,3
	Total	70	100

Fuente: Inventario de expresión ira estado y rasgo (STAXI-2) n: 70

Con respecto a la ira estado el (98.6%) presenta valores bajos o nulos, no así con la ira rasgo donde el (44.2%) se encuentra a nivel patológico, al igual que en el índice de expresión de la ira donde (24,3%) también se encuentran a nivel patológico.

Discusión

Los resultados del estudio muestran que los pacientes priorizan las estrategias de afrontamiento pasivas respecto a las activas, resultados que no coinciden con otras investigaciones sobre el tema, que reportan el uso de estrategias de afrontamiento pasivas y su relación con el incremento del dolor, su asociación con mayores niveles de ansiedad y depresión, baja percepción del control de dolor y mayor discapacidad. (14, 15,16)

La entrevista semiestructurada arrojó que el reposo y la toma de medicamentos figuran dentro de las principales estrategias pasivas empleadas. Se ha encontrado que un aumento del reposo se asocia positivamente con el aumento de la incapacidad, el incremento de la intensidad y frecuencia del dolor y mayores niveles de estrés. (17)

La práctica asistencial cotidiana demuestra que, salvo que el médico indique otra cosa, el paciente debe mantener la mayor movilidad posible durante la fase activa de dolor. Se reconoce, además que ante la experiencia de dolor, el paciente evita toda actividad por el miedo a que los movimientos o acciones produzcan dolor o incrementen el mismo, de tal modo que el miedo a lesionarse o agravarse con la actividad llega a ser más incapacitante que el dolor por sí solo, lo que entorpece la integración social

del individuo y favorece el aislamiento. En consonancia con lo anterior, un estudio realizado en pacientes diagnosticados de Fibromialgia obtuvo que los sujetos que empleaban el distanciamiento y la retracción social sufrían de ansiedad y depresión, asociados a insomnio y disfunción social. (17)

En cuanto a la toma de medicamentos, los criterios son controversiales, ya que algunos autores consideran que comparte características activas y pasivas de afrontamiento. (18) Sin embargo, las evidencias clínicas demuestran que esta práctica trae consigo a largo plazo más costos que beneficios para el paciente y se asocia a mayor discapacidad. Al tratarse de un dolor crónico, donde son frecuentes los fracasos terapéuticos, podemos encontrar pacientes que hacen uso de la polifarmacia para tratar de aliviar el dolor y los síntomas asociados (depresión, ansiedad, insomnio, etc...), tratamientos que en muchas ocasiones son autoprescritos, sin tener en cuenta las consecuencias ni los riesgos asociados, mientras otros pacientes, con miedo a los efectos adversos o a crear adicción a determinado fármaco, no cumplen con las indicaciones médicas.

En cuanto al Cuestionario Reducido de Afrontamiento al Dolor, los resultados coinciden con la entrevista semiestructurada, ya que un mayor por ciento de pacientes empleó en primer lugar las estrategias pasivas: Religión y Catarsis.

Con respecto a la Religión, los resultados de varios estudios muestran que se ha empleado como principal estrategia. (19, 20) A pesar de que algunos autores (21, 22) han relacionado la espiritualidad con la satisfacción con la vida a pesar del dolor crónico, un número importante de estudios concluyen que el uso de la religión como estrategia de afrontamiento al dolor no es útil, ya que la espera constante a que alguien o algo externo disminuya o elimine el dolor, alimenta las emociones negativas y tiene un efecto adverso en la salud mental, se asocia con emociones y actitudes negativas, tales como la catastrofización, el miedo, la espera y con mayor percepción del dolor. (6, 23, 24)

Es necesario señalar que este resultado se explica, si tenemos en cuenta que en la población cubana las creencias e ideas religiosas como forma de ser de la conciencia social y expresión cultural e idiosincrática, son frecuentemente utilizadas como complemento para afrontar las diferentes situaciones de la vida cotidiana y, más específicamente, los problemas de salud. Sin embargo, creer que el dolor se debe a elementos independientes o ajenos a la persona y que su solución tiene carácter divino y no por la implicación activa del sujeto para dirigir su comportamiento hacia acciones que permitan el control del dolor y mantenimiento de la salud, hacen que esta forma de afrontar sea más desadaptativa y permita un menor ajuste al dolor.

En cuanto a la Catarsis, se refleja la necesidad de exteriorizar los sentimientos intensos y la búsqueda de apoyo social desde la perspectiva emocional de los pacientes de estudio,

especialmente mediante la verbalización y el alivio que éste supone, por lo que va dirigida fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo.

Al analizar las estrategias de afrontamiento activas, los resultados demuestran que la Autoafirmación es la estrategia más utilizada, dato que está acorde con otros estudios. (21, 25, 26)

La autoafirmación positiva es una estrategia cognitiva dirigida a reducir el grado de reacción emocional a través del pensamiento positivo y extrayendo un valor positivo de eventos negativos. Guarda mucha relación con la autoeficacia percibida, puesto que el sujeto acepta la responsabilidad personal y experimenta el dolor como un medio de crecimiento personal.

Según algunos autores, las personas que utilizan la autoafirmación como estrategia de afrontamiento, suelen darse ánimos a sí mismos para no desfallecer, consideran que estas personas evitan sentir sumisión por el dolor y buscan encontrar fortaleza inclusive en los momentos más difíciles. Esta dimensión suele predecir la disminución en ansiedad y depresión en los pacientes que sufren dolor crónico. (6, 7, 21)

Otra de las estrategias activas frecuentemente utilizada es el aumento de la actividad física, que al contrario del reposo, trae consigo una serie de beneficios, tanto para la salud física como mental. La actividad física realizada de manera regular ayuda a la activación sanguínea, eliminando la tensión muscular acumulada, evitando la incapacidad y mejorando el grado de movilidad y autonomía.

Los resultados de los instrumentos diagnósticos muestran una fuerte presencia de alteraciones emocionales en los pacientes de estudio, lo que coincide con varios autores que consideran que las emociones negativas amplifican la percepción de dolor, a la vez que el dolor crónico es un predictor de alteraciones emocionales, como la ansiedad y depresión. (26, 27, 28)

Estos resultados pudieran estar relacionados precisamente por el mayor empleo de estrategias de afrontamiento pasivas en los pacientes de estudio, como lo demuestran varias investigaciones sobre el tema. (6, 15, 16)

Con respecto a la ansiedad, las cifras obtenidas son más elevadas que las reportadas en otros estudios. (28, 29) La ansiedad se refleja en el paciente con dolor crónico de la espalda a través de una mayor represión de las emociones, menor confianza en que su dolor se solucionará en poco tiempo, mayor percepción de que el dolor supera los propios recursos para hacerle frente, así es como se correlaciona significativamente con la intensidad del dolor y la discapacidad crónica.

En cuanto a la ansiedad como rasgo, genera una alta propensión al estrés ante la enfermedad y un

funcionamiento personal relativamente desajustado, produciendo un incremento de la tensión muscular, alteraciones del Sistema Nervioso Autónomo y aumento de la percepción de los estímulos dolorosos. Estas reacciones tienen como consecuencia final un largo mantenimiento de la sensación dolorosa, aunque el estímulo nociceptivo haya cesado.

En cuanto a la depresión, los resultados obtenidos se encuentran en plena correspondencia con otras investigaciones en las cuales se han encontrado síntomas depresivos desde un 22 hasta el 78 % en estos pacientes. (28, 29)

Respecto al dolor y la depresión, no debe ser obviado el hecho que, si bien el dolor influye en los niveles de depresión, también la depresión determina los niveles de dolor, actuando recíprocamente. La evidencia clínica ilustra que aquellas personas con estados de ánimo bajos o personalidades propensas a la depresión, manifiestan con frecuencia síntomas físicos dolorosos. En relación con la depresión como rasgo de la personalidad, se constata un predominio de la depresión media, aunque nada despreciable son los valores de depresión alta. Estos resultados apuntan a una disfuncionalidad relativamente estable en el funcionamiento emocional, lo que puede traer consigo alteraciones en la percepción y valoración de la enfermedad.

Con respecto a la ira, llama la atención que los niveles patológicos se encuentran en la ira rasgo y el índice de expresión de la ira, resultados que coinciden con otra autora (30), la cual encontró en su muestra de estudio una distribución similar. Como refiere la propia autora, *“parece ser que estos pacientes en su mayoría poseen características estables, con propensión a la expresión descontrolada de sus emociones, no así como un estado peculiar asociado a situaciones particulares”*. La ira es una emoción negativa que frecuentemente se relaciona con la frustración frente al dolor crónico, las quejas somáticas persistentes, la escasa información sobre la etiología del dolor, acompañado todo ello de repetidos fracasos terapéuticos, aumentan la probabilidad de que los pacientes experimenten estados emocionales de ira como una respuesta natural al dolor.

Conclusión

Se puede concluir diciendo que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes de estudio se caracterizan por ir dirigidas fundamentalmente a la modificación de las reacciones emocionales que genera el dolor, pero no a lograr una adaptación a las nuevas circunstancias impuestas por la enfermedad, ni a un control instrumental del mismo, lo que se manifiesta en importantes alteraciones emocionales.

Referencias Bibliográficas

- 1- Husk Y, Mathilde M, et al. Chronic back pain and its association with quality of life in a large French population survey. Health and quality of life outcomes. 2018; 16(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1018-4>.
- 2- Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. Rheumatology international. 2019; 39(4):619-626. <https://doi.org/10.1007/s00296-019-04273-0>.
- 3- Hay SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Aboyans V. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017; 390(10100): 1260-1344. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)
- 4- Jegan N, Brugger M, Viniol A, Strauch K, Barth J, Baum E. Psychological risk and protective factors for disability in chronic low back pain—a longitudinal analysis in primary care. BMC musculoskeletal disorders. 2017; 18(1):114. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12891-017-1482-8>
- 5- Abreu M, Montes M, Quinteros G, Retamoso J, Retamoso I. Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. Revista Médica del Uruguay. 2019; 35(1): 84-100. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.35.5>
- 6- Soriano J, Monsalve V. CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9(1): 13-22. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_01_03.pdf
- 7- Soriano J, Monsalve V. Validación del cuestionario de afrontamiento al dolor crónico reducido (CAD-R). Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2004; 11(7): 27-34. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n7/original1.pdf>
- 8- Pomares A, Rodríguez T, Pomares J. Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. Revista Finlay. 2016; 6(1): 49-58. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n1/rf07106.pdf>
- 9- Pomares A, Zaldívar D, Vázquez M. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con dolor crónico de espalda, Cienfuegos 2019. Rev Soc Esp Dolor. 2020; 27(4):239-245. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3798/2020>
- 10- Gaudry E, Vagg P, Spielberger D. Validation of the state-trait distinction in anxiety research. Multivariate Behavioral Research. 1975; 10(3): 331-341. Disponible en: <https://doi.org/10.1207/s15327906mbr10036>
- 11- Martín M, Grau JA, Grau R. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). Manual de aplicación. Santiago de Chile: Acquis. 2003. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marta_Martin13/publication/283016407_Manual_del_Inventario_de_Depresion_Rasgo/links/5626793308aed3d3f1387cb9/Manual-del-Inventario-de-Depresion-Rasgo.pdf.
- 12- Molerio O, Nieves Z, Otero I, Casas G. Manual de Inventario de Ira Rasgo-Estado (STAXI-2). Adaptación Cubana. Santa Clara: Editorial Feijoo. Tesis Doctoral. 2004.
- 13- Pomares A, Zaldívar D, López R, Bernal EJ. Validación del cuestionario reducido de afrontamiento al dolor crónico en la población cienfueguera con dolor crónico de espalda (2017-2018). Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2019; 26(5): 276-283. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2019.3732/2019>
- 14- Orozco AM, Villamil V, Mateus LM, Morales C, Osorio R. Pain characteristics, coping strategies and its relation with the quality of life in patients with chronic pain diseases. Salud & Sociedad. 2016; 7(3): 240-252. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439749582001>
- 15- Baastrup S, Schultz R, Rrødsgaard I, Moore R, Jensen TS, Vase T, Gormsen L. A comparison of coping strategies in patients with fibromyalgia, chronic neuropathic pain, and pain-free controls. Scandinavian journal of psychology. 2016; 57(6): 516-522. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sjop.12325>
- 16- Huang ER, Jones KD, Bennett RM, Hall GC, Lyons KS. The role of spousal relationships in fibromyalgia patients' quality of life. Psychology, health & medicine. 2018; 23(8): 987-995. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1444183>
- 17- Gelves M, Barceló E, Orozco E, Román NF, Allegri RF. Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con fibromialgia (FM). Revista Salud Uninorte. 2017; 33(3): 285-295. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n3/2011-7531-sun-33-03-00285.pdf>.

- 18- Cabezas HR, Torres M. Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en profesionales de los servicios de rehabilitación y unidades de fisioterapia. *Fisioterapia*. 2018; 40(3): 112-121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.12.004>
- 19- Amaya MC, Carrillo GM. Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*. 2015; 15(4): 461-474. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74142431002.pdf>.
- 20- Bello AM, Benítez M, Oviedo O. Características del dolor, aspectos psicológicos, calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con dolor de espalda crónico en una ciudad de Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2017; 45(4): 310-316. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.07.002>
- 21- Ugarte VF. Comparación de las estrategias de afrontamiento ante el dolor entre adolescentes y adultos con enfermedades reumáticas de un Hospital de Lima Metropolitana. 2017. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622199>.
- 22- Biccheri E, Roussiau N, Mambet C. Fibromyalgia, spirituality, coping and quality of life. *Journal of religion and health*. 2016; 55(4): 1189-1197. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10943-016-0216-9>
- 23- Andersson G. Chronic pain and praying to a higher power: useful or useless? *Journal of religion and health*. 2008; 47(2): 176-187. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9148-8>
- 24- Barragán JA, Almanza G. Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*. 2013; 13(3), 322-335. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74130042002.pdf>
- 25- Sahar K, Thomas SA, Clarke SP. Adjustment to fibromyalgia: The role of domain-specific self-efficacy and acceptance. *Australian Journal of Psychology*. 2016; 68(1): 29-37. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ajpy.12089>
- 26- Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nature Reviews Rheumatology*. 2016; 12(9): 532-542. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.112>
- 27- Coplan JD, Aaronson CJ, Panthangi V, Kim Y. Treating comorbid anxiety and depression: Psychosocial and pharmacological approaches. *World journal of psychiatry*. 2015; 5(4): 366. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5498%2Fwjpv.5.i4.366>
- 28- Fernandez M, Colodro L, Hartvigsen J, Ferreira ML, Refshauge KM, Pinheiro MB, Ferreira PH. Chronic low back pain and the risk of depression or anxiety symptoms: insights from a longitudinal twin study. *The spine journal*. 2017; 17(7): 905-912. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2017.02.009>.
- 29- Castromán P, Ayala S, Schwartzmann A, Surbano M, Varaldi G. Evaluación de Ansiedad y Depresión en pacientes con Lumbalgia Crónica en la Unidad de Dolor de un Hospital Universitario. *Revista El Dolor*. 2018; 70: 16-22. Disponible en: <https://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/5cec9f6323672orig02.pdf>
- 30- Ramos Y, Santana A, Valladares A, López L, González M. Relación entre estados emocionales y variables clínicas en pacientes con dolor crónico lumbar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017; 33(2): 180-190. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n2/mgi03217.pdf>.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 21 de noviembre de 2020, aceptado sin corrección para publicación el 30 de noviembre de 2020.

Correspondencia a:
Ahmed José Pomares Avalos
Hospital General Universitario
Dr. Gustavo Aldereguía Lima
Cienfuegos. Cuba.
E-mail: ahmed881213@gmail.com

Eteroval®

ETORICOXIB / SAVAL

Cuando el manejo del

dolor inflamatorio
es una prioridad



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



Eteroval® 120 mg

Envase con
7 comprimidos recubiertos



Eteroval® 60 mg

Envase con
14 comprimidos recubiertos

Bibliografía

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



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



www.saval.cl



Unidad | **Dolor**

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

www.saval.cl

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

SAVAL
W3579 / 08-2020

Urgencias en Cuidado Paliativo Oncológico. Emergencies in Palliative Oncological Care.

Arce Gálvez Leonardo ^(1,2); Tovar Sánchez María A. ^(1,3); Rodríguez Jurado René ^(1,4).

Resumen

El paciente oncológico de cuidados paliativos puede presentar una variedad importante de condiciones clínicas que producen sufrimiento y disminución en la calidad de vida; esto se presenta como un reto para el clínico en la identificación y correcto abordaje de los pacientes. El dolor se ha considerado por años como el síntoma cardinal a tratar en el paciente oncológico, donde se deben considerar sus condicionantes fisiopatológicos, la farmacología de las intervenciones, los posibles efectos secundarios y los condicionantes familiares, sociales y personales del dolor, pero a pesar de su relevancia, no es el único síntoma, estando acompañado de un abanico de patologías, como las afectaciones gastrointestinales, pulmonares, vasculares, hematológicas y neurológicas, que favorecen la pérdida de capacidad del paciente y, en muchas ocasiones, la muerte. Se realizó una revisión actualizada en bases de datos como EMBASE, PUBMED, SCIELO, además de la revisión de guías de asociaciones internacionales con el objetivo de acercar a todos los médicos, sin distinguir su especialidad o área de trabajo, al abordaje y manejo del paciente oncológico en cuidado paliativo, favoreciendo la sensibilización con estas patologías y la importancia en el curso de vida de los pacientes.

Palabras Clave: Cuidado paliativo, dolor, opioides.

Abstract

The palliative care cancer patient can present a significant variety of clinical conditions that produce suffering and a decrease in the quality of life. This is a challenge for the clinician in the identification and correct approach of patients. Pain has been considered for years as the cardinal symptom to be treated in cancer patients, where its pathophysiological factors, the pharmacology of the interventions, possible side effects and the family, social and personal conditions of pain must be considered, but despite its relevance is not the onset of symptoms and is accompanied by a range of pathologies such as gastrointestinal, pulmonary, vascular, hematological and neurological affectations that favor the loss of capacity of the patient and in many cases death. An updated review was carried out in databases such as EMBASE, PUBMED, SCIELO in addition to the revision of guides from international associations with the aim of bringing all doctors without distinguishing their specialty or area of work to the approach and management of cancer patients in palliative care favoring awareness of these pathologies and their importance in the life course of patients.

Key Words: Palliative Care, Pain, Opioids.

