



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° 76 | Agosto 2023 | Año 33

Editorial	Dr. Juan Pablo Miranda		8
	Dr. Norberto Bilbeny	In memoriam: Profesor Carlos Paeile Jacquier (1931 – 2023)	10
Originales	Dra. Rocío Seguel Betancur	¿Qué nos ofrece la comunidad para el tratamiento de la Fibromialgia? Reporte de una experiencia en la Región Metropolitana de Santiago.	12
	Ps. Alejandra Rodríguez Alvarado	Sesgos cognitivos en el dolor crónico no oncológico.	16
	Dra. Tatiana Schuler Sepúlveda	Actualización en analgesia preventiva y analgesia multimodal.	24
Casos Clínicos	Dr. José Allende	Cuidados paliativos prolongados, a propósito de un caso	30
Revista de Revistas	Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo		34
Noticias/Agenda			36
Normas de Publicación			38



» 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 periodo de tiempo prolongado. Contraindicaciones. PALEXIS RETARD está contraindicado.- en pacientes con hipersensibilidad conocida a la sustancia activa, tapentadol, o a cualquier componente del producto.- en situaciones en las que los fármacos con actividad agonista del receptor mu-opioide estén contraindicados, es decir pacientes con depresión respiratoria significativa (en escenarios en donde no haya monitoreo o con ausencia de equipo de resucitación) y pacientes con asma bronquial aguda o severa o hipercapnia.- en cualquier paciente que padezca o se 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 tomado 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, vaciación urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de las mamas. Poco común: Distinción 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 monohidratada, talco, macrogol 6000, propilenglicol, dióxido de titanio (E171). Palexis retard 100 mg: hipromelosa, celulosa microcristalina silicificada, estearato de magnesio, lactosa monohidratada, 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 informe@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		8
	Dr. Norberto Bilbeny	In memoriam: Profesor Carlos Paeile Jacquier (1931 – 2023)	10
Originales	Dra. Rocío Seguel Betancur	¿Qué nos ofrece la comunidad para el tratamiento de la Fibromialgia? Reporte de una experiencia en la Región Metropolitana de Santiago.	12
	Ps. Alejandra Rodríguez Alvarado	Sesgos cognitivos en el dolor crónico no oncológico.	16
	Dra. Tatiana Schuler Sepúlveda	Actualización en analgesia preventiva y analgesia multimodal.	24
Casos Clínicos	Dr. José Allende	Cuidados paliativos prolongados, a propósito de un caso	30
Revista de Revistas	Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo		34
Noticias/Agenda			36
Normas de Publicación			38



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

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

Cavada Chacón, Gabriel
MSc Bioestadística, PhD Econometría

Rabah Heresi, Edward
Médico Cirujano, Anestesiología

Contreras Domínguez, Víctor
Médico Cirujano, Anestesiología

Rico Pazos, María Antonieta
Médico Cirujano, Anestesiología

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

Ritter Arcos, Paola
Médico Cirujano, Medicina Física y Rehabilitación

Cura Capurro, María Alejandra
Enfermera Universitaria

Sánchez Krause, Patricia
Médico Cirujano, Anestesiología

Fernández Rebolledo, Rodrigo
Médico Cirujano, Anestesiología

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 2023-2024

Presidente

Dr. Carlos Aguayo Zamora

Vicepresidente

Dra. Delia Ruiz Rodríguez

Secretaria

Dra. María Lorena Oyanadel Maldonado

Tesorero

Dr. Fernando Hormazábal Navarrete

Directores

QF Matías Ramírez Allendes

Dr. David Soto Betancourt

Psi. Alejandra Rodríguez Alvarado

Past President

Dr. César Cárcamo Quezada



Revista El Dolor

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

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

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

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

Representante Legal y Editor Responsable
Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

Editor Responsable

Dr. Juan Pablo Miranda Olivares

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

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

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

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



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

Revista El Dolor

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

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

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

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

"El Profesor Dr. Carlos Paele Jacquier falleció, repentina e inesperadamente, el 15 de noviembre de 2022", así comienza la reseña escrita como gratitud y homenaje por el Dr. Norberto Bilbeny, uno de sus muchos discípulos, en esta edición de nuestra revista científica.

Es una reseña merecida y necesaria. El Dr. Paele, hombre multifacético, científico y pintor, creativo y apasionado por lo que hacía, en el más amplio espectro fue inspirador y fundador de ACHED-CP y nuestro primer Maestro del Dolor Recordarlo nos permite ver lo que hemos recorrido como asociación científica.