(1) Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

(2) Médico residente Medicina Física y Rehabilitación, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

(3) Médico especialista Medicina Física y Rehabilitación, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

(4) Médico Anestesiólogo, especialista en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Introducción

Los cuidados paliativos (CP) son intervenciones dirigidas a los pacientes con enfermedades severas, en especial quienes tienen cerca el final de su vida, con una asistencia activa y enfoque holístico en el manejo de sus síntomas (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los CP un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, evaluación, tratamiento del dolor, problemas físicos, psicosociales y espirituales (2), todo encaminado al desarrollo de una vida digna en todas las etapas de la enfermedad.

Existen diversas situaciones que pueden incrementar el sufrimiento del paciente, relacionadas con los síntomas de su enfermedad que, de no ser intervenidas de manera adecuada, puede llevar a un deterioro funcional y a la muerte. Tiene una gran relevancia el conocimiento por parte del personal médico de estas situaciones clínicas y su abordaje inicial. Esta revisión incluye las consultas más frecuentes y con mayor impacto que deben ser manejadas de una manera integral.

DOLOR:

El dolor es una de las consultas más frecuentes en los servicios de urgencia por parte del paciente oncológico. La definición realizada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en el 2020 nos dice que “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial” y se realizan una serie de recomendaciones adicionales, aclarando que el dolor tiene múltiples condicionantes biológicos, psicosociales, personales como un fenómeno no asociado solamente a las neuronas sensitivas, sino también a las experiencias de vida, los fenómenos de adaptación, el compromiso con lo funcional y las diferentes características de expresión no verbal (3). El dolor es muy frecuente, está presente en las etapas terminales de la enfermedad oncológica hasta en un 70% (4), siendo variante según el tiempo de enfermedad oncológica, lo cual también condiciona la intensidad del dolor y su inicio en etapas tempranas.

A medida que se incrementa el número de pacientes con tratamientos para prolongar su vida o tratamientos curativos, lo hace la prevalencia de dolor severo en los sobrevivientes que puede ser hasta de un 10% (5), con un gran impacto en relación con funcionalidad y calidad de vida. A pesar de las indicaciones claras para el uso de opioides, muchos pacientes reciben tratamientos inadecuados en relación con la intensidad del dolor, por lo que se debe integrar el manejo con un servicio de cuidados paliativos.

La adecuada orientación terapéutica del paciente oncológico con dolor se basa en su reconocimiento, síntomas asociados, verificación de dolor no oncológico, adecuada cuantificación y tipificación, lo que genera un reto para el clínico y supone atención especial en los detalles referidos por el paciente y su familia, además de las necesidades de manejo que puedan expresar. Para medir el dolor podemos utilizar la escala visual análoga (EVA) o la escala de clasificación numérica (ECN) (6). Teniendo en cuenta los descriptores del dolor (desencadenantes, atenuantes, erradicación, localización, duración, intensidad), se clasifica en nociceptivo, el cual es causado por un daño tisular, ya sea somático o visceral, y el dolor neuropático, aquel causado por daño o disfunción del sistema nervioso (7). Se complementa la descripción con un seguimiento de imágenes de ser requeridas, estudios bioquímicos, valoración y clasificación funcional; se tienen en cuenta además los tratamientos ya utilizados por el paciente, su efectividad y tolerancia a los mismos.

Los pacientes deben tener la opción de manejo del dolor en todos los momentos de la enfermedad y en relación con la variación clínica por los tratamientos oncológicos; se debe educar al paciente y su familia en la identificación de dolor

y sufrimiento, la eficacia del tratamiento para el dolor y sus posibles efectos secundarios. Se prefiere el inicio de medicamentos orales y, de acuerdo con las limitaciones del paciente impuestas por su condición, se utilizan otras vías. Se debe considerar la cinética y dinámica de los medicamentos para realizar ajustes, programar horarios de toma, utilizar las dosis mínimas efectivas, garantizando un adecuado control y mínimos efectos relacionados con la medicación.

La OMS plantea una escalera para el manejo del dolor acorde a la intensidad. Para pacientes con un ECN <3, se inician con medicamentos no opioides, como acetaminofén y aines (Figura 1); el paso 2 para pacientes con un ECN 4-6, además de los medicamentos ya mencionados, se utilizan opioides que son el pilar en el tratamiento del paciente oncológico, en este caso opioides débiles (Figura 2); el paso 3 en paciente con un ECN >6 requiere el uso de medicamentos opioides fuertes, los cuales se pueden asociar a otro tipo de medicamentos no opioides con vías de acción farmacológica distinta, diseñando intervenciones multimodales (Figura 3).

Figura 1: Medicamentos en dolor leve

MEDICAMENTOS EN DOLOR LEVE
<ul style="list-style-type: none"> • Acetaminofén. • AINES o COX 2*. • Dipirona.
<p>*No se debe considerar su uso a largo plazo por toxicidad. (Hemorragia gastrointestinal, disfunción plaquetaria e insuficiencia renal.</p>

Se ha considerado en algunas revisiones reemplazar el manejo del paso 2 con morfina oral, teniendo una opción para el médico tratante ajustada la necesidad particular del paciente (8)

El manejo farmacológico debe ser sólo una parte en el manejo del dolor, además del tratamiento antitumoral, intervencionismo analgésico, rehabilitación y técnicas no invasivas como psicología. (7)

Figura 2: Medicamentos en dolor leve a moderado.

MEDICAMENTOS EN DOLOR LEVE A MODERADO
<ul style="list-style-type: none"> • Tramadol*. + • Tapentadol*. • Codeína. + • Opiode fuerte a baja dosis.
<p>*Opiode atípico. +Considerar uso en combinación con medicación no opioide.</p>

Como se mencionó, opioides son fundamentales en el manejo del dolor oncológico. Existe una variedad de este tipo de medicamentos, sin una superioridad de uno sobre otro, pero con una disponibilidad y prescripción mayor en relación con la morfina. Estos medicamentos se pueden utilizar por vía

oral, subcutánea, endovenosa o en parches transdérmicos, según las necesidades del paciente y sus comorbilidades, están incluidos como medicamentos esenciales por la OMS para el manejo del dolor oncológico, considerando a la morfina oral en el manejo de primera línea.

El tipo de opioide fuerte que se utilice está en relación con la vía de administración, la patología renal, la necesidad de rotación por tolerancia o efectos secundarios. Se recomienda llevar estos medicamentos a la equivalencia de morfina para realizar el cambio; la relación de la morfina parenteral a oral es de tres a uno. La mayoría de los opioides van a requerir un ajuste en el paciente renal por la acumulación de metabolitos e incremento de efectos secundarios como somnolencia, emesis, náuseas, confusión, alucinación. Se considera que los opioides más seguros en pacientes con enfermedad renal crónica estadio 4 ó 5 con un TFG <30 ml/min son fentanilo y buprenorfina por vía transdérmica o endovenosa.(7) En el paciente con falla hepática, la elección son medicamentos como la oxicodona (que es primera opción) y metadona, esta última con un efecto interesante en el paciente oncológico con dolor neuropático por bloqueo de los receptores NMDA. Este último requiere un médico entrenado para su uso, además de tener consideración en el momento de realizar una rotación por su dosis máxima día de 30 mg. (Figura 3)

En el manejo del paciente con dolor, la vía subcutánea es la elección cuando no es posible administrar medicación por vía oral y la vía endovenosa en necesidad de grandes volúmenes, contraindicación de vía subcutánea o requerimiento de rápido control del dolor. Se debe considerar además la vida media de los medicamentos y su distribución tisular para elegir presentación de liberación rápida o prolongada; en dolor severo se realiza titulación de la medicación con morfina 1,5 mg a 3 mg por vía endovenosa cada 10 min hasta obtener control de los síntomas, con lo que se calcula la dosis con horario del paciente y se asignan rescates, los cuales equivalen al 10-15% de la dosis diaria. Solamente después del control de los síntomas y conocer los requerimientos diarios de opioides se puede considerar una presentación de liberación prolongada (9).

Con el inicio de la medicación opioide pueden aparecer efectos secundarios múltiples, como disfunción intestinal, náuseas, vómito, prurito, depresión respiratoria y toxicidad del sistema nervioso central manifestado con somnolencia, confusión, alucinaciones e hiperalgesia por opioides; además, existe una asociación con cambios en la respuesta del sistema inmunológico y hormonal que deben ser tenidos en cuenta por la complejidad sistémica del paciente oncológico.(10) Como medida inicial, la disminución de la dosis puede reducir la incidencia o severidad de los efectos secundarios; la acumulación de metabolitos también puede ser una causa relevante para considerar la rotación del opioide a uno que tenga una ruta de acción distinta como una medida útil para disminuir síntomas. La metoclopramida y los medicamentos anti-dopaminérgicos son utilizados ampliamente en náuseas y emesis; en prurito se ha reportado el uso de antihistamínicos, además de la rotación como medida adicional. La manifestación gastrointestinal más frecuente es el estreñimiento, el manejo de primera línea

incluye un estimulante de la motilidad y un laxante. Por el gran número de pacientes que refieren constipación, se considera que estas medidas deben ser realizadas de manera profiláctica. Existen presentaciones en combinación con naloxona, el cual es un antagonista opioide de acción corta, que puede disminuir estos efectos secundarios; además está indicado su uso endovenoso en casos de depresión respiratoria.

Figura 3: Medicamentos en dolor moderado a severo y rotación.

MEDICAMENTOS EN DOLOR MODERADO A SEVERO Y ROTACION.	
Medicamento y equipotencia con morfina: (morfina: equivalente X)	
• Morfina EV/VO:	1:3.
• Morfina EV/SC:	1:2.
• Tapentadol*:	1:3.3.
• Tramadol*:	1:10.
• Codeína:	1:10.
• Hidrocodona:	1: 1,5
• Hidromorfona:	1:5.
• Oxicodona: ++	1:2.
• Metadona*: ++	
o <90 mg.	4:1.
o 90-300 mg	8:1.
o >300 mg	12:1
• Fentanilo: +	100:1.
o <135 mg/día.	25 mcg/h.
o 135-224 mg/día.	50 mcg/h.
o 225-314 mg/día.	75 mcg/h.
o 315-404 mg/día.	100 mcg/h.
• Buprenorfina*: +	75:1.
o 30-60 mg/día.	35 mcg/h.
o 61-90 mg/día.	52.5 mcg/h.
o 91-120 mg/día.	70 mcg/h.
o >240 mg/día.	140 mcg/h.
*Opioide atípico. +Uso en insuficiencia renal sin ajuste. ++Uso en insuficiencia hepática.	

El dolor óseo es un síntoma que se puede encontrar de manera frecuente en diferentes patologías oncológicas, mucho más frecuente en el paciente con metástasis óseas. Las medidas analgésicas son la elección inicial, pero existen terapias agregadas que pueden mejorar la calidad de vida del paciente. La radioterapia de haz externo tiene un objetivo paliativo con una gran efectividad en el manejo del dolor por metástasis óseas y compresión medular maligna; posterior a esta intervención se han reportado hasta un 80% de mejoría en dolor óseo (11). En el paciente con metástasis óseas osteoblásticas múltiples, los radioisótopos en tratamiento de 1 a 6 meses han mostrado un beneficio considerable en el control del dolor óseo. Los bifosfonatos, por su parte, son parte del manejo estándar en el manejo de la hipercalcemia y la prevención de eventos relacionados con el sistema esquelético; su efecto analgésico en metástasis ósea es débil y en general deben estar asociados con medicamentos analgésicos o considerar denosumab, que es una opción en la patología esquelética y puede retrasar la recurrencia de dolor óseo moderado o severo en comparación con los bifosfonatos (12).

Otra consideración importante en relación con el dolor del paciente oncológico es la característica neuropática que se presenta por lesión del sistema somatosensorial; este dolor se debe distinguir del generado por los tratamientos como la quimioterapia, cirugía y radioterapia.

Los criterios establecidos para dolor neuropático por la IASP son:

- 1- Distribución neuroanatómica del dolor.
- 2- Antecedentes de enfermedad o lesión relevante.
- 3- Síntomas sensitivos: positivos o negativos dentro del territorio inervado por la estructura lesionada.
- 4- Comprobación de la lesión por una prueba diagnóstica.

Si se cumplen los criterios 1,2,3 ó 1,2,4, se puede hablar de dolor neuropático (13). El tratamiento de estos pacientes se realiza con antidepresivos tricíclicos (ADT) o anticonvulsivantes, que han mostrado una adecuada respuesta mucho mayor con los primeros. Se pueden asociar además con medicamentos opioides y no opioides; los medicamentos adyuvantes como gabapentinoides e inhibidores duales de noradrenalina, serotonina se deben considerar en conjunto con ADT como terapia única de primera línea (7); los tratamientos adicionales en dolor neuropático como ketamina o intervencionismo no tienen evidencia suficiente para recomendar su uso de manera rutinaria y deben ser administrados sólo a pacientes seleccionados según la respuesta terapéutica a otras opciones (14).

Para los pacientes refractarios a tratamientos farmacológicos existen procedimientos de intervencionismo en dolor, los cuales van desde bloqueos nerviosos (bloqueos de nervio periférico, neurolisis del sistema simpático en pacientes con expectativa de vida menor a 6 meses, bloqueos de plexo celiaco y espinales) hasta la instalación de bombas intratecales, la estimulación espinal y cordectomía, todo relacionado con la supervivencia estimada del paciente y su mejoría en la calidad de vida. Se considera una ventaja de la vía intratecal y epidural los menores requerimientos de medicación y los menores efectos secundarios en relación con la vía oral, lo que debe ser considerado en los pacientes con grandes requerimientos diarios (15). Es importante seleccionar adecuadamente cada paciente, considerando su expectativa de vida, tipo de cáncer, localización y comorbilidades para ofrecer las medidas de mejor beneficio.

El paciente que se encuentra en el final de su vida puede presentar múltiples síntomas como disnea, agitación, delirium y ansiedad, que desencadenan sufrimiento refractario a las intervenciones usuales; en este escenario se debe considerar la sedación paliativa como medio de intervención, donde se utilizan benzodicepinas, opioides, neurolépticos, barbitúricos y Propofol, intentando controlar uno o múltiples síntomas modificando el nivel de conciencia en relación a la gravedad de la situación (16).

Consideraciones Especiales en el Paciente Pediátrico con Dolor Oncológico

Se deben considerar medidas especiales en la población pediátrica por la posibilidad de sufrir dolor sin un manejo adecuado, sobre todo en infantes, frecuentemente sometidos en hospitalizaciones y unidades de cuidados especiales a procedimientos dolorosos sin las medidas para el control de este síntoma. La mejor intervención en dolor del paciente pediátrico es multimodal, donde se consideren analgésicos básicos, adyuvantes y opioides,

intervencionismo en dolor, rehabilitación, psicología, medios espirituales y, en la medida de la posibilidad, normalización de los ambientes sociales familiares y escolares (17).

Dentro de los medicamentos básicos, podemos incluir los antiinflamatorios no esteroideos, el acetaminofén y los inhibidores selectivos de Cox 2, como celecoxib; en los medicamentos opioides se utilizan los mismos medicamentos que en el adulto, con modificación de la dosis de inicio en relación al peso (Figura 4); los medicamentos adyuvantes son útiles como complementos a la analgesia básica o a los medicamentos opioides, con un papel muy importante en el control del dolor neuropático o nociceptivo visceral (18); se incluyen en este grupo los gabapentinoides (pregabalina, gabapentina), los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), los agonistas alfa2 adrenérgicos (clonidina, dexmedetomidina) y los bloqueadores de canales de sodio (lidocaína) (Figura 4); en relación a los gabapentinoides, existe evidencia de su uso en la población pediátrica en general mayor a 12 años e incluso en pacientes de menos de 30 kg, con recomendación de dosificación en diferentes guías de manejo, sin embargo, las agencias de vigilancia a medicamentos no han definido su perfil de seguridad en esta población, por lo que en el momento no es la primera línea de manejo y se deben considerar múltiples opciones previas. La medición objetiva del dolor en los pacientes pediátricos es un reto encaminado a la detección de signos clínicos o cambios sutiles que indiquen la necesidad de intervenciones específicas en dolor; además de evaluar la efectividad de la intervención, se aconseja el uso de herramientas validadas en pediatría de observación, auto reporte o información del padre o cuidador (19).

Figura 4: Medicamentos en pediatría.

MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA

Opioides:

- **Morfina:** 0,05-0,1 mg/kg (Max. 5 mg). Cada 2 -4 horas EV.
- **Fentanil:** Inicial: 0,5-1 mcg/kg. Infusión: 0,5-1 mcg/kg/h. (Max. 50 mcg/h).
- **Hidromorfona:** 15-20 mcg/kg (Max. 1 mg) cada 4 horas EV.
- **Oxicodona:** 0,5-1 mg/kg (Max. 5 mg) cada 4 horas EV.
- **Metadona:** 0,05-0,1 mg/kg (Max. 5 mg) cada 8 horas VO.
- **Tramadol:** 1 mg/kg cada 3-4 horas EV.

Adyuvantes:

- **Amitriptilina:** 0,1 mg/kg/día titulado hasta 0,5 mg/kg/día (Max. 20-25 mg/día) VO.
- **Clonidina:** 1-3 mcg/kg (Max. 150 mcg) cada 6 horas VO.
- **Dexmedetomidina:** 0,3 mcg/kg/h titulado hasta 2 mcg/kg/h EV.
- **Lidocaína:** Transdérmico en parche al 5% uso por 12 horas en región de dolor.

Utilizar la tabla de equipotencia para cambios de opioide u otras vías de administración.

Mg: miligramo. Mcg: microgramo. Kg: kilogramo. H: hora. Max: Máximo. EV: endovenoso. VO. Vía oral.

Tromboembolismo Venoso

Es una patología que impacta de manera importante la morbilidad y mortalidad del paciente oncológico. Se presenta hasta en el 8% de los pacientes con una incidencia más alta en las neoplasias avanzadas de cerebro, pulmón, útero, vejiga, estómago, riñón y páncreas; el riesgo es alto en los primeros meses del diagnóstico, incrementándose hasta 7 veces con el tratamiento quimioterapéutico y la estancia hospitalaria (20), teniendo como objetivo la prevención de esta entidad y las complicaciones fatales en etapas avanzadas de la enfermedad como el embolismo pulmonar. El tromboembolismo venoso tiene una causa multifactorial, se consideran todos los factores de riesgo, minimizando intervenciones innecesarias y utilizando trombo profilaxis; estos factores van desde el tipo de tumor, terapia hormonal, intervenciones quirúrgicas, uso de catéter venoso central, edad, inmovilización, factores previos a la patología oncológica que condiciona la salud del paciente y la administración de quimioterápicos por el daño de la paredes de los vasos, el endotelio, disminución de proteínas C, S y cambios en la activación plaquetaria. (21).

El paciente que presenta un tromboembolismo venoso idiopático tiene una posibilidad alta de neoplasia oculta, por lo tanto se deben extender los estudios en busca de una lesión primaria, intentado dar manejo en etapas tempranas; las búsquedas extensas en todos los pacientes, sin embargo, no han impactado de manera positiva la mortalidad, pero sí la identificación temprana y opción de tratamiento (22). Se recomienda realizar de rutina un examen físico detallado, sangre oculta en heces, radiografía de tórax, valoración por urología en hombre y ginecología en mujer, respectivamente, dejando los estudios de extensión como la tomografía, endoscopia de vías digestivas y marcadores tumorales en pacientes con una sospecha clínica muy alta o antecedentes de riesgo mayor.

La prevención de esta patología se inicia con profilaxis en intervenciones quirúrgicas, siendo estas el factor de riesgo más relevante en el paciente oncológico; esta profilaxis se realiza con heparina no fraccionada (HNF) y heparina de bajo peso molecular (HBPM), esta última con un perfil de acción y seguridad similar en el paciente oncológico, teniendo a la heparina de bajo peso molecular primera opción, dado su tiempo de administración y farmacocinética (23). Se han evaluado diferentes dosis de HNF y HBPM para la aplicación perioperatoria y el seguimiento post operatorio de las cirugías pélvicas y abdominales, mostrando las dosis una efectividad importante en prevención de tromboembolismo, sin incrementar el riesgo de sangrado, considerando que la dosis de HNF de 5000 UI tres veces al día, enoxaparina 4000 UI y deltaparina 5000 UI al día adecuadas, con uso de por lo menos 10 días en el posquirúrgico y una consideración de llevar este manejo hasta los 30 días con HBPM, con una reducción del riesgo de tromboembolismo sin modificar el riesgo de sangrado(24). Se debe utilizar la profilaxis con HBPM en todos los pacientes hospitalizados, ya que es una medida que no incrementa el sangrado, pero disminuye la morbilidad; en los pacientes ambulatorios no se considera la profilaxis de rutina, con excepción de los que tengan un alto riesgo evaluado por su médico, en este caso, pudiendo utilizar HBPM, aspirina o warfarina en los pacientes con catéter venoso central, manejo con quimioterapia o terapia hormonal; la profilaxis tampoco se considera una medida general utilizada,

solo en condiciones específicas (25). Los filtros de vena cava superior como medida de intervención adicional no han demostrado disminuir los síntomas o la supervivencia, por lo que deben ser considerados en el paciente que no logra obtener una adecuada respuesta terapéutica con anticoagulantes o en la presencia de contraindicaciones para estos, resaltando que en el momento en que puedan ser utilizados por los cambios en la condición clínica del paciente y su riesgo de sangrado, se deben iniciar para evitar una patología recurrente.

Síndrome de Vena Cava Superior:

El síndrome de vena cava superior (VCS) se produce por una obstrucción en el flujo sanguíneo venoso por una invasión del tumor a nivel de la VCS o una obstrucción por procesos neoplásicos adyacentes en general (pulmón, nódulos linfáticos, mediastino), además de la predisposición trombótica de este tipo de pacientes. Al presentarse una obstrucción en el flujo sanguíneo de la VCS por la compresión neoplásica, se incrementa el flujo en la circulación colateral (ácigos, mamaria interna, esofágico, para espinal y torácica lateral); estos cambios colaterales toman semanas y, a pesar que están en desarrollo, se incrementa la presión venosa en la parte superior, generando los síntomas clásicos de la compresión de vena cava; se puede generar de manera inicial un cambio en el gasto cardiaco, lo que se reestablece con la circulación colateral, pudiendo generar además un efecto de masa sobre el corazón (26).

Las manifestaciones clínicas de la obstrucción de la VCS pueden ser el síntoma inicial de una neoplasia no diagnosticada en el 60% de los casos, requiriendo un detallado registro de antecedentes. Los síntomas generales incluyen hinchazón de miembros superiores, cuello y cara, dolor torácico, síntomas respiratorios como disnea por el edema que se puede generar en la laringe; se presentan manifestaciones neurológicas por el edema cerebral que incluye dolor de cabeza, confusión, alteraciones visuales o auditivas (27). La intervención médica se orienta dependiendo de la gravedad de los síntomas, se pueden clasificar de uno a cinco, donde el grado 1 corresponde a paciente asintomático con un hallazgo incidental de trombosis de la VCS, que no media manejo médico inmediato y las intervenciones varían según el riesgo y factores asociados; el grado 2 es el paciente sintomático al que se debe ofrecer manejo médico que va desde la anticoagulación, la radioterapia o quimioterapia; el grado 3 con síntomas severos que incluyen síntomas neurológicos, laríngea, o compromiso hemodinámico, debemos considerar intervenciones multimodales con anticoagulantes, radioterapia, quimioterapia y colocación de stent; el grado 4, donde existe un compromiso potencialmente mortal, en el que se considera trombectomía y cirugía; y el grado 5 es el paciente que termina falleciendo secundario a la obstrucción de la VCS.

Los pacientes requieren además ayudas diagnósticas que faciliten la toma de decisiones, como pruebas de coagulación, radiografía de tórax en busca de derrame pleural y cambios en el tamaño del mediastino; en los pacientes con un grado 3 ó 4 se debe realizar una venografía por tomografía computarizada la cual, además de su rendimiento diagnóstico, puede ser útil para una mecanización endovenosa como tratamiento; en alergias a medios de contraste puede ser útil la venografía por resonancia magnética. Los pacientes con un grado 1 ó 2 sin diagnóstico de neoplasia previa o bajo riesgo de neoplasia, se debe realizar un

Doppler Venoso para descartar el compromiso de otros sistemas venosos como el axilar, braquiocefálico o subclavio; en el paciente con diagnóstico confirmado de patología neoplasia, debemos considerar una tomografía o una resonancia magnética contrastada para definir el nivel del bloqueo (27).

El tratamiento tiene como objetivo la mejoría de síntomas. Los medios terapéuticos disponibles pueden variar según el tipo de neoplasia, su extensión y el pronóstico de vida, que en general no es superior a 6 meses, pero está condicionado por el tipo de patología. Las intervenciones iniciales en el servicio de urgencias serán: asegurar la vía aérea, definir el soporte ventilatorio o vascular. La clasificación en grados clínicos y definir la intervención endovascular inmediata en la presencia de trombos. se recomienda la anticoagulación, evaluando la contraindicación a la espera de una intervención definitiva (28). Los glucocorticoides están indicados en el paciente que presenta una clínica respiratoria severa, sin posibilidad de paso de stent inmediato, se utilizan ciclos cortos a dosis altas, de igual manera son útiles en neoplasias como timoma o linfoma, pero este requiere una identificación histológica previa, lo cual no está siempre disponible (29). Medidas adicionales, como la sobrehidratación o el uso de diuréticos, pueden generar depleción del volumen intravascular, por lo que no están indicados en estas situaciones.

Obstrucción Intestinal Maligna:

La obstrucción intestinal maligna es una urgencia frecuente en el paciente oncológico en una fase avanzada de su enfermedad, se puede encontrar en todas las neoplasias abdominales, siendo más frecuente en la intestinal u ovárica; la identificación clínica es el pilar diagnóstico se basa en la evidencia clínica de obstrucción intestinal por el examen físico o imágenes con obstrucción más allá del ligamento de Trietz, cáncer primario intraabdominal o incurable o cáncer primario no intraabdominal con extensión peritoneal (30). Con el diagnóstico confirmado, se deben trazar metas de manejo, que van desde la posible solución quirúrgica de la patología al manejo farmacológico y alivio de síntomas como las náuseas, la emesis y el dolor, además en un adecuado entorno de atención, teniendo en cuenta las condiciones particulares de cada paciente (31).

El manejo inicial es conservador, utilizando una sonda nasogástrica para descompresión, hidratación y reposo intestinal; ante la persistencia de síntomas o una obstrucción completa, se plantea una intervención quirúrgica con la limitación que por la condición clínica basal oncológica y no oncológica de muchos pacientes, hasta el 50% se considera no candidato (32).

Podemos tener condiciones clínicas que orienten a clasificar un paciente como no candidato a manejo quirúrgico como ascitis, carcinomatosis, múltiples niveles de obstrucción intestinal, múltiples cirugías previas, lo que eleva su morbimortalidad operatoria; la posibilidad quirúrgica, sin embargo, aumenta de manera importante la calidad de vida y la sobrevida, pero con índices altos de reobstrucción y reingreso hospitalario (33). La resección intestinal tiene los mejores resultados, de no ser posible, por las condiciones del tumor o riesgo, el bypass puede ser una opción útil, las intervenciones laparoscópicas o citoreductoras son complejas y, en general, no se considera ante la dificultad técnica del procedimiento.

En pacientes sin indicación quirúrgica o que rechazan el manejo, la endoscopia puede ser una opción con el objetivo de posicionar stents o tubos de gastrostomía por vía percutánea. Los stents considerados una intervención netamente paliativa llevan a un importantes alivio de síntomas con pocas complicaciones por periodos de tiempo prolongado, con mejores resultados en las obstrucciones de intestino grueso; la gastrostomía percutánea puede utilizarse para aliviar síntomas en pacientes con obstrucción de intestino delgado, facilitando el egreso, cuidados en domicilio y disminuyendo reingresos hospitalarios en el paciente de enfermedad avanzada con una utilidad a corto plazo; tiene complicaciones ocasionales que se incrementan en el paciente con ascitis.(31)

En el momento que por la condición clínica y hallazgos imagenológicos no es posible realizar manejo quirúrgico, se le debe iniciar el manejo conservador ya descrito, suspender la vía oral, incluidos los medicamentos orales que no han mostrado evidencia en obstrucciones malignas; la nutrición parenteral no ha mostrado incremento en la sobrevida y calidad de vida, por lo que no debe ser una intervención recomendada. Las intervenciones farmacológicas se realizan con intención paliativa y tiene como objetivo disminuir el edema intestinal, controlar el dolor, náuseas, vómito y deshidratación; esto incluye los agentes antisecretores, como somatostatina, anticolinérgicos y esteroides, analgésico opioides, y antieméticos, como haloperidol y, en caso de estar disponible, proclorperazina (31); el octreotide, un análogo sintético de la somatostatina, puede disminuir las secreciones intestinales, disminuyendo o resolviendo los síntomas (34); se ha considerado el efecto sinérgico de la combinación de estos medicamentos, favoreciendo el control de síntomas del paciente que frecuentemente no es completo.

La obstrucción intestinal maligna debe ser abordada de manera urgente por un equipo médico entrenado en cuidados paliativos y oncología, con decisiones de intervención quirúrgica temprana, además de los cuidados conservadores y farmacológicos; estas opciones se consideran en relación con la condición clínica del paciente, con unos objetivos reales y basados en el pronóstico y calidad de vida.

Compresión Medular Maligna:

Es una complicación de los pacientes con cáncer avanzado y compromiso metastásico en columna vertebral, asociado en general con dolor, alteraciones neurológicas con posibilidad de pérdida de función motora y pobre pronóstico (35). Puede llegar a causar hasta el 5% de las muertes por cáncer con una incidencia variable, que depende del tumor primario, siendo más frecuente en pulmón, próstata y cáncer de mama (36). La evolución del compromiso neurológico y la pérdida funcional es rápida, se evalúa de manera detallada a todos los pacientes oncológicos con dolor de espalda, ya que instaurar un manejo temprana puede disminuir la mortalidad y mejorar la posibilidad de recuperar la movilidad (37).

La presentación clínica usual de la compresión medular maligna incluye el dolor de espalda, déficit motor y sensitivo, disfunción vesical o intestinal, lo cual va a depender del compromiso de las neuronas motoras superiores e inferiores, además del nivel de compresión (38); se pueden encontrar manifestaciones autonómicas de manera tardía con incremento del déficit motor,

lo cual está asociado a una peor respuesta, al manejo y un peor pronóstico (39). Posterior a la sospecha clínica, se confirma de manera urgente el diagnóstico con una imagen de la medula espinal; la resonancia magnética es el medio indicado con la recomendación de realizar un estudio de toda la longitud de la columna por la posibilidad de compromiso de múltiples niveles, además de ser útil en el planteamiento del manejo médico y quirúrgico (40); en los lugares donde no se dispone de resonancia magnética, o en el caso de existir una contraindicación, se puede considerar realizar una tomografía computarizada con mielografía.

El manejo inicial, una vez confirmado el diagnóstico, debe incluir glucocorticoides con el objetivo de disminuir el dolor y preservar función neurológica; en medicamentos estándar es la dexametasona, la cual ha sido estudiada en base a diferentes concentraciones en la infusión de bolo y el seguimiento; en la actualidad se recomienda un inicio a dosis moderada de 10 mg. en bolo continuando con 4-6 mg cada 6 horas, con disminución progresiva por dos semanas y, en general, posterior a la radioterapia (41). Los síntomas asociados como el dolor se pueden manejar con opioides, teniendo en cuenta las recomendaciones ya tratadas en esta revisión, además de medicamentos adyuvantes, como gabapentinoides, antidepressivos tricíclicos bifosfonatos, e intervenciones en disfunción intestinal, como polietilenglicol o bisacodilo, todo ello con el objetivo de garantizar el no sufrimiento, la calidad de vida y el mejor pronóstico funcional posible.

El manejo quirúrgico y la radioterapia tienen un papel principal en esta entidad, en especial en los pacientes con una columna inestable por fracturas óseas; estas intervenciones tienen adecuados resultados en alivio del dolor y calidad de vida, teniendo como principios terapéuticos la descompresión medular y estabilización de la columna vertebral (42). La inestabilidad de la columna es uno de los principales criterios para realizar una intervención quirúrgica, mostrando beneficio en todos los pacientes. Se puede considerar la estabilización con medios ortésicos externos en condiciones clínicas puntuales con elevado riesgo, pero teniendo a la cirugía siempre como primera opción, adicionando la radioterapia post quirúrgica o como medio de manejo en los pacientes que no son candidatos a intervención quirúrgica con radioterapia convencional o radiocirugía estereotáctica en tumores de menor tamaño (37). Desde la atención en urgencias y hospitalización, se debe incluir la intervención por el médico rehabilitador con objetivos similares a los abordados en el paciente con lesión medular traumática en el manejo del dolor, prevención de úlceras, manejo de la vejiga e intestino neurogénico, definición de las intervenciones de terapia física y ocupacional, intervenciones psicológicas, clasificación con la escala de ASIA (43) y definición del paciente ambulatorio con dispositivos de asistencia que mejor se adapte a su condición neurológica, oncológica, clínica general y pronóstico de vida.

El manejo de la compresión medular maligna debe ser multidisciplinario, teniendo en cuenta desde la atención inicial en el servicio de urgencias la sospecha clínica y adecuado examen físico neurológico del paciente oncológico, la rápida confirmación con imágenes diagnósticas, las intervenciones farmacológicas y de rehabilitación, además de favorecer la intervención quirúrgica y radioterapéutica con el objetivo de maximizar el pronóstico funcional y de vida del paciente.

Síndrome de Lisis Tumoral:

El Síndrome de Lisis Tumoral (SLT) se presenta por la liberación rápida de componentes intracelulares, generando diferentes alteraciones metabólicas por la destrucción de la población celular tumoral con la liberación de potasio, fósforo, calcio, ácido nucleico y citoquinas; se manifiesta por alteraciones musculoesqueléticas, renales, cardíacas y neurológicas, que pueden ser mortales si no se recibe el manejo médico oportuno (44). La incidencia es variable, siendo más frecuente en las patologías oncohematológicas, en las masas tumorales de gran tamaño y en los tumores sólidos metastásicos; puede estar relacionado con el manejo oncológico, en mayor medida a los inhibidores de la tirosina quinasa, proteosoma y agentes inmunomoduladores (45).

Las manifestaciones clínicas se presentan en general de 1 a 3 días posterior al inicio del manejo anti tumoral, con presencia de hiperuricemia, hiperpotasemia e hiperfosfatemia secundaria a la ruptura celular, sobrepasando los mecanismos de eliminación renal generando una alteración hidroelectrolítica y una insuficiencia renal; se diagnostica con los criterios clínicos y de Laboratorio de Cairo y Bishop (46) (figura 4), los cambios hidroelectrolíticos van a generar manifestaciones clínicas variables, la hiperuricemia se puede manifestar en anorexia, vómito, diarrea, letargo, hematuria, oliguria o anuria (47), la hiperpotasemia puede generar alteraciones musculoesqueléticas, como fatiga, calambres, parestesias, irritabilidad y alteraciones cardíacas como arritmias ventriculares; los síntomas de hiperfosfatemia leve y moderada no son frecuentes, pero en los casos severos se manifiesta con una hipocalcemia secundaria, con síntomas como náuseas, vómito, tetania, letargo, convulsiones y manifestaciones cardíacas, como arritmias ventriculares, choque cardiogénico y muerte súbita (48).

Figura 5: Criterios diagnósticos.

CRITERIOS DE CAIRO Y BISHOP (SLT)
<ul style="list-style-type: none"> • SLT definido por laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> o Ácido úrico >8 mg/dl o aumento >25% del basal. o Potasio >6,0 mg/dl o aumento >25% del basal. o Fósforo >4,5 mg/dl o aumento >25% del basal en adultos. o Fósforo >6,5 mg/dl o aumento >25% del basal en niños. o Calcio corregido < 7mg/dl o aumento >25% del basal. • SLT definido por clínica: <ul style="list-style-type: none"> o Creatinina >1,5 veces ajuste para la edad. o Arritmias. o Convulsiones. o Muerte súbita.