Los pioneros dan los primeros pasos, imprescindibles, pero sin continuadores, el camino queda inconcluso. Nuestra sociedad nació en 1990 con 25 socios, impulsados por el Dr. Paele.

Desde entonces, las sucesivas Directivas y los socios han continuado incansablemente la tarea. Como entidad científica, hemos mantenido constantemente actividades de creación, actualización y difusión de conocimientos para los profesionales de la salud, de diversas especialidades, que manejan dolor y cuidados paliativos en los centros tanto públicos como privados. Y para ello utilizamos todos los canales de contacto y comunicación, como actividades científicas presenciales y on-line: reuniones científicas, simposios, jornadas, publicaciones y en plataformas digitales, como nuestro sitio web corporativo y revista El Dolor. Hemos puesto mucho énfasis en nuestra presencia externa, en la sociedad, en regiones y en entidades internacionales.

Con fecha 10 de febrero, fue publicada en el Diario Oficial la Ley N° 21.531, sobre Fibromialgia y Dolores Crónicos No Oncológicos, en cuya tramitación legislativa tuvimos una participación muy activa.

Desde nuestros inicios estamos integrados a FEDELAT (Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor), que este 2023 cumple 30 años de compromiso con el alivio del dolor en nuestro continente: Y también estamos asociados a IASP (International Association for the Study of Pain), que ya ha iniciado la celebración de sus 50 años para 2024, proponiendo el tema de "Trabajando Juntos por el Alivio del Dolor en Todo el Mundo".

Somos una asociación en que participan profesionales de la salud que despliegan su talento y vocación en muchos ámbitos del manejo del dolor y cuidados paliativos. Después de los años difíciles de la pandemia, ahora nos toca sin tregua seguir trabajando por la calidad de vida de los pacientes aún afectados por los daños prolongados del COVID-19 y por tantas otras patologías dolorosas cuyo alivio es nuestro afán cotidiano.

Nos alegramos por la formación de Unidades del Dolor y la generosa actitud de nuestros socios de compartir sus experiencias y conocimientos

En esta edición , publicamos artículos originales sobre la fibromialgia, como un reporte sobre las opciones de tratamientos en la región metropolitana sobre este síndrome polisintomático, como también sobre los sesgos cognitivos concomitantes al dolor no oncológico.

Agradecemos a todos nuestros socios que siguen la senda del Dr. Paiete y del Dr. Ronny Muñoz, en cuya memoria celebramos las jornadas científicas que llevan su nombre, que nos motivan a continuar fortaleciendo nuestra asociación y el servicio para los pacientes.



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



Profesor Carlos Paeile Jacquier (1931– 2022)

Bilbeny, Norberto ⁽¹⁾.

Carlos Paeile nos dejó repentinamente el 15 de noviembre de 2022. Fue una de las personas más importante en el desarrollo del estudio del dolor en Chile. Fundador de la ACHED (Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, capítulo chileno de IASP) en 1990. Cómo no recordar aquella invitación que nos hizo a un grupo de 25 profesionales que veníamos de diferentes disciplinas para fundar dicho capítulo. Sabía elegir muy bien a sus futuros discípulos y colaboradores.

Gran profesor y maestro en la investigación del dolor. No por casualidad, nuestro Directorio lo nombró después de hacer algunos cambios a los estatutos de ACHED, “Maestro del Dolor” en 2015.

Carlos nació en Santiago el 16 de Julio de 1931, hijo de padre y madre franceses. Se casó con Carmen Marambio y tuvieron dos hijos, Vicente y Verónica. Carmen fue su gran compañera por más de 62 años de matrimonio y, además, pintora muy exigente con ella misma. Falleció un mes y medio antes que él.

Como bien dijo su discípula Teresa Pelissier, en el homenaje que se le brindó al ser nombrado el primer Maestro del Dolor en Chile, donde ella compartió la reseña de Carlos con su otro discípulo, el Dr. Luis Villanueva, quienes ambos siguieron el camino del maestro, pero éste último en Francia; Carlos era una persona muy reservada, alguien a quien no le gustaban los honores, tenía la humildad de los grandes maestros.