El punto clave en el manejo del SLT es la prevención en los pacientes de mayor riesgo al momento de iniciar la terapia antitumoral. Se inicia profilaxis entre 24 a 48 horas previo y 72 horas posterior a la intervención, con una adecuada reposición de fluidos, utilizando solución salina al 0.9% de 2500 a 3000 ml. por día monitorizando la diuresis, la ingesta exógena de potasio o fósforo además de diuréticos

y nefrotóxicos (49); en la prevención de la hiperuricemia se utiliza alopurinol a una dosis máxima de 800 mg /día, su inicio de acción a los 2 ó 3 días, lo que restringe su uso en pacientes con SLT ya establecido, el cual deberá iniciar intervenciones adicionales, como la hiperhidratación en un esquema de 31 ml/m²/día y ajustes individualizados, buscando una diuresis de >1ml/kg/h; para el manejo de la hiperuricemia, se inicia rasburicasa a una dosis de 0,2 mg/kg/día en infusión de 30 minutos, ajustada a la respuesta de cada paciente por 3 a 7 días, si bien se disminuye levemente el riesgo de diálisis, este medicamento no disminuye el riesgo de insuficiencia renal, por lo que debe mantener todo el tratamiento específico; en el manejo de la hiperfosfatemia se utilizan quelantes de fósforo no cálcico, como el hidróxido de aluminio en dosis oral de 50-150 ml/kg/día por hasta 2 días; este manejo previene la aparición de hipocalcemia secundaria, la cual en caso de ser sintomática se maneja con gluconato de calcio intravenoso en dosis de 100 a 200 mg/kg cada 6 u 8 horas; en los casos de hipocalcemia persistente con hipomagnesemia se puede iniciar sulfato de magnesio endovenoso, teniendo en cuenta una función renal normal. La hiperfosfatemia puede ser manejada en casos leves con retiro de los aportes externos de potasio, en niveles >6 mg/dl, se recomienda el gluconato de calcio, insulina, bicarbonato y suero glucosado; se tiene en cuenta en todas éstas alteraciones que la diálisis puede corregirlas, pero son de elección en el paciente crítico con insuficiencia renal aguda, reduciendo la mortalidad si se instaura de manera precoz (45).

Los pacientes con SLT deben estar monitorizados de manera estricta a nivel clínico y de laboratorio siendo un factor determinante la diuresis; el pronóstico se basa en el estado clínico de base, la edad, la gravedad de la insuficiencia renal y el trastorno hidroelectrolítico, además de considerar las complicaciones hospitalarias, la disponibilidad de unidades de cuidado intensivo y diálisis (50).

Conclusión

Esta revisión intenta mostrar los aspectos generales de las urgencias del paciente oncológico en cuidados paliativos, siendo una orientación a todo el personal médico, además de facilitar el enfoque diagnóstico y el inicio precoz de las intervenciones médicas y quirúrgicas, con el objetivo de obtener mejores resultados clínicos, funcionales y calidad de vida, resaltando además la importancia de la interacción emocional, espiritual y familiar por parte del personal asistencial para obtener mejores resultados.

Referencias Bibliográficas

1. IAHP. Global Consensus based palliative care definition. Definición De Cuidados Paliativos 2018.
2. de Antueno P, Silberberg A. Eficacia de los cuidados paliativos en el alivio del sufrimiento. *Pers y Bioética* 2018;22:367–80. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.12>.
3. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev La Soc Española Del Dolor* 2020;23:2–3. <https://doi.org/10.20986/reesed.2020.3839/2020>.
4. Portenoy RK. Treatment of cancer pain. *Lancet* 2011;377:2236–47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60236-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60236-5).
5. Brown MRD, Ramirez JD, Farquhar-Smith P. Pain in cancer survivors. *Br J Pain* 2014;8:139–53. <https://doi.org/10.1177/2049463714542605>.
6. de Conno F, Caraceni A, Gamba A, Mariani L, Abbattista A, Brunelli C, *et al*. Pain measurement in cancer patients: a comparison of six methods. *Pain* 1994;57:161–6. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)90219-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)90219-4).
7. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, *et al*. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2018;29:iv166–91. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>.
8. Bandieri E, Romero M, Ripamonti CI, Artioli F, Sichiatti D, Fanizza C, *et al*. Randomized trial of low-dose morphine versus weak opioids in moderate cancer pain. *J Clin Oncol* 2016;34:436–42. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.0733>.
9. Kaasa S, Borchgrevink PC. Starting Step III opioids for moderate to severe pain in cancer patients : Dose titration : A systematic review 2010;25:424–30. <https://doi.org/10.1177/0269216310386280>.
10. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, *et al*. Opioid Complications and Side Effects 2008:105–20.
11. Chow R, Hoskin P, Hollenberg D, Lam M, Dennis K, Lam H, *et al*. Efficacy of single fraction conventional radiation therapy for painful uncomplicated bone metastases : a systematic review and meta-analysis 2017;6:125–42. <https://doi.org/10.21037/apm.2016.12.04>.
12. Moos R Von, Body J, Egerdie B, Stopeck A, Brown JE. Pain and health-related quality of life in patients with advanced solid tumours and bone metastases : integrated results from three randomized , double-blind studies of denosumab and zoledronic acid 2013:3497–507. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1932-2>.
13. Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, *et al*. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology* 2008;70:1630–5. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59>.
14. Rf B, Eccleston C, Ea K, Rf B, Eccleston C, Ea K. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain (Review) 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003351.pub3.www.cochranelibrary.com>.
15. Vainio A. Opioid treatment for radiating cancer pain : oral administration vs . epidural techniques 1988:179–85.
16. MINSALUD C. Abecé: Cuidados Paliativos. Minsalud 2016:12.
17. Friedrichsdorf SJ, Goubert L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children 2020;5:1–13.
18. Friedrichsdorf SJ, Nugent AP. Management of neuropathic pain in children with cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 2013;7:131–8. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283615ebe>.
19. Cohen LL, Lemanek K, Blount RL, Dahlquist LM, Lim CS, Palermo TM, *et al*. Evidence-based assessment of pediatric pain. *J Pediatr Psychol* 2008;33:937–9. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm103>.
20. Chew HK, Wun T, Harvey D, Zhou H, White RH. Incidence of venous thromboembolism and its effect on survival among patients with common cancers. *Arch Intern Med* 2006;166:458–64. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.458>.
21. Falanga A, Zacharski L. Deep vein thrombosis in cancer: The scale of the problem and approaches to management. *Ann Oncol* 2005;16:696–701. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdi165>.
22. Piccioli A, Lensing AWA, Prins MH, Falanga A, Scannapieco GL, Ieran M, *et al*. Extensive screening for occult malignant disease in idiopathic venous thromboembolism: A prospective randomized clinical trial. *J Thromb Haemost* 2004;2:884–9. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2004.00720.x>.
23. Group ES. Efficacy and safety of enoxaparin versus unfractionated heparin for prevention of deep vein thrombosis in elective cancer surgery: a double-blind

- randomized multicentre trial with venographic assessment. ENOXACAN Study Group. *Br J Surg* 1997;84:1099–1103.
24. Design S. P Rop Hyl a Xis Wit H Enox a Pa R in a F Ter S Urgery for C a Ncer Duration of Prophylaxis Against Venous Thromboembolism With Enoxaparin After Surgery for Cancer. *N Engl J Med* 2002;346:975–80.
25. Mandalà M, Falanga A, Roila F. Management of venous thromboembolism (VTE) in cancer patients: ESMO clinical practice guidelines. *Ann Oncol* 2011;22:85–92. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr392>.
26. Wilson, L. D., Deterbeck, F. C., & Yahalom J. Superior Vena Cava Syndrome with Malignant Causes. *N Engl J Med* 2007;1862–9. <https://doi.org/10.1056/NEJMc067190>.
27. Rice TW, Rodriguez RM, Light RW. Clinical Characteristics and Evolving Etiology 2006;85:37–42. <https://doi.org/10.1097/01.md.0000198474.99876.f0>.
28. Kearon C, Akl EA, Ornelas J, Blaivas A, Jimenez D, Bounameaux H, Huisman M, King CS, Morris TA, Sood N, Stevens SM, Vintch JRE, Wells P, Woller SC ML. Antithrombotic Therapy for VTE Disease. *Chest* 2016;315–52. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.026>.
29. Rowell NP GF. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus: a systematic review. *Clin Oncol* 2002;14(5):338–51. <https://doi.org/10.1053/clon.2002.0095>.
30. Anthony T, Baron T, Mercadante S, Green S, Chi D, Cunningham J. Report of the Clinical Protocol Committee : Development of Randomized Trials for Malignant Bowel Obstruction 2007;34:49–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.04.011>.
31. Krouse RS. Malignant bowel obstruction 2019;1–4. <https://doi.org/10.1002/jso.25451>.
32. Feuer DJ, Broadley KE, Shepherd JH, Barton DPJ. Systematic Review of Surgery in Malignant Bowel Obstruction in Advanced Gynecological and Gastrointestinal Cancer 1 1999;322:313–22.
33. Terrah J, Paul Olson, MD; Carolyn Pinkerton, MD; Karen J. Brasel, MD, MPH; Margaret L. Schwarze, MD M. Palliative Surgery for Malignant Bowel Obstruction From Carcinomatosis A Systematic Review. *JAMA Surg* 2014;53792:383–92. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.4059>.
34. DeBernardo R. Surgical management of malignant bowel obstruction: Strategies toward palliation of patients with advanced cancer. *Curr Oncol Rep* 2009;11:287–92. <https://doi.org/10.1007/s11912-009-0040-4>.
35. Leveck P, Graham J, Collie D, Grant R, Kidd J, Kunkler I, *et al*. Don't wait for a sensory level--listen to the symptoms: a prospective audit of the delays in diagnosis of malignant cord compression. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2002;14:472–80. <https://doi.org/10.1053/clon.2002.0098>.
36. Loblaw DA, Laperriere NJ, Mackillop WJ. A population-based study of malignant spinal cord compression in Ontario. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2003;15:211–7. [https://doi.org/10.1016/s0936-6555\(02\)00400-4](https://doi.org/10.1016/s0936-6555(02)00400-4).
37. Lawton AJ, Lee KA, Cheville AL, Ferrone ML, Rades D, Balboni TA. review article abstract Assessment and Management of Patients With Metastatic Spinal Cord Compression : A Multidisciplinary Review 2020;37. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.1211>.
38. Bach F, Larsen BH, Rohde K, Børgesen SE, Gjerris F, Bøge-Rasmussen T, *et al*. Metastatic spinal cord compression. Occurrence, symptoms, clinical presentations and prognosis in 398 patients with spinal cord compression. *Acta Neurochir (Wien)* 1990;107:37–43. <https://doi.org/10.1007/BF01402610>.
39. Cole JS, Patchell RA. Metastatic epidural spinal cord compression. *Lancet Neurol* 2008;7:459–66. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70089-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70089-9).
40. Schiff D, O'Neill BP, Wang CH, O'Fallon JR. Neuroimaging and treatment implications of patients with multiple epidural spinal metastases. *Cancer* 1998;83:1593–601.
41. Abraham JL, Banffy MB, Harris MB. Spinal cord compression in patients with advanced metastatic cancer: "all I care about is walking and living my life". *JAMA* 2008;299:937–46. <https://doi.org/10.1001/jama.299.8.937>.
42. Fehlings MG, Nater A, Tetreault L, Kopjar B, Arnold P, Dekutoski M, *et al*. Survival and Clinical Outcomes in Surgically Treated Patients With Metastatic Epidural Spinal Cord Compression: Results of the Prospective Multicenter AOSpine Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2016;34:268–76. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.9338>.
43. Roberts TT, Leonard GR, Cepela DJ. Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. *Clin Orthop Relat Res* 2017;475:1499–504. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5133-4>.
44. Howard SC, Jones DP, Pui C-H. The tumor lysis syndrome. *N Engl J Med* 2011;364:1844–54. <https://doi.org/10.1056/NEJMra0904569>.
45. (Calvo Villas JM. Tumour lysis syndrome. *Med Clin (Barc)* 2019;152:397–404. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.10.029>.
46. Cairo MS, Bishop M. Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. *Br J Haematol* 2004;127:3–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.2004.05094.x>.
47. Tiu R V, Mountantonakis SE, Dunbar AJ, Schreiber MJJ. Tumor lysis syndrome. *Semin Thromb Hemost* 2007;33:397–407. <https://doi.org/10.1055/s-2007-976175>.
48. Locatelli F, Rossi F. Incidence and pathogenesis of tumor lysis syndrome. *Contrib Nephrol* 2005;147:61–8. <https://doi.org/10.1159/000082543>.
49. Howard SC, Trifilio S, Gregory TK, Baxter N, McBride A. Tumor lysis syndrome in the era of novel and targeted agents in patients with hematologic malignancies: a systematic review. *Ann Hematol* 2016;95:563–73. <https://doi.org/10.1007/s00277-015-2585-7>.
50. Durani U, Shah ND, Go RS. In-Hospital Outcomes of Tumor Lysis Syndrome: A Population-Based Study Using the National Inpatient Sample. *Oncologist* 2017;22:1506–9. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0147>.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 22 de febrero 2021, aceptado sin corrección para publicación el 30 de junio de 2021

Correspondencia a:
Leonardo Arce Gálvez
Departamento de Medicina Física y
Rehabilitación. Universidad del Valle.
Cali, Colombia.
E-mail: leonardo.arce@correounivalle.edu.co

NUEVO

Coxidol®

Etoricoxib 60, 90 y 120 mg



Libre de dolor por más tiempo

Coxidol® es eficaz en el tratamiento del dolor en:

- Osteoartritis¹: 30-60 mg
- Dolor Crónico¹: 60 mg
- Artritis Reumatoide²: 60,90 mg
- Espondilosis Anquilosante²: 60,90 mg
- Dolor Dental Postop²: 90 mg
- * Dolor Ginecológico Postop²: 90 mg
- ** Dolor agudo³: 120 mg
- ** Dismenorrea Primaria³: 120 mg
- ** Artritis Gotosa Aguda³: 120mg

*Por 3 días como máximo; **Por 8 días como máximo



Coxidol® es Bioequivalente 4,5,6

Coxidol® es seguro

- 95% de buena tolerabilidad de Etoricoxib en pacientes con historia de intolerabilidad a AINEs⁷.

Coxidol® es cómodo

- Una dosis al día ($t_{1/2}$ de 22 hs.)².
- Puede administrarse con o sin alimentos².
- No es necesario ajuste de dosis en personas de edad avanzada².



Código QR para escuchar Folleto de Información al Paciente



¡Infórmese!

Si requiere complementar la información de seguridad vaya a:



<https://bit.ly/3snMhoL>



<https://bit.ly/3royUnO>



<https://bit.ly/3rnw2H4>

Para información adicional contacte al Departamento Médico a través de: Medinfochile@laboratoriochile.cl o www.laboratoriochile.cl/direccion-medica

¡Visítanos!



¡Síguenos!



REFERENCIAS: 1. FIM F-22901/16. 2. FIM F-23883/18;. 3.- FIM F-22731/16.

4. RW N° 30202/20. 5. RW N° 30531/20;. 6. RW N° 29494/20.

7.- Genevieve V; Etoricoxib: a safe alternative for NSAID intolerance in Asian patients; Asian Pac J Allergy Immunol 2013;31:330-3.



teva

Síndrome del Latigazo Cervical. Cervical Neck Whiplash Syndrome.

Edward Rabah Heresi ⁽¹⁾

Los trastornos asociados al latigazo cervical son comúnmente incapacitantes, costosos y se producen como consecuencia de un accidente de vehículo motorizado. Los datos recientes indican que la mejora más rápida de los niveles de dolor y discapacidad se producen en los primeros tres meses después de la lesión, con poco o ningún cambio después de este periodo y que la mayoría de los lesionados no logran recuperarse completamente (1). El costo asociado a la lesión por latigazo cervical, incluyendo atención médica, la pérdida de productividad laboral, así como los costos personales es sustancial (2).

El latigazo cervical es una afección recalcitrante para algunas personas. Opciones de manejo, tanto para la etapa aguda como en etapas crónicas del latigazo cervical, no son sencillas y al tiempo ofrecen algunas mejoras en el dolor y la discapacidad, pero están lejos de ser una panacea. Estudios de tratamiento en casos agudos de latigazo cervical no han demostrado eficacia en términos de disminuir la incidencia de aquellos que desarrollan síntomas persistentes en el tiempo (3, 4, 5, 6). Si bien estos estudios han demostrado que el mantenimiento de la actividad es superior al descanso y prescripción de un collar para la mayoría de las personas lesionadas (7), un importante número de pacientes siguen en transición a la cronicidad.

Además, los estudios de tratamiento para la etapa crónica de la condición, incluyendo varios esquemas de ejercicio, han ofrecido sólo resultados modestos, con sólo 10-20% de pacientes que tienen un resultado completamente exitoso en un seguimiento de 12 meses (8, 9).

Los resultados de investigaciones recientes muestran que el latigazo cervical es una condición compleja y heterogénea y esta heterogeneidad puede explicar los modestos efectos de las estrategias de tratamiento investigadas hasta la fecha. La mayoría de los estudios han investigado enfoques relativamente no específicos para el tratamiento, sin apuntar a intervenciones específicas hacia características físicas o psicológicas de la afección. Sin embargo, otras investigaciones recientes han comenzado a proporcionar información sobre las características del latigazo – tanto físico y psicológico – que permite la especulación sobre mecanismos subyacentes.

Este capítulo esbozará la condición del latigazo y clasificación antes de discutir el creciente conocimiento de las manifestaciones físicas y psicológicas de la afección y sus implicaciones para la práctica clínica.

El Latigazo Cervical

Un accidente automovilístico puede provocar daños óseos o de tejido blando, que a su vez puede resultar en una variedad de manifestaciones clínicas, llamados trastornos asociados al latigazo cervical. El síntoma principal es dolor de cuello, aunque el dolor de cabeza, dolor en el brazo, parestesia, mareos y dificultades cognitivas también se reportan con frecuencia (10).

Es concebible que prácticamente cualquier estructura de la columna cervical puede sufrir lesiones después del latigazo cervical. Estudios de bioingeniería en los que los cadáveres fueron sometidos a los accidentes del extremo trasero han demostrado alteraciones en los movimientos segmentarios, incluida la hiperextensión inter-segmentaria, formación de curva S y aceleración diferencial de la columna cervical superior (11). Esto, junto con evidencias de las autopsias (12) y estudios con animales (13), nos indican que lesiones

(1) Unidad de Dolor Hospital San Pablo, Coquimbo

pueden ocurrir a las estructuras cervicales, incluyendo discos intervertebrales y articulaciones cigapofisiarias, ligamentos, músculos y tejidos nerviosos. Desafortunadamente la identificación in vivo de la patología estructural ha sido difícil, probablemente debido a la poca sensibilidad del actual diagnóstico por imágenes (14,15), aunque estudios recientes comienzan a visualizar que esta situación puede cambiar en el futuro para al menos algunas estructuras (16). También es generalmente aceptado que, en algunas personas con latigazo crónico, sin lesiones previas, la articulación cigapofisiaria es una estructura sintomática, demostrado esto por los bloqueos nerviosos controlados con placebo a estos pacientes (17). Si bien podría argumentarse que sería beneficioso si lesiones estructurales podrían identificarse en personas con lesiones por latigazo cervical, más recientemente se ha promovido que la identificación de la fuente anatomopatológica de los síntomas proporciona poca base para el manejo adecuado de la gestión en trastornos del dolor musculoesquelético y el énfasis debe ser en su lugar un enfoque de tratamiento dirigido hacia los mecanismos y procesos subyacentes a la condición dolorosa (18). A este respecto, hay evidencia de que una variedad de deterioros físicos y psicológicos caracterizan la condición.

Clasificación

Se han propuesto sistemas de clasificación para ayudar en la evaluación temprana, pronóstico y gestión del latigazo cervical. El sistema de clasificación más utilizado es el sistema del Grupo de Trabajo de Quebec (QTF) (19).

Desórdenes Asociados al latigazo cervical

Define ampliamente la condición en cuatro grupos como WAD I (queja de cuello, sin signos); WAD II (con signos musculoesqueléticos); WAD III (con déficits neurológicos) y WAD IV (con una fractura o luxación). Si bien este sistema proporciona alguna información relacionada con la clasificación de condiciones, un defecto sistemático importante es que la mayoría de los pacientes con latigazo cervical se agrupa dentro de una clasificación (WAD II), que asume falsamente la homogeneidad de la mayoría de las quejas comunes dentro de este grupo (20). El sistema de Clasificación QTF ha recibido algunas críticas en el pasado por la falta de validación científica (21), incapacidad para dar cabida a la heterogeneidad de la presentación del WAD (20) y su falta de capacidad de pronóstico (22).

Hasta la fecha, ni el sistema de clasificación QTF para WAD ni estudios que investigan diversos enfoques de gestión para esta condición han considerado tanto los factores biológicos como psicológicos, que están desempeñando un papel en el dolor y la discapacidad del latigazo cervical.

Se está haciendo evidente que el latigazo es una condición más compleja de lo que se suponía anteriormente. Además, está surgiendo la tesis que el latigazo es de alguna manera una condición diferente del dolor de cuello de naturaleza no traumática. En particular, el latigazo crónico muestra características indicativas de una hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, que ahora se ha demostrado consistentemente no ser una característica del dolor crónico de cuello no traumático (23, 24, 25).

Características Físicas y Fisiológicas

Muchas investigaciones pasadas y ciertamente la evaluación clínica de las afecciones del dolor espinal, incluyendo latigazo cervical han tratado de identificar las fuentes anatomopatológicas de los síntomas notificados por el paciente. Este enfoque ha tenido un éxito limitado, dado que un diagnóstico anatomopatológico no es posible en la mayoría de pacientes con dolor musculoesquelético común, este no necesariamente arroja luz en la intervención más óptima para una condición específica. Como consecuencia, el enfoque ha cambiado en los últimos años en tratar de identificar los mecanismos o procesos en el síndrome de doloroso del paciente (26). El propósito de hacer este diagnóstico más específico y la clasificación de los síndromes de dolor musculoesquelético es para ayudar a adaptar las intervenciones hacia procesos subyacentes identificables y para tratar de mejorar el éxito del tratamiento, en particular en algunas de las condiciones más recalcitrantes. Como en todos los síndromes en el cuello y del cuadrante superior, en el latigazo cervical lo más importante es obtener datos de las características motoras, sensoriales y psicológicas del paciente. Una de las razones para ello puede deberse a el inicio fácilmente definido de la lesión (accidente) frente al comienzo insidioso que a menudo ocurre con otras condiciones.

1. Alteraciones Motoras y Sensitivas

Una de las características clínicas más comunes de pacientes con WAD es la de pérdida de movimiento o disminución de rango de movimiento cervical (27, 28). La mayoría de los estudios prospectivos han demostrado que todos los sujetos heridos por latigazo cervical tienen una pérdida de rango de movimiento activo cervical desde poco después de la lesión (29, 30) e informaron que la recuperación del movimiento se produjo en todos los individuos a los tres meses post-lesión, independientemente de la recuperación o no recuperación. Sin embargo, si los sujetos del latigazo se clasifican con mayor precisión, se puede ver que en las personas persisten el dolor y discapacidad en niveles moderados a severos (medidos con NDI) continúan con la pérdida activa del movimiento varios años después de una lesión (31). Por el contrario, los participantes que habían tenido menor dolor y discapacidad (pero aún significativo) mostraron una recuperación de la pérdida de movimiento dentro de 2-3 meses de la lesión (32). Esto demuestra la importancia de diferenciar las personas con latigazos basados en los niveles de dolor y discapacidad. Patrones alterados de reclutamiento muscular tanto en el cuello, las regiones de la columna vertebral cervical y del hombro han sido claramente característicos del WAD crónico (33, 34). Los datos longitudinales demuestran que estos cambios son evidentes desde muy poco después de la lesión (33, 32) con mayores déficits en aquellos que reportan mayores niveles de dolor y discapacidad (32).

Sterling *et al* (31,32) observó que los patrones motores alterados persistieron, no sólo en aquellos con síntomas crónicos continuos, sino que también en aquellos con dolor y discapacidad más leves y aquellos que informaron de la recuperación completa con este fenómeno que ocurrieron en períodos de tiempo significativos después de la lesión (de hasta 2 años). Estos déficits persistentes en el control muscular pueden dejar a individuos recuperados más vulnerables a

futuros episodios de dolor de cuello, pero esta propuesta necesita ser corroborada con investigación adicional (31).

Los patrones alterados de reclutamiento muscular no son exclusivos del latigazo, también se han observado cambios idénticos en el dolor de cuello de inicio insidioso (dolor de cuello idiopático) (33, 34, 35). Estos hallazgos sugieren que tales cambios motores pueden ser más debido a la aferencia nociceptiva que del propio mecanismo de lesión.

Una investigación reciente, utilizando RMN, ha demostrado cambios morfológicos en los músculos de la columna cervical en las personas con latigazo cervical crónico. Elliott *et al* (36, 37) demostró la presencia de infiltrados grasos en músculos extensores y flexores cervicales (profundos y superficiales) en pacientes con WAD en comparación con un grupo control asintomático. Aunque el infiltrado graso era generalmente más alto en todos los músculos investigados para este grupo de pacientes, era más alto en los músculos más profundos. (36). En contraste con los cambios en el reclutamiento muscular, los datos preliminares indican que cambios morfológicos similares no son evidentes en individuos con dolor de cuello idiopático crónico (24). La pertinencia de estas conclusiones en términos de discapacidad o recuperación funcional y la causa de los cambios musculares aún no se conocen, pero los hallazgos demuestran las profundas perturbaciones en la función motora presente en personas con WAD crónico. La disfunción del control moto-sensorial también es una característica de WAD agudo y crónico. Se han encontrados errores en el reposicionamiento de las articulaciones en pacientes con WAD crónico, como también en aquellos a las pocas semanas de su lesión, con dolor moderado/grave y discapacidad (32, 38). Pérdida de equilibrio y perturbación en el control del movimiento ocular influenciado por el cuello están presentes en WAD crónico (39,40), pero su presencia en la etapa aguda de la lesión aún no se ha determinado. Es importante tener en cuenta que las perturbaciones moto-sensoriales parecen ser mayores en los pacientes que también informan mareos en asociación con su dolor de cuello (39,40). La mayoría de los déficits motores documentados (pérdida de movimiento, patrones alterados de reclutamiento muscular) parecen estar presentes en el latigazo, independientemente de sus niveles de dolor y discapacidad reportados y tasa o nivel de recuperación (32). Además, aparte de pérdida de movimiento cervical, los déficits motores no parecen tener capacidad predictiva (41). Los tratamientos dirigidos a rehabilitar la disfunción motora y la mejora del movimiento general sólo muestran modestos efectos sobre los niveles reportados de dolor y discapacidad (8,9). Juntos, estos hallazgos sugieren que los déficits motores, aunque están presentes, pueden no jugar un papel en el desarrollo y mantenimiento de síntomas persistentes después de una lesión por latigazo cervical. Sin embargo, esto no quiere decir que los enfoques de gestión dirigidos a mejorar la disfunción motora, no se deben proporcionar a pacientes con latigazo cervical. Más bien, la identificación del déficit motor por sí solo no proporciona al médico información para medir el pronóstico o capacidad de respuesta a las intervenciones físicas.

a. Procesamiento Amplificado del Dolor

Ahora hay evidencias considerables y consistentes de alteraciones sensitivas en WAD que indican la presencia de mecanismos centrales amplificados en el procesamiento del dolor. Cambios

que incluyen tanto hipersensibilidad sensorial (o disminución del umbral del dolor) a numerosos estímulos, como presión, estimulación eléctrica y alodinia tanto en WAD agudo y crónico (42, 43, 44). La hipersensibilidad sensorial es encontrada no solo en área de la columna cervical lesionada sino también en áreas remotas no lesionadas como los miembros superiores e inferiores (45, 43). La ausencia de daño tisular en el testeo sugiere que la sensibilización central de las vías nociceptivas es la causa de la hipersensibilidad al dolor. Recientemente la presencia de hipoestesia generalizada (es decir, umbrales del dolor elevados) que se producen simultáneamente con hipersensibilidad también se ha encontrado en WAD y sugiere también alteraciones en los procesos inhibitorios centrales (46,47). Se ha demostrado que la hipersensibilidad no sólo está presente en pruebas que involucran una respuesta cognitiva del participante.

Reflejos flexores en los miembros inferiores de los participantes se ha demostrado tras la estimulación eléctrica del nervio sural (48, 49). En esta prueba, se midió la actividad refleja del bíceps femoral y la evidencia de hiperexcitabilidad de la médula espinal (sensibilización central) se proyectó sin depender de la autorespuesta reportada a los estímulos por el paciente, como se requiere con el umbral del dolor. También se ha demostrado que las respuestas flexoras no están asociadas con factores como la catastrofización y la angustia (49), en contraste con la presencia aparentemente uniforme de disfunción, las perturbaciones sensoriales parecen diferenciar latigazo cervical de afecciones menos graves de dolor de cuello. Individuos con WAD crónico manifiestan una presentación más compleja que involucra umbrales de dolor bajos a la presión, el calor y los estímulos fríos en áreas remotas a la columna cervical, que no están presentes en aquellos con dolor de cuello idiopático (no traumático) (24, 25, 50). Del mismo modo, hipoestesia generalizada a las vibraciones, térmicas y estimulación eléctrica, que están presentes en WAD, no son una característica en el dolor de cuello idiopático (50). Sin embargo, la presencia de hiperexcitabilidad central no es exclusiva de latigazo cervical, manifestándose también tales signos en otras afecciones musculoesqueléticas dolorosas, como fibromialgia, dolor de cabeza de tipo tensional y migraña (51). Con respecto a la columna cervical y el cuadrante superior, la hipersensibilidad es una característica de la radiculopatía cervical y del latigazo cervical, reportando dolor y niveles de discapacidad similar (47). Esto sugiere que el latigazo cervical crónico y la radiculopatía comparten mecanismos subyacentes similares, pero difieren con el dolor de cuello idiopático, lo que ilustra la variedad de procesos involucrados en diversas condiciones de dolor de cuello. La razón de por qué algunos latigazos pueden desarrollar un estado hipersensible no está clara, pero parecen estar relacionados con los niveles de dolor y discapacidad (43). Numerosas estructuras de la columna cervical están implicadas como posibles fuentes de nocicepción después del latigazo.

Es posible que las lesiones en las estructuras cervicales profundas puedan no sanar rápidamente y así convertirse en un "conductor" nociceptivo de hiperexcitabilidad del sistema nervioso central.

Mientras esta propuesta puede encontrarse con la oposición de aquellos que creen que los tejidos blandos lesionados se curan dentro de varias semanas, está ganando apoyo como posible contribuyente al desarrollo de dolor musculoesquelético

crónico, incluyendo latigazo cervical (42,52). No hay tampoco evidencia en estudios de cadáveres que ciertas lesiones pueden persistir sin resolver en los sobrevivientes de accidentes automovilísticos que mueren de otras causas algunos años más tarde (53). Además, la hipersensibilidad sensorial que se ve en el latigazo cervical está a menudo también asociada con otras alteraciones, como vasoconstricción simpática deteriorada (31) y factores relacionados con el estrés (54). La co-ocurrencia de estos factores sugieren una compleja interacción entre diversos mecanismos que puede llevar a esta respuesta casi sistémica en algunos latigazos. La investigación se centra ahora en el estudio de modelos complejos que en el futuro pueden arrojar luz sobre este intrigante tema (55, 56, 57).

b. Aspectos Psicológicos

No hay duda de que el latigazo crónico está asociado con alteraciones psicológicas, incluyendo trastornos afectivos, ansiedad, depresión y anomalías del comportamiento como como miedo al movimiento (58). La alteración psicológica también está presente en la etapa aguda después de la lesión con la mayoría de los pacientes, mostrando cierta angustia independientemente de los síntomas (54). Datos de algunos estudios indican que la alteración psicológica en curso está asociada con el dolor y la discapacidad que no se resuelven. Un gran estudio transversal mostró una asociación entre la ansiedad, depresión y el dolor, y la discapacidad en personas cuyos accidentes ocurrieron más de dos años antes, pero no en aquellos con lesiones agudas, lo que sugiere que la persistencia de los síntomas es el detonante de la angustia psicológica (59). Los datos longitudinales indican que los elevados niveles de angustia iniciales disminuyen en aquellos que se recuperan, con niveles decrecientes de dolor y discapacidad en paralelo (54). Factores psicológicos únicos pueden estar involucrados en la etiología y desarrollo del latigazo crónico (54) en comparación con otros cuadros de dolor musculoesqueléticos. Por ejemplo, el papel del miedo al movimiento parece ser un factor menos importante en latigazo (41) que en el dolor lumbar bajo (60). El papel de los estilos o estrategias de afrontamiento en latigazo cervical no está claro. Algunos datos indican que una reacción paliativa de síntomas como, por ejemplo, buscar alivio en distracción (fumar o beber), se asoció con mayor duración de los síntomas (61, 62). A cambio, (63) no encontraron pruebas que, diferentes estilos de afrontamiento en la etapa temprana de la lesión, influyeron en el resultado a un año después del accidente. Los diferentes los tiempos de inicio de la cohorte de estos estudios pueden explicar por las diferencias en los hallazgos que indican que, las estrategias de afrontamiento pueden variar dependiendo de la etapa de la afección y esto requiere una mayor investigación. Un factor que es probablemente único para WAD (en comparación a otras afecciones musculoesqueléticas comunes), debido a que el modo de inicio es un evento traumático, es que se produzca estrés postraumático. Síntomas de estrés postraumático han demostrado estar presentes en una proporción de personas que siguen una lesión por latigazo debido a un accidente de tránsito (64, 54, 65) y estos síntomas han demostrado ser pronósticos de recuperación funcional deficiente a los seis meses y dos años después del accidente (41, 66, 31). En estos estudios se utilizó principalmente la Escala de Impacto de Eventos (IES) (67), un instrumento que mide el estrés emocional asociado con un evento específico (en el caso de latigazo a un accidente en vehículo).

Para hacer un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático no se puede hacer a partir de las puntuaciones del IES. Sin embargo, se debe utilizar una herramienta más robusta, The Post-traumatic Stress Diagnostic (68) demostraron que el 22% de una muestra prospectiva de 155 heridos por latigazo tenían un diagnóstico probable de PTSD a los tres meses posteriores al accidente con esta cifra cayendo ligeramente al 17% a los 12 meses post-lesiones (69). Estos hallazgos indican la necesidad de una mayor evaluación psicológica de estos pacientes (70) y los médicos deben estar conscientes de este factor en su evaluación del latigazo.

c. Factores Predictores de desenlace

La capacidad de predecir a las personas en riesgo de una recuperación deficiente en una lesión por latigazo cervical es importante porque puede permitir la instauración de intervenciones tempranas apropiadas dirigidas a los factores de riesgo modificables. Esto podría reducir potencialmente la transición a la cronicidad en aquellos individuos considerados en riesgo. Se han investigado numerosos factores por su capacidad de pronóstico, incluyendo: estado sociodemográfico; variables relacionadas con accidentes; compensación y/o litigio, factores psicosociales y físicos (71, 72, 73). Sin embargo, las últimas revisiones sistemáticas de los estudios prospectivos de cohortes sobre latigazo cervical encontraron que sólo una mayor intensidad del dolor inicial y una mayor discapacidad inicial fueron los predictores más consistentes de la recuperación funcional retrasada (74, 75, 76). Otros factores reportados por revisiones sistemáticas individuales incluyen alteraciones psicológicas post-lesiones y factores como las estrategias de afrontamiento, educación postsecundaria, el género femenino, antecedentes de dolor de cuello anterior (76), síntomas de estrés postraumático y mala autoeficacia (77). Si bien algunos de estos factores, como la intensidad del dolor y el distress psicológico pueden ser modificables, muchos de los otros (edad, educación) no lo son. Además, cuando los factores potencialmente modificables de los niveles de dolor y discapacidad se consideran solos, la alta especificidad tenía relativamente baja sensibilidad para predecir aquellos con síntomas moderados a graves a los seis meses después del accidente (41).