Carlos, desde su graduación universitaria como Cirujano Dentista el 16 de mayo de 1956, siempre mostró interés por las ciencias básicas y, particularmente, la Farmacología y dentro de ésta, la Neurofarmacología del Dolor. Para esto viajó a Francia en varias oportunidades y trabajó con grandes profesores, como Paul Lechat, y en el Institut Marey con la Profesora Denise Albe-Fessard en el Laboratorio de Electrofisiología aplicado al estudio del dolor.

Con este conocimiento adquirido en centros franceses, instaló un laboratorio de Neurofisiología y Neurofarmacología del Dolor en el Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, siendo además director de dicho departamento.

Dentro de sus investigaciones propuso que el mecanismo analgésico de los AINEs no era sólo por un mecanismo antiinflamatorio periférico si no que, además, tenían un mecanismo de acción central. También realizó múltiples investigaciones con relación a opioides e inhibidores de COX-2.

Carlos tenía la idea que, al desarrollar modelos animales de dolor, los resultados podrían tener después importancia en la clínica, lo que hoy está más vigente que nunca en el concepto de la investigación traslacional.

Pero Carlos, no era sólo un Profesor de Farmacología, como Tere y Luis dijeron, era “poseedor de una personalidad multifacética y desarrollaba paralelamente un sinnúmero de actividades relacionadas con las otras múltiples pasiones que tuvo a lo largo de su vida, entre ellas la pintura, y específicamente la pintura primitiva o instintiva, realizando muchas exposiciones, incluso uno de sus cuadros forma parte de la colección del Museo de Bellas Artes”. También,

tenía mucho interés por la cultura mapuche y la Arqueología Precolombina. Personalmente conocí algunas de esas piezas. Cómo no sorprenderse con ese museo en una habitación del segundo piso de su casa. Tere nos cuenta que “él mismo realizó excavaciones y encontró piezas únicas que, en vez de guardarlas para sí, las donó al Museo Arqueológico Nacional”.

Mi contacto personal con Carlos, a quien siento como uno de mis maestros en dolor, ocurrió a fines de la década del 80, cuando eran mis inicios como anestesiólogo interesado en el dolor. Después de regresar de hacer una estadía en dolor en EE. UU, me invitó a ser uno de los fundadores de ACHED (hoy ACHED-CP) y, además, a escribir en 1990 un capítulo en la primera edición de “El Dolor: aspectos básicos y clínicos”, que lo editó en conjunto con el médico Dr. Hernán Saavedra, Farmacólogo Clínico. En 1997, Carlos me invitó a ser co-editor de la segunda edición del libro y en el 2005 de la tercera edición, pero con un cambio en su título: “El Dolor. De lo molecular a lo clínico”. Desde la primera edición con 11 capítulos y 200 páginas, hasta la tercera edición, con 47 capítulos y más de 700 páginas y un formato tipo texto de estudio en dolor, es donde yo realmente conocí al maestro, su rigurosidad, la exigencia de un trabajo bien hecho y su amplia experiencia en publicaciones.

De esta experiencia de trabajo con él y darme cuenta de que era un investigador con muchas inquietudes científicas, me atreví a proponerle que me ayudara a realizar un proyecto de investigación que estaba desarrollando fuera del ámbito de dolor. Carlos nunca lo dudó y siempre me apoyó. Sin su apreciable ayuda y la de su equipo de investigadores, no hubiésemos podido avanzar en esos estudios.

Pero al igual que todos sus otros discípulos aprendí junto a él, de arte, de culturas, de antigüedades, de historia, de la vida misma que sólo aquél que trasciende logra transmitir.

Aún recuerdo cómo me enseñó a mirar y admirar una obra de arte. Es aquella que expresa y mueve tus propios sentimientos. Ahí entendí su pintura ingenua, instintiva.

Carlos marcó y motivó a varias generaciones que dieron frutos en el desarrollo del estudio de dolor, tanto en la investigación básica, en la clínica, como a nivel institucional dentro y fuera del país.

Carlos amaba a los perros y tuvo diferentes razas, entre ellos dos hermosos pastores alemanes, perros que siempre me han fascinado. En términos perrunos podemos decir que Carlos sacó una gran camada para desarrollar el dolor en Chile.

Adiós Carlos. Adiós Maestro. Nos dejaste una huella indeleble.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 05 de enero de 2023 aceptado sin corrección para publicación el 04 de mayo 2023

Correspondencia a:
Dr. Norberto Bilbeny
Past President ACHED-CP
E-mail: norbertobilbeny@gmail.com

(1) Past President Ached-CP



BRUGESIC®

Buprenorfina Parches

Unidos por una mejor