Además, la medida de los niveles de dolor y discapacidad por sí sola es incapaz de ayudar en el manejo de las etapas secundarias y terciarias de esta condición. Sin embargo, es importante para los médicos para obtener una medida del dolor y la discapacidad (por ejemplo, el índice de discapacidad del cuello) en la evaluación del paciente con latigazo han surgido factores de pronóstico adicionales, pero deben pasar por replicación y validación en estudios posteriores antes de que se incluyan en las revisiones sistemáticas. Estos incluyen factores de disminución del rango de movimiento del cuello, hiperalgesia o intolerancia frías, deterioro simpático y vasoconstricción (78, 41, 31). El campo psicológico del estrés postraumático está emergiendo como un factor dominante en los malos desenlaces en el síndrome del latigazo. (66, 31) con este último estudio demostrando una capacidad predictiva superior de esta variable en comparación con otros dominios psicológicos. Otros factores psicológicos como la alta catastrofización, baja autoeficacia y estrategias de afrontamiento paliativo también han aparecido en algunos estudios, como factores importantes en la recuperación

(61, 79). El papel de la polémica cuestión de los factores de compensación relacionados, no son concluyentes, con algunos estudios que muestran que tiene capacidad predictiva (80) y otros no reportan capacidad predictiva de este factor (81). Una meta-revisión sistemática reciente esboza las limitaciones de la investigación de la influencia de la compensación de los resultados sanitarios, incluidos la calidad de los trabajos de investigación primaria en esta área, la heterogénea naturaleza de los estudios de los sistemas de compensación y la falta de uso de medidas validadas en los resultados de salud. Estos autores podrían encontrar sólo una revisión sistemática que podría considerarse tanto interna y externamente válido y en base a esto, sus hallazgos fueron: "que no hay evidencia de ninguna asociación entre la indemnización por lesiones basada en fallas y la mala salud resultados entre las personas con latigazo cervical (82).

d. Implicaciones para la Evaluación del Latigazo

Está claro que la condición del latigazo implica complejidades entre factores fisiológicos y psicológicos. Mientras que la presencia de altos niveles iniciales de dolor y / o discapacidad son predictores consistentes de malos resultados (83), la presencia adicional de hipersensibilidad sensorial (particularmente hiperalgesia fría) y también los síntomas de estrés postraumático han demostrado mejorar sustancialmente la capacidad predictiva (41). Estos factores también han demostrado que se asocie poca respuesta a las intervenciones físicas (84). El estado de la funcionalidad a largo plazo después del latigazo cervical puede establecerse dentro de unos pocos meses de lesión con poca mejora adicional después de ellos (85). Esto reitera la importante misión que desempeñan los médicos en la etapa temprana después de la lesión y hacia la prevención de la cronicidad.

La evaluación del paciente deberá incluir una adecuada historia de antecedentes de dolor de cuello y dolor de cabeza, así como el posible mecanismo de lesión. El paciente debe ser examinado para detectar la presencia de cualquier "bandera roja" (WAD IV – fractura o luxación).

Aunque no se han demostrado que las características relacionadas con el accidente sean indicadores de pronóstico consistentes de los resultados (86), han demostrado capacidad predictiva en ciertos estudios (87). Dado que los niveles de dolor y discapacidad se consideran un indicador coherente de recuperación (88), es esencial que un cuestionario validado, como el NDI, se utilice en la evaluación inicial. Ciertos factores físicos, como la limitación de la movilidad del cuello y la hiperalgesia fría, son predictivas de la mala recuperación y también debe ser cuidadosamente evaluados. Con respecto a la lesión por latigazo cervical, el factor psicológico de estrés postraumático parece estar involucrado en la transición de las etapas agudas a crónicas de la afección y los médicos pueden querer incluir una medida de síntomas de estrés postraumático (por ejemplo, Impacto de la Escala de Eventos) en su evaluación del paciente lesionado por latigazo cervical. Se han realizado llamados recientes para dirigir el examen clínico hacia el reconocimiento y la identificación de mecanismos implicados en el síndrome de dolor del paciente (26, 89). En la actualidad, el examen sensorial, como se requiere para detectar la variedad de perturbaciones sensoriales,

rara vez se realiza y, si se realiza, generalmente se limita a la evaluación rudimentaria de la fuerza muscular, reflejos tendinosos profundos y sensación al tacto ligero. Es necesaria una evaluación más detallada de los cambios sensoriales en el dolor de cuello de los pacientes. La primera etapa de esta evaluación sería un registro exhaustivo de los síntomas del paciente, incluyendo la naturaleza del dolor. Aunque la utilidad de clasificación de síntomas como una forma de aclarar el mecanismo del dolor es discutible, es una parte necesaria de la evaluación del paciente (90). En los últimos años se han desarrollado cuestionarios que tienen como objetivo específicamente identificar el dolor neuropático (91). Con el uso del cuestionario S-LANSS (92), se ha demostrado que el 20% de un latigazo agudo probablemente tienen una condición de dolor predominantemente neuropático, con ciertos elementos particularmente asociados con mayores niveles de dolor y discapacidad (93). Estos fueron el dolor de tipo "choque eléctrico" que viene en ráfagas, dolor ardiente en el cuello e hiperalgesia a la presión manual. La inclusión de este cuestionario con atención a estos elementos puede ser una adición útil a la evaluación clínica de la enfermedad aguda. También se pueden utilizar pruebas sensoriales cuantitativas. Éste podría incluir la medición de los umbrales del dolor mecánico con algometría de presión y determinación de la presencia de alodinia con suave estimulación táctil. La hiperalgesia fría está emergiendo como un elemento importante, tanto en la predicción del resultado (41) como para medir la capacidad de respuesta del tratamiento (84). Es más difícil medir clínicamente, pero opciones pueden incluir el uso de termo-rollers con temperaturas predeterminadas (49) o el tiempo para alcanzar el umbral de dolor después de la aplicación de hielo (94). Sin embargo, se ha demostrado que hay poca relación entre los elementos S-LANSS y el umbral de dolor de frío, lo que indica que las medidas físicas de hipersensibilidad sensorial deben ser incluidas en la evaluación del latigazo agudo (95).

Sin embargo, cabe señalar que, si bien tales evaluaciones pueden proporcionar información útil, en la actualidad no hay consenso sobre el método más apropiado a usar y con qué comparar los hallazgos (90). El desarrollo de los exámenes sensoriales más apropiados en pacientes lesionados por latigazo cervical en una etapa temprana y avanzar hacia un mayor desarrollo en medidas clínicamente válidas y útiles es de vital importancia. Los fisioterapeutas evalúan rutinariamente el rango cervical de movimiento y esto seguirá siendo un pilar de la evaluación del latigazo cervical debido a la capacidad pronóstica de esta medida. La evaluación también tendrá que incluir los patrones de reclutamiento muscular de las regiones cervical y de la región del hombro. Además, la evaluación del control moto-sensorial es relativamente fácil de realizar en la situación clínica y es particularmente importante en pacientes lesionados por latigazo cervical que reportan mareos asociados con su dolor de cuello. Los lectores son referidos a Jull *et al* (96) para una información detallada cómo llevar a cabo estas evaluaciones.

e. Implicaciones para el Manejo de las Lesiones Asociadas

Directrices clínicas para el manejo de WAD aguda y crónica promueven la educación, el mantenimiento de los niveles de

actividad, ejercicios específicos, analgésicos simples y estrategias de afrontamiento (85). Algunas pautas clínicas recientes han pedido ser más conscientes de lo complejo de algunos pacientes con latigazo cervical y han intentado incluir recomendaciones para la identificación de factores como la perturbación sensorial y el distrés psicológico (MAA 2007). (97). Si bien la reanudación de la actividad es recomendada, casi en forma universal, evitar la provocación del dolor puede ser un objetivo importante en cualquier intervención física para pacientes que demuestren características de hipersensibilidad sensorial. La aplicación de mecánica física no juiciosa y tratamientos estimulantes pueden servir para mantener y prolongar hipersensibilidad y tienen un efecto nocivo en los resultados a largo plazo del paciente (98). No se sugiere que estos pacientes eviten la actividad, ya que el mantenimiento de los niveles de actividad opuestos al descanso y uso de un collar ha demostrado ser importante en el manejo del latigazo agudo (99). Estudios que investigaron el síndrome de fibromialgia, una afección que también tiene alterados los mecanismos centrales de procesamiento del dolor, han demostrado que la hipersensibilidad sensorial aumenta después de algunas formas de ejercicio, incluyendo isométrica y ejercicio aeróbico submáximo (100). Posibles modalidades de tratamiento para la hiperexcitabilidad central en el dolor de origen musculoesquelético son en gran parte inexplorados.

Los enfoques de gestión farmacológica en hiperexcitabilidad central han sido estudiados (101), pero la eficacia de esta forma de tratamiento aún no se ha investigado específicamente en WAD. Además, los efectos secundarios de alguna terapia farmacológica son desalentadores (100). Un tratamiento basado en medicamentos para el manejo, particularmente en la etapa aguda puede no ser factible. Una importante pregunta sin respuesta es si las intervenciones de fisioterapia específica tienen la capacidad de modular la hiperexcitabilidad central en WAD. Intervenciones teóricamente físicas como TENS y la acupuntura puede ser útil para modular la hipersensibilidad, pero estos no han sido específicamente investigados en WAD. Pocos estudios han investigado los efectos de las intervenciones psicológicas en esta condición. Sin embargo, Blanchard *et al* (102) encontraron que la lesión postraumática del trastorno del estrés, mientras que influye en síntomas del estrés postraumático, no tuvo un efecto en los niveles de dolor en este grupo.

Esto no quiere decir que el ejercicio y el movimiento no están indicados para aquellos pacientes con un latigazo cervical. Un ejercicio específico combinado y el enfoque de la terapia manual ha demostrado eficacia en el manejo del dolor de cabeza cervicogénico (dolor de cuello idiopático) (103) y este tratamiento ha demostrado disminuir el dolor y la discapacidad en pacientes con latigazo cervical crónico sin la presencia de hiperalgesia mecánica y fría (104). Puede ser que tal enfoque tenga un papel más importante en estos subgrupos de dolor de cuello. Sin embargo, es evidente que es importante identificar a los pacientes con la presencia de hipersensibilidad sensorial (y distress psicológico, especialmente el estrés postraumático), de tal forma que se pueden adicionar formas de terapia para esta condición.

Conclusión:

El latigazo cervical es una condición compleja y con heterogéneas alteraciones físicas (motoras y sensoriales) y distrés psicológico. También es una de las condiciones frustrantes para que los médicos las manejen. Parecería que la búsqueda para entender mejor WAD sólo acaba de comenzar y los resultados de los recientes esfuerzos de investigación han pavimentado el camino con más elementos para la investigación. A medida que surge el conocimiento, la evaluación clínica de la afección se informará más y esto se traducirá en mejor resultado para las personas lesionadas.

Referencias Bibliográficas

1. Kamper, S., Rebbeck, T., Maher, C., McAuley, J., Sterling, M., 2008. Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 138, 617–629.
2. Crouch, R., Whitewick, R., Clancy, M., Wright, P., Thomas, P., 2006. Whiplash associated disorder: incidence and natural history over the first month for patients presenting to a UK emergency department. *Emerg. Med. J.* 23, 114–118.
3. Provinciali, L., Baroni, M., Illuminati, L., Ceravolo, M., 1996. Multimodal treatment to prevent the late whiplash syndrome. *Scand. J. Rehabil. Med.* 28, 105–111
4. Borchgrevink, G., Kaasa, A., McDonagh, D., Stiles, T., Haraldseth, O., Lereim, I., 1998. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomized trial of treatment during the first 14 days after a car accident. *Spine* 23, 25–31 *LHM: Herston Medical, Biological Sciences *LHC: RD768.S67.
5. Rosenfeld, M., Gunnarsson, R., Borenstein, P., 2000. Early intervention in whiplash-associated disorders. A comparison of two protocols. *Spine* 25, 1782–1787.
6. Rosenfeld, M., Seferiadis, A., Carlsson, J., Gunnarsson, R., 2003. Active intervention in patients with whiplash associated disorders improves long-term prognosis: a randomised controlled clinical trial. *Spine* 28, 2491–2498.
7. Scholten-Peeters, G., Bekkering, G., Verhagen, A., van der Windt, D., Lanser, K., Hendriks, E., *et al.*, 2002. Clinical practice guideline for the physiotherapy of patients with whiplash associated disorders. *Spine* 27, 412–422.
8. Jull, G., Sterling, M., Kenardy, J., Beller, E., 2007. Does the presence of sensory hypersensitivity influence outcomes of physical rehabilitation for chronic whiplash? A preliminary RCT. *Pain* 129, 28–34.
9. Stewart, M., Maher, C., Refshauge, K., Herbert, R., Bogduk, N., Nicholas, M., 2007. Randomised controlled trial of exercise for chronic whiplash associated disorders. *Pain* 128, 59–68.
10. Spitzer, W., Skovron, M., Salmi, L., Cassidy, J., Duranceau, J., Suissa, S., *et al.*, 1995. Scientific Monograph of Quebec Task Force on Whiplash associated Disorders: redefining “Whiplash” and its management. *Spine* 20, 1–73.
11. Cusick, J., Pintar, F., Yoganandan, N., 2001. Whiplash syndrome: kinematic factors influencing pain patterns. *Spine* 26, 1252–1258
12. Taylor, J., Taylor, M., 1996. Cervical spinal injuries: an autopsy study of 109 blunt injuries. *Journal of Musculoskeletal Pain* 4, 61–79
13. Winkelstein, B.A., Nightingale, R.W., Richardson, W.J., Myers, B.S., 2000. The cervical facet capsule and its role in whiplash injury. *Spine* 25, 1238–1246.
14. Davis, S., Teresi, L., Bradley, W., Ziembra, M., Bloze, A., 1991. Cervical spine hyperextension injuries: MR findings. *Radiology* 180, 245–251
15. Uhrenholt, L., Grunnet-Nilsson, N., Hartvigsen, J., 2002. Cervical spine lesions after road traffic accidents. A systematic review. *Spine* 27, 1934–1941.
16. Krakenes, J., Kaale, B., 2006. Magnetic resonance imaging assessment of craniovertebral ligaments and membranes after whiplash trauma. *Spine* 31, 2820–2826.
17. Lord, S., Barnsley, L., Wallis, B., Bogduk, N., 1996. Chronic cervical zygapophyseal joint pain after whiplash: a placebo-controlled prevalence study. . . including commentary by Derby R Jr. *Spine* 21, 1737–1745.
18. Jensen, T., Baron, R., 2003. Translation of symptoms and signs into mechanisms in neuropathic pain. *Pain* 102, 1–8.
19. Spitzer, W., Skovron, M., Salmi, L., Cassidy, J., Duranceau, J., Suissa, S., *et al.*, 1995. Scientific Monograph of Quebec Task Force on Whiplash associated Disorders: redefining “Whiplash” and its management. *Spine* 20, 1–73.

20. Sterling, M., 2004. A proposed new classification system for whiplash associated disorders – implications for assessment and management. *Man. Ther.* 9, 60–70
21. Hartling, L., Brison, R., Ardern, C., Pickett, W., 2001. Prognostic value of the Quebec classification of whiplash associated disorders. *Spine* 26, 36–41.
22. Kivioja, J., Jensen, I., Lindgren, U., 2008. Neither the WAD-classification nor the Quebec Task Force follow-up regimen seems to be important for the outcome after a whiplash injury. A prospective study on 186 consecutive patients. *Eur. Spine J.* 17, 930–935.
23. Chien, A., Eliav, E., Sterling, M., 2010. Sensory hypoesthesia is a feature of chronic whiplash but not chronic idiopathic neck pain. *Man. Ther.* 15, 48–53.
24. Elliott, J., Jull, G., Sterling, M., Noteboom, T., Darnell, R., Galloway, G., 2008. Fatty infiltrate in the cervical extensor muscles is not a feature of chronic insidious onset neck pain. *Clin. Radiol.* 63, 681–687
25. Scott, D., Jull, G., Sterling, M., 2005. Sensory hypersensitivity is a feature of chronic whiplash associated disorders but not chronic idiopathic neck pain. *Clin. J. Pain* 21, 175–181.
26. Max, M., 2000. Is mechanism-based pain treatment attainable? *Clinical trial issues. J. Pain* 1, 2–9.
27. Heikkila, H., Wenngren, B., 1998. Cervicocephalic kinesthetic sensibility, active range of cervical motion and oculomotor function in patients with whiplash injury. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 79, 1089–1094
28. Dall'Alba, P., Sterling, M., Treleaven, J., Edwards, S., Jull, G., 2001. Cervical range of motion discriminates between asymptomatic and whiplash subjects. *Spine* 26, 2090–2094
29. Radanov, B., Sturzenegger, M., Di Stefano, G., 1995. Long-term outcome after whiplash injury. A 2-year follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic, and psychological findings. *Medicine* 74, 281–297.
30. Kasch, H., Stengaard-Pedersen, K., Arendt-Nielsen, L., Jensen, T., 2001b. Headache, neck pain and neck mobility after acute whiplash injury. *Spine* 26, 1246–1251
31. Sterling, M., Jull, G., Kenardy, J., 2006. Physical and psychological predictors of outcome following whiplash injury maintain predictive capacity at long term follow-up. *Pain* 122, 102–108.
32. Sterling, M., Jull, G., Vicenzino, B., Kenardy, J., Darnell, R., 2003b. Development of motor system dysfunction following whiplash injury. *Pain* 103, 65–73.
33. Nederhand, M., Hermens, H., Jzerman, M., Turk, D., Zilvold, G., 2002. Cervical muscle dysfunction in chronic whiplash associated disorder grade 2. The relevance of trauma. *Spine* 27, 1056–1061.
34. Jull, G., Kristjansson, E., Dall'Alba, P., 2004. Impairment in the cervical flexors: a comparison of whiplash and insidious onset neck pain patients. *Man. Ther.* 9, 89–94.
35. Woodhouse, A., Vasseljen, O., 2008. Altered motor control patterns in whiplash and chronic neck pain. *BMC Musculoskelet. Disord.* 9, 90.
36. Elliott, J., Jull, G., Noteboom, T., Darnell, R., Galloway, G., Gibbon, W., 2006. Fatty infiltration in the cervical extensor muscles in persistent whiplash associated disorders: an MRI analysis. *Spine* 31, E847–E851.
37. Elliott, J., O'Leary, S., Sterling, M., Hendrikz, J., Pedler, A., Jull, G., 2010. MRI findings of fatty infiltrate in the cervical flexors in chronic whiplash. *Spine* 35, 948–954.
38. Treleaven, J., Jull, G., Sterling, M., 2003. Dizziness and unsteadiness following whiplash injury – characteristic features and relationship with cervical joint position error. *J. Rehabil.* 34, 1–8.
39. Treleaven, J., Jull, G., Low Choy, N., 2005a. Standing balance in persistent whiplash: a comparison between subjects with and without dizziness. *J. Rehabil. Med.* 37, 224–229.
40. Treleaven, J., Jull, G., Low Choy, N., 2005b. Smooth pursuit neck torsion test in whiplash associated disorders: relationship to self-report of neck pain and disability, dizziness and anxiety. *J. Rehabil. Med.* 37, 219–223
41. Sterling, M., Jull, G., Vicenzino, B., Kenardy, J., Darnell, R., 2005. Physical and psychological factors predict outcome following whiplash injury. *Pain* 114, 141–148
42. Curatolo, M., Petersen-Felix, S., Arendt-Nielsen, L., Giani, C., Zbinden, A., Radanov, B., 2001. Central hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury. *Clin. J. Pain* 17, 306–315
43. Sterling, M., Jull, G., Vicenzino, B., Kenardy, J., 2003a. Sensory hypersensitivity occurs soon after whiplash injury and is associated with poor recovery. *Pain* 104, 509–517.
44. Raak, R., Wallin, M., 2006. Thermal thresholds and catastrophising in individuals with chronic pain after whiplash injury. *Biology Research Nursing* 8, 138–146.
45. Koelbaek-Johansen, M., Graven-Nielsen, T., Schou-Olesen, A., Arendt-Nielsen, L., 1999. Muscular hyperalgesia and referred pain in chronic whiplash syndrome. *Pain* 83, 229–234.
46. Chien, A., Eliav, E., Sterling, M., 2008a. Hypoesthesia occurs in acute whiplash irrespective of pain and disability levels and the presence of sensory hyper-sensitivity. *Clin. J. Pain* 24, 759–766.
47. Chien, A., Eliav, E., Sterling, M., 2008b. Whiplash (Grade II) and cervical radiculopathy share a similar sensory presentation: An investigation using quantitative sensory testing. *Clin. J. Pain* 24, 595–603.
48. Banic, B., Petersen-Felix, S., Andersen, O., Radanov, B., Villiger, P., Arendt-Nielsen, L., *et al.*, 2004. Evidence for spinal cord hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury and in fibromyalgia. *Pain* 107, 7–15.
49. Sterling, M., 2008. Testing for sensory hypersensitivity or central hyperexcitability associated with cervical spine pain. *J. Manipulative Physiol. Ther.* 31, 534–539.
50. Chien, A., Eliav, E., Sterling, M., 2010. Sensory hypoesthesia is a feature of chronic whiplash but not chronic idiopathic neck pain. *Man. Ther.* 15, 48–53.
51. Yunus, M., 2007. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin. Arthritis Rheum.* 36, 339–356.
52. Vierck, C., 2006. Mechanisms underlying development of spatially distributed chronic pain (fibromyalgia). *Pain* 124, 242–263.
53. Taylor, J., Finch, P., 1993. Acute injury of the neck: anatomical and pathological basis of pain. *Ann. Acad. Med. Singapore* 22, 187–192.
54. Sterling, M., Kenardy, J., Jull, G., Vicenzino, B., 2003c. The development of psychological changes following whiplash injury. *Pain* 106, 481–489.
55. McLean, S., Clauw, D., Abelson, J., Liberzon, I., 2005. The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosom. Med.* 67, 783–790.
56. Passatore, M., Roatta, S., 2006. Influence of sympathetic nervous system on sensorimotor function: whiplash associated disorders (WAD) as a model. *Eur. J. Appl. Physiol.* 98, 423–449.
57. Sterling, M., Kenardy, J., 2006. The relationship between sensory and sympathetic nervous system changes and acute posttraumatic stress following whiplash injury – a prospective study. *J. Psychosom. Res.* 60, 387–393.
58. Williamson, E., Williams, M., Gates, S., Lamb, S., 2008. A systematic review of psychological factors and the development of late whiplash syndrome. *Pain* 135, 20–30.
59. Wenzel, H., Haug, T., Mykletun, A., Dahl, A., 2002. A population study of anxiety and depression among persons who report whiplash traumas. *J. Psychosom. Res.* 53, 831–835.
60. Vlaeyen, J., Kole-Snijders, A., Boeren, R., 1995. Fear of movement/re-injury in chronic low back pain patients and its relation to behavioural performance. *Pain* 62, 363–372.
61. Buitenhuis, J., Spanjer, J., Fidler, V., 2003. Recovery from acute whiplash – the role of coping styles. *Spine* 28, 896–901.
62. Carroll, L., Cassidy, D., Cote, P., 2006. The role of pain coping strategies in prognosis after whiplash injury: passive coping predicts slowed recovery. *Pain* 124, 18–26.
63. Kivioja, J., Jensen, I., Lindgren, U., 2005. Early coping strategies do not influence the prognosis after whiplash injuries. *Injury* 36, 935–940.
64. Drottning, M., Staff, P., Levin, L., Malt, U., 1995. Acute emotional response to common whiplash predicts subsequent pain complaints: a prospective study of 107 subjects sustaining whiplash injury. *Nord. J. Psychiatry.* 49, 293–299.
65. Kongsted, A., Bendix, T., Qerama, E., Kasch, H., Bach, F., Korsholm, L., *et al.*, 2008. Acute stress response and recovery after whiplash injuries. A one-year prospective study. *Eur. J. Pain* 12, 455–463.
66. Buitenhuis, J., DeJong, J., Jaspers, J., Groothoff, J., 2006. Relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and the course of whiplash complaints. *J. Psychosom. Res.* 61, 681–689.
67. Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W., 1979. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41, 209–218.
68. Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K., 1997. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychol. Assess.* 9, 445–451.

69. Sterling, M., Pedler, A., 2009. A neuropathic pain component is common in acute whiplash and associated with a more complex clinical presentation. *Man. Ther.* 14, 173–179.
70. Forbes, D., Creamer, M., Phelps, A., Bryant, R., McFarlane, A., Devilly, G., *et al.*, 2007. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 41, 637–648.
71. Radanov, B., Sturzenegger, M., Di Stefano, G., 1995. Long-term outcome after whiplash injury. *A 2-year follow-up considering features of injury mechanism and somatic, radiologic, and psychological findings. Medicine* 74, 281–297
72. Cassidy, J.D., Carroll, L.J., Cote, P., Lemstra, M., Berglund, A., Nygren, A., 2000. Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *N. Engl. J. Med.* 20, 1179–1213.
73. Kasch, H., Flemming, W., Jensen, T., 2001a. Handicap after acute whiplash injury. *Neurology* 56, 1637–1643
74. Carroll, L., Holm, L., Hogg-Johnson, S., Cote, P., Cassidy, D., Haldeman, S., *et al.*, 2008. Course and Prognostic Factors for Neck Pain in Whiplash-Associated Disorders (WAD). Results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 33, 583–592
75. Kamper, S., Rebbeck, T., Maher, C., McAuley, J., Sterling, M., 2008. Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 138, 617–629.
76. Walton, D., 2010. Prognosis for chronic pain and disability following whiplash: A meta-analysis. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*
77. Williamson, E., Williams, M., Gates, S., Lamb, S., 2008. A systematic review of psychological factors and the development of late whiplash syndrome. *Pain* 135, 20–30
78. Kasch, H., Qerama, E., Bach, F., Jensen, T., 2005. Reduced cold pressor pain tolerance in non-recovered whiplash patients: a 1 year prospective study. *Eur. J. Pain* 9, 561–569.
79. Hendricks, E., Scholten-Peeters, G., van der Windt, D., Neeleman-van der Steen, C., Oostendorp, R., Verhagen, A., 2005. Prognostic factors for poor recovery in acute whiplash patients. *Pain* 114, 408–416.
80. Carroll, L., Holm, L., Hogg-Johnson, S., Cote, P., Cassidy, D., Haldeman, S., *et al.*, 2008. Course and Prognostic Factors for Neck Pain in Whiplash-Associated Disorders (WAD). Results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 33, 583–592.
81. Scholten-Peeters, G., Verhagen, A., Bekkering, G., van der Windt, D., Barnsley, L., Oostendorp, R., *et al.*, 2003. Prognostic factors of Whiplash Associated Disorders: a systematic review of prospective cohort studies. *Pain* 104, 303–322.
82. Spearing, N., Connelly, L., 2010. Is compensation “bad for health”? A systematic meta-review. *Injury* Jan 7
83. Scholten-Peeters, G., Verhagen, A., Bekkering, G., van der Windt, D., Barnsley, L., Oostendorp, R., *et al.*, 2003. Prognostic factors of Whiplash Associated Disorders: a systematic review of prospective cohort studies. *Pain* 104, 303–322
84. Jull, G., Sterling, M., Kenardy, J., Beller, E., 2007. Does the presence of sensory hypersensitivity influence outcomes of physical rehabilitation for chronic whiplash? A preliminary RCT. *Pain* 129, 28–34.
85. Kamper, S., Rebbeck, T., Maher, C., McAuley, J., Sterling, M., 2008. Course and prognostic factors of –179.
94. Cathcart, S., Pritchard, D., 2006. Reliability of pain threshold measurement in young adults. *J. Headache Pain* 7, 21–26.
95. Sterling, M., Pedler, A., 2009. A neuropathic pain component is common in acute whiplash and associated with a more complex clinical presentation. *Man. Ther.* 14, 173–179.
96. Jull, G., Sterling, M., Falla, D., Treleaven, J., O’Leary, S., 2008. Whiplash, headache and neck pain: research based directions for physical therapies. Elsevier, Edinburgh
97. MAA, 2007. Guidelines for the management of whiplash associated disorders. Motor Accident Authority (NSW), Sydney. www.maa.nsw.gov.au.
98. Sterling, M., Kenardy, J., 2008. Physical and psychological aspects of whiplash: important considerations for primary care assessment. *Man. Ther.* 13, 93–102.
99. Rosenfeld, M., Seferiadis, A., Carlsson, J., Gunnarsson, R., 2003. Active intervention in patients with whiplash associated disorders improves long-term prognosis: a randomised controlled clinical trial. *Spine* 28, 2491–2498.
100. Vierck, C., 2006. Mechanisms underlying development of spatially distributed chronic pain (fibromyalgia). *Pain* 124, 242–263.
101. Curatolo, M., Arendt-Nielsen, L., Petersen-Felix, S., 2006. Central hypersensitivity in chronic pain: mechanisms and clinical implications. *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* 17, 287–302
102. Blanchard, E., Hickling, E., Devineni, T., Veazey, C., Galovski, T., Mundy, E., *et al.*, 2003. A controlled evaluation of cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav. Res. Ther.* 41, 79–96.
103. Jull, G., Trott, P., Potter, H., Zito, G., Niere, K., Emberson, J., *et al.*, 2002. A randomized controlled trial of physiotherapy management for cervicogenic headache. *Spine* 27, 1835–1843.
104. Jull, G., Sterling, M., Kenardy, J., Beller, E., 2007. Does the presence of sensory hypersensitivity influence outcomes of physical rehabilitation for chronic whiplash? A preliminary RCT. *Pain* 129, 28–34

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 28 de noviembre 2020, aceptado sin corrección para publicación el 01 de diciembre de 2020.

Correspondencia a:
Edward Rabah Heresi
Unidad de Dolor Hospital San Pablo
Coquimbo. Chile.
E-mail: edrabah@gmail.com

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo ⁽¹⁾.

COVID-Pain: Acute and Late-Onset Painful Clinical Manifestations in COVID-19 – Molecular Mechanisms and Research Perspectives. Marco Cascella, Alfredo Del Gaudio, Alessandro Vittori, Sabrina Bimonte, Paola Del Prete, Cira Antonietta Forte, Arturo Cuomo, Elvio De Blasio *Journal of Pain Research* downloaded from <https://www.dovepress.com/> by 81.36.52.234 on 14-Aug-2021.

Aunque las manifestaciones respiratorias de COVID-19 son predominantes, los signos y los síntomas de una afectación extrapulmonar suelen englobarse en el cuadro de la enfermedad. Varias manifestaciones dolorosas pueden ocurrir durante la fase aguda, pero también como complicaciones a corto o largo plazo. Mialgia, dolor en las articulaciones, dolor de garganta, dolor abdominal, dolor en el pecho y dolor de cabeza generalmente acompañan a los síntomas respiratorios, pero también pueden ocurrir como hallazgos clínicos aislados o pueden expresarse independientemente de la gravedad de COVID-19. En estas premisas, dado el amplio espectro de manifestaciones clínicas y la complejidad de su patogenia, sería más apropiado referirse a "COVID-dolor", un término general útil para abarcar todas estas manifestaciones clínicas en un capítulo separado de la enfermedad. En este escenario, en este artículo, se aborda el tema desde una perspectiva molecular, tratando de proporcionar explicaciones para los subyacentes procesos fisiopatológicos. Esta revisión narrativa tiene como objetivo diseccionar los mecanismos de las manifestaciones dolorosas agudas y crónicas, resumiendo conceptos fundamentales sobre el tema, abarcando las controversias, brechas de investigación actuales y desarrollos potenciales en este campo. Se concluye que la aparición de manifestaciones dolorosas se observa con frecuencia durante la fase aguda de la infección por SARS-CoV-2. Los sobrevivientes de COVID-19 pueden experimentar enfermedades crónicas como consecuencia de una estancia hospitalaria prolongada, inmovilidad, ventilación mecánica a largo plazo y otras terapias. Condiciones de dolor, principalmente expresadas como mialgia o dolores en articulares, se pueden encontrar con frecuencia entre estas secuelas de COVID-19.

(1) Anestesiólogo, Cuidados Paliativos y Dolor
Director Capítulo Chileno Paliativos sin Fronteras
Consultor Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres Sector Salud.

Manifestaciones en conjunto, agudo y crónico, pueden conformar un capítulo separado de la enfermedad. La fisiopatología del dolor-COVID parece ser compleja y multifactorial; involucrando probablemente la superposición de daño viral directo, lesión extensa de la producción aberrante de citoquinas, combinando factores relacionados con las terapias concomitantes, así como condiciones psicológicas de los pacientes. Teniendo en cuenta el creciente número de pacientes originado por la pandemia, el estudio de la fisiopatología de estos fenómenos puede ofrecer sugerencias importantes para abordar estos problemas, tanto desde un punto de vista profiláctico como terapéutico, para orientar la política de salud pública.

Acupuncture for Pain Management: Molecular Mechanisms of Action *The American Journal of Chinese Medicine*, Vol. 48, No. 4, 1–19 © 2020 World Scientific Publishing Company Institute for Advanced Research in Asian Science and Medicine DOI: 10.1142/S0192415X20500408. Teng Chen, Wen Wen Zhang, Yu-Xia Chu and Yan-Qing Wang.

La acupuntura se ha utilizado en China durante miles de años para aliviar muchos tipos diferentes del dolor basado en las teorías de la medicina tradicional china. Una de las premisas básicas de la medicina tradicional china es que hay cientos de puntos de acupuntura distribuidos en el cuerpo humano que pueden activarse con agujas de acupuntura para aliviar el dolor. Con el desarrollo de la tecnología, tenemos una mejor comprensión de los mecanismos detrás de estos antiguos métodos de tratamiento oriental. En términos generales, hay dos tipos de acupuntura: acupuntura manual (MA) y electroacupuntura (EA). En este artículo, cuando se habla de analgesia por acupuntura, se involucra a ambos métodos. En MA, las agujas se insertan a través de la piel en el punto de acupuntura y luego se desplazan en diferentes direcciones para inducir una estimulación mecánica del punto escogido. Sensaciones de dolor, entumecimiento, plenitud, pesadez llamados De qi o Te qi, son percibidos por pacientes y clínicos, considerado este fenómeno como sello distintivo de los puntos activados. Se ha demostrado que la anestesia local en los puntos de acupuntura puede bloquear estas sensaciones. En EA, las agujas de acupuntura se electrifican para que los puntos se activen mediante estimulación mecánica,

como por la estimulación eléctrica. EA tiene diferentes efectos, dependiendo en los puntos de estimulados y los parámetros (intensidad eléctrica, frecuencia, intervalo y tiempo) utilizados. Los autores de la publicación afirman que la analgesia inducida por acupuntura es un efecto integral que comienza por la activación de los puntos de acupuntura, que tienen estructuras anatómicas especiales. Luego, las señales se transmiten a la médula espinal y áreas relevantes del cerebro donde originan aumento o disminución de múltiples neurotransmisores, moduladores y factores inflamatorios para aliviar el dolor. Esta revisión se centra en los nuevos hallazgos de la última década sobre la analgesia de acupuntura desde el trayecto que comprende el punto de acupuntura hasta el cerebro, las células y mecanismos moleculares subyacentes a la analgesia por acupuntura. Se discute también por este grupo, el rumbo futuro de la analgesia originada por acupuntura en la práctica clínica.

Se realiza un detallado análisis de diversos procesos que participan en la modulación del dolor. En la médula espinal, la EA puede inhibir la activación de las células gliales, regulando a la baja la quimiocina CX3CL1, aumentando la citoquina antiinflamatoria interleucina-10. Esto inhibe la proteína quinasa activada por mitocondrias P38 y las vías de la quinasa regulada por señales extracelulares, que están asociadas con la activación microglía de la vía de señalización de la quinasa N-terminal C-Jun y posterior activación de astrocitos. La inactivación de la microglía espinal y los astrocitos median los efectos analgésicos inmediatos y a largo plazo de EA, respectivamente. Se describe una variedad de procesos relacionados con el dolor, sustancias liberadas por las células gliales, como las citocinas proinflamatorias, necrosis tumoral, el factor α , la interleucina-1 β , la interleucina-6 y las prostaglandinas, como las prostaglandinas E2, también pueden ser reducidos. El sistema de modulación del dolor descendente en el cerebro, incluida la corteza cingulada, la sustancia gris periacueductal y la médula ventromedial rostral, juegan un papel importante en la analgesia EA. Múltiples transmisores y moduladores, incluidos los endógenos, los opioides, el octapéptido de colecistoquinina, la 5-hidroxitriptamina, el glutamato, la noradrenalina, la dopamina, el ácido γ -aminobutírico, la acetilcolina y la orexina A están implicados en la analgesia de la acupuntura. Se discute la incrustación, que inyecta suturas hechas de materiales absorbibles en los puntos de acupuntura para lograr efectos a largo plazo. Se trata de un artículo que explica una técnica milenaria explicada a la luz del desarrollo actual de la ciencia.

Intraarticular STP Radiofrequency for Painful Osteoarthritis in the Knee: A Retrospective Single Center Analysis. *Journal of Pain Research* downloaded from <https://www.dovepress.com/> by 88.17.78.147 on 17-Aug-2021. Alfonso Papa, Maria Teresa Di Dato, Giuliano Lo Bianco, Giuseppe Gazzero, Anna Maria Salzano, Emilio Di Costanzo, Dario Tammaro, Michael E Schatman, Giustino Varrassi.

La osteoartritis (OA) es la causa más común de dolor crónico de rodilla, a menudo una condición debilitante que puede causar una reducción significativa de la capacidad funcional. La radiofrecuencia es una forma de Neuromodulación de la transmisión de la señal del dolor y se ha vuelto cada vez más común como tratamiento para el dolor de rodilla. Este estudio retrospectivo tiene como objetivo evaluar la eficacia de la radiofrecuencia intraarticular en pacientes con dolor de rodilla OA. En este estudio retrospectivo, se incluyen 129 pacientes sometidos a radiofrecuencia pulsada intraarticular, utilizando la curva de Poisson para la distribución de energía (radiofrecuencia SluiterTeixeira Poisson) (STP) desde marzo de 2018 a noviembre de 2019. La gravedad de la artrosis de rodilla se evaluó antes del procedimiento mediante el índice de Lequesne, clasificando pacientes en seis grupos según el nivel de gravedad. La intensidad del dolor se evaluó mediante una escala analógica visual (VAS) y el nivel de satisfacción del paciente se evaluó a través de un cuestionario. Los resultados obtenidos sugieren que la radiofrecuencia STP puede ser un procedimiento seguro y eficaz para la artrosis de rodilla, capaz de reducir significativamente las puntuaciones de la EVA al mes y a los 3 meses en comparación con la línea de base. Según estos resultados, un factor clave a considerar al tratar la artrosis de rodilla con radiofrecuencia STP es que es más eficaz entre pacientes con un nivel más bajo de invalidez. Debido al diseño del estudio observacional retrospectivo, prospectivo longitudinal, se requiere más investigación para respaldar la recomendación de radiofrecuencia STP para rodilla con OA.

DEXAMETHASONE PROMOTES CPPD CRYSTAL FORMATION BY ARTICULAR CHONDROCYTES Mark Fahey, BS, Elizabeth Mitton, MS, Emily Muth, BS, and Ann K. Rosenthal, MD. *J Rheumatol.* 2009 January ; 36(1): 163–169. doi:10.3899/jrheum.080528

Los cristales de pirofosfato de calcio dihidratado (CPPD) se encuentran comúnmente en articulaciones osteoartrosíticas y se correlacionan con un mal pronóstico. Corticosteroides intraarticulares, como dexametasona (Dxm), son terapias de uso común para la osteoartritis con o sin CPPD. La Dxm tiene efectos variables en los modelos de mineralización. Se investigó en este trabajo los efectos de Dxm sobre la formación de cristales de CPPD en un modelo de cultivo de tejidos bien establecido.

Los resultados obtenidos evidenciaron que la Dxm aumentó significativamente la mineralización inducida por ATP por los condrocitos articulares. Mientras que las actividades de fosfatasa alcalina y NTPPPH no cambiaron, la actividad de la transglutaminasa aumentó en forma clara en respuesta a la dosis. Los niveles de ARNm y proteína del factor XIIIa resultaron elevados para Dxm, mientras que la proteína Tgase de tipo II no se modificó. Los inhibidores de transglutaminasa suprimieron los aumentos inducidos por Dxm en la formación de cristales de CPPD.

Se concluye que estos hallazgos sugieren un potencial para que la Dxm contribuya a la mineralización patológica en el cartílago y refuerzan el papel central de las enzimas transglutaminasa en la formación de cristales de CPPD.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 10 de agosto de 2021, aceptado sin corrección para publicación el 19 de agosto de 2021.

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

XUMER[®]

etoricoxib 60/90/120 mg

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



POTENCIA QUE ALIVIA

REFERENCIAS:

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



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

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

USO EXCLUSIVO PROFESIONALES DE LA SALUD

Actividades Primer Semestre 2021

Continuamos en guardia. La pandemia no cede, pero nuestro trabajo como asociación científica multidisciplinaria no se detiene. El año pasado debimos habituarnos a la modalidad on line para nuestras reuniones científicas, quizá añorando aún los encuentros presenciales, que han sido parte de nuestra cultura de difundir conocimiento y de cohesión como agrupación científica y gremial. Sin embargo, la plataforma Zoom ya se ha hecho parte de nuestro actuar y modo de compartir.

No obstante, la tecnología nos ha permitido contar regularmente con una audiencia mucho mayor, en promedio un 100% más que nuestras tradicionales reuniones presenciales. También nos ha posibilitado ampliar las actividades con varias jornadas y patrocinios a cursos, la disponibilidad de expositores, tanto nacionales como extranjeros, de diversas especialidades dentro de nuestro ámbito como entidad multidisciplinaria.

Reuniones Científicas

Reunión Científica de Abril: “Ley N°21309: Establece Beneficio para los Afiliados y Pensionados calificados como Enfermos Terminales”

La reunión científica de ACHED-CP de abril, presentó vía Zoom el tema “LEY N°21309: Establece Beneficio para los Afiliados y Pensionados Calificados como Enfermos Terminales”. La Dra. Marisol Ahumada, Past-President ACHED-CP, fue la moderadora de la reunión. La exposición

fue realizada por Dra. María Soledad Hevia Lago, Jefe del Departamento de Planificación y Desarrollo, División Comisiones Médicas y Ergonómicas, Superintendencia de Pensiones.

Reunión Científica de Mayo: “Rehabilitación y Dolor Post-COVID”

Rehabilitación y Dolor Post-COVID” fue la temática central de la reunión científica de abril. Las expositoras fueron Dra. Carolina Rivera, con el tema “Rehabilitación Post-COVID”, y la Klga. Catherine Torrealba Cornejo, cuya presentación fue “Rehabilitación Motora Hiperprecoz y su impacto en la funcionalidad, debilidad y dolor”.

La Dra. Rivera es Médico Fisiatra de la Universidad de Chile, Presidenta Sociedad Chilena de Medicina Física y Rehabilitación (SOCHIMFYR). La Kinesióloga Klga. Torrealba, Case Manager Equipo Motor, Docente Clínico Hospital de Urgencia Asistencia Pública (Ex Posta Central), Magister Terapia Manual Ortopédica, UNAB.

Esta reunión fue moderada por la Dra. Delia Ruiz, fisiatra, directora de ACHED-CP.

Reunión Científica de Junio: “Dolor Crónico Infantil”

El “Dolor Crónico Infantil” fue abordado en la reunión científica de junio, con la Dra. Maritza Velasco, anestesióloga, directora de ACHED-CP, fue la moderadora, en que participaron la Dra. Dra. Susana Lillo Sarno, que presentó "Caso Clínico: Distonía Primaria Generalizada" y el Dr. Alejandro de la Maza, expositor de "Cirugía de salvataje de cadera en paciente con compromiso neurológico severo".

La Dra. Lillo es Fisiatra infanto juvenil Clínica Las Condes, Jefa del Laboratorio de marcha y movimiento de Clínica Las Condes, Integrante del Equipo de Dolor Clínica Las Condes. El Dr. de la Maza, es Médico Fisiatra y Traumatólogo Universidad de Chile, Médico Jefe del equipo de Extremidad Inferior de Teletón Santiago Traumatólogo Staff de Clínica Las Condes, Santiago Chile., Integrante del Equipo de Dolor Clínica Las Condes.

Reunión Científica de Julio: “Dolor Postquirúrgico”

El tema de interés de la reunión científica de julio fue “Dolor Postraumático”, de gran importancia y actualidad por la reanudación de las cirugías no electivas, luego de la baja en las hospitalizaciones crítica por el COVID-19.

La Dra. María Eliana Eberhard, Vicepresidenta de ACHED-CP, moderó la reunión en plataforma Zoom cuyo programa tuvo las presentaciones de los anestesiólogos Dr. David Soto, con la disertación "Pacientes con factores de riesgo de dolor crónico postoperatorio ¿Cómo enfrentarlo de mejor manera?", y el Dr. Carlos Aguayo con la exposición ““Manejo del Dolor Postquirúrgico”

El Dr. Soto es Médico Cirujano de la Universidad de La Frontera, Anestesiólogo Pontificia Universidad Católica de Chile, Anestesiólogo Staff Clínica Alemana Santiago y Hospital La Florida, Magister en Epidemiología Clínica Centro Excelencia CIGES de la Universidad de La Frontera, Master Universitario en Tratamiento del Dolor de la Universidad de Salamanca, España.

El Dr. Aguayo es Médico Anestesiólogo, Coordinador de Anestesia Unidad de Dolor Hospital Clínico FUSAT y Director ACHED-CP.

Reunión Científica de Agosto: "Rol de la Enfermería en Cuidado Paliativos"

La reunión científica de agosto 2021 estuvo centrada en el importante "Rol de la Enfermería en Cuidado Paliativos", con la E.U. Paula Ossandón Lira como moderadora. Ella es Enfermera Magíster en Cuidados Paliativos de la U. Autónoma de Barcelona, Presidenta Capítulo Enfermería Paliativa Vocera Movimiento Paliativos Ahora.

La exposición "Trabajo en red entre Unidad especialista y la atención primaria" fue realizada en forma conjunta por las E.U. Jacqueline Opazo Gómez y Rosanna Povis López.

La E.U. Opazo es Enfermera, Magister Gerencia y Administración en Servicios en Salud (UNC, Argentina), Diplomada en Cuidados Paliativos del Adulto, Diplomada en

Psicooncología para Profesionales de la Salud, Subdirectora APS del Hospital Santo Tomás de Limache.

La E.U. Povis es Enfermera Postítulo en Oncología UC, Coordinadora de la Unidad CCPP del Hospital Sótero del Río, con experiencia de 10 años en CCPP en sistema público.

La segunda presentación de esta reunión científica, “Modelo de gestión del cuidado en Cuidados Paliativos en la atención privada” de estuvo a cargo de la E.U. Emilia Rathgeb Tapia. Ella es Enfermera de la Universidad de Concepción, Magister en Educación, Diplomada en Gestión en Enfermería, Experta en Oncología y Cuidados Paliativos, Enfermera Coordinadora de la Unidad de Medicina Paliativa y Cuidado Integral de la Clínica Universidad de los Andes.

Patrocinios, Cursos, Simposios

Enero:

III Jornadas Científicas para el Cuidado de la Salud Osteoarticular

ACHED-CP patrocinó las III Jornadas Científicas para el Cuidado de la Salud Osteoarticular, realizadas en modalidad on line entre el 26 y 29 de enero, organizadas por Abbott.

El programa incluyó 8 conferencias de expertos en fisioterapia, reumatología y odontología cerrando con un panel de discusión con los expertos que participaron en estas jornadas. La Dra. Delia Ruiz, fisiatra, directora de ACHED-CP, fue parte del equipo de expositores con el tema “Situación del Dolor en Chile”.



Marzo:

Curso Exploración Física en Telemedicina

ACHED-CP fue patrocinador del Curso de Exploración Física en Telemedicina con el propósito entregar herramientas a médicos para sustituir parcialmente la atención presencial por métodos telemáticos, los cuales debida a la pandemia se han ido consolidando en nuestra práctica diaria.

Este curso, ofrecido por Grünenthal, entregó experiencias y tecnologías para sistematizar y protocolizar la realización de una exploración física y anamnesis de forma telemática y/o telefónica para llegar a un diagnóstico.

Abril

VIII Simposio Latinoamericano de Gastroenterología Oncológica (Slago)



ACHED-CP puso a disposición de sus socios 10 becas otorgados por los organizadores del VIII Simposio Latinoamericano de Gastroenterología Oncológica (SLAGO), realizado plataforma streaming en abril 2021.

Este encuentro científico se realiza cada dos años y convoca a renombrados médicos y profesionales de la salud dedicados al manejo oncológico de las diferentes neoplasias digestivas en Latinoamérica y el mundo. En las 4 jornadas de este simposio, desarrollado bajo el lema bajo el lema “La opinión latinoamericana de la oncología gastrointestinal”, con jornadas específicas de Enfermería, Química y Farmacia; Nutriología y de Cuidados Paliativos, para llegar a un diagnóstico.

Julio

Curso e-learning:

“Del Dolor Perioperatorio al Dolor Crónico: Actualización de Conceptos y Manejo”

El curso e-learning “Del Dolor Perioperatorio al Dolor Crónico: Actualización de Conceptos y Manejo”, organizado por el Comité de Anestesia Regional de la Sociedad de Anestesiología de Chile (CARSACH), contó con el Dr. César Cárcamo, Presidente de ACHED-CP, como uno de los 10 expositores. El Dr. Cárcamo disertó: “Procedimientos intervencionales que se realizan en Unidades de Dolor: ¿Cuándo y a qué pacientes derivar?”





Agosto

“VII Curso de Actualización en Fibromialgia 2021”

ACHED-CP patrocinó el VII Curso de Actualización en Fibromialgia 2021, realizado el 27 y 28 de agosto, en plataforma ZOOM. Para nuestra asociación científica multidisciplinaria ha sido relevante apoyar este curso sobre fibromialgia, especialmente diseñado para la más amplia gama de especialidades y de profesionales de la salud.

El equipo directivo de este curso fue integrado por: Dra. Lilian Soto Sáez, Directora del Curso (de Sociedad de Reumatología de Chile, SOCHIRE); Dra. Delia Ruiz Rodríguez, Subdirectora Curso (Directora de ACHED-CP); Ximena Galleguillos Espinosa, Secretaria Ejecutiva (Directora Corporación de Fibromialgia de Chile).

Investigación

Publicada Importante Investigación sobre carga de dolor en Chile

“Prevalencia, carga de morbilidad y pérdida de servicios públicos del estado de salud atribuibles a enfermedades crónicas, trastornos musculoesqueléticos y dolor en Chile” (Prevalence, burden of disease, and lost in health state utilities attributable to chronic musculoskeletal disorders and pain in Chile(1) es la más reciente y valiosa investigación sobre la prevalencia del dolor y trastornos músculoesqueléticos en Chile.

Los autores de este importante trabajo son los Dres. Pedro Zitko (Department of Health Service & Population Research, IoPPN, Kings College London); Carlos Balmaceda y Tomás Abbott (Departamento de Salud Pública PUC; Manuel Espinoza (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias,

Centro de Investigación Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile; César Cárcamo y Norberto Bilbeny (actual Presidente y ex Presidente de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, respectivamente).

ACHED-CP se complace y felicita a sus socios participantes en esta investigación, publicada en BMC Public Health (y sus redes asociadas), una revista de acceso abierto revisada por pares que considera artículos sobre la epidemiología de las enfermedades y la comprensión de todos los aspectos de la salud pública.

1.Ref: Zitko et al.BMC Public Health (2021) 21:937v <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10953-z>

Congreso 2021

XII Congreso Internacional de Dolor ACHED-CP

Nuestro XII Congreso ACHED-CP, a realizarse en conjunto con el II Congreso de la Sociedad Médica de Medicina Paliativa (SMCP), en modalidad on line entre 19, 20 y 21 de octubre, será una gran oportunidad para compartir y enriquecer nuestras experiencias y conocimientos. La coincidencia en muchos temas de interés en las dos entidades científicas, como la nuestra y la SMCP, potencia aún más nuestro propósito de llegar a más profesionales con lo más reciente en estudios e innovaciones en el manejo del dolor y cuidados paliativos.

Contaremos con 12 expositores internacionales y 25 expositores nacionales en un programa de 12 Módulos Temáticos con un total de 52 conferencias. Tendremos también 25 simposios presentados por nuestros socios cooperadores, que auspician nuestras actividades científicas anuales, como congreso, reuniones mensuales on line, sitio web y revista El Dolor en plataforma digital.

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

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

(Journal of the Chilean Association for the Study of Pain)

Política Editorial

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

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

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

La Revista consta de las siguientes secciones habituales:

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

Editing Policy and guidelines

El Dolor Journal is the official publication of Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos. It is a reference on clinical, theoretical, epidemiologic, and experimental knowledge of different pain types: acute, chronic, oncologic and nononcologic. That comes from: different medical disciplines, nursing, psychology and in general all knowledge focused on the treatment and assessment of pain. El Dolor Journal encourages (education, the spread of knowledge) and research in the field of Palliative Care. The Journal publishes original research articles (associated, or not to a project), clinical cases (case studies), bibliographical reviews, special collaborations and publication reviews. All which are chosen for publishing have been considered based on: relevance, originality, consistency and accuracy.

The editing is every months.

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

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

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

- Noticias: comprende calendarios de Cursos y Congresos, publicaciones sobre el dolor en prensa, noticias nacionales e internacionales y cualquier otro tema de interés para la Algología y los Cuidados Paliativos.
- Cartas al Director: comunicaciones breves donde pueden comentarse artículos publicados recientemente en la Revista o temas de actualidad. El Comité Editorial se reserva el derecho a rechazar o aceptar la publicación de éstas.

Instrucciones a los Autores

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

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

Formato

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

Título y Autores

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

Resumen y Palabras Clave

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

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

- News: This section includes calendar of courses and congresses, press publications on pain, local and international news and topics of interest for Algology and Palliative Care.
- Letters to the Editor: Current topics, or short comments on articles published recently in the Journal. The Editorial Board reserves the right to reject, or accept their publication.

Instructions To Authors

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

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

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

Format

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

Title and Authors

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

Abstract and Key Words

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

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

Introducción

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

Material y Método

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

Resultados

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

Discusión

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

Introduction

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

Material and Method

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

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

Results

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

Discussion

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

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

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

Agradecimientos

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

Referencias Bibliográficas

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

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

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

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

Correspondencia

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

Tablas y Figuras

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

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

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

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

Acknowledgements

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

Bibliographic References

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

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

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

Correspondence

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

Tables and Figures

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

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

Flexive®



ALIVIO DE LA HINCHAZÓN Y EL DOLOR

- Para el tratamiento tópico del dolor.
- Acción antiinflamatoria y analgésica.



El Folleto al Profesional de la Salud

Leer cuidadosamente el folleto interno antes de la administración de este medicamento. Flexive es una crema de color beige claro con olor suave y característico, antes de usar observe el aspecto de este medicamento. Mantener fuera del alcance de los niños. Almacenar a temperatura ambiente. Guardar siempre en su envase original. No utilizar después de la fecha de vencimiento indicada. Reg. ISP N° N-564/20. Mayor información www.ispch.cl. MAT-CL-KYTTA-21-000005



versatis®
Parche de lidocaína al 5%

ALIVIA DONDE DUELE

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

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

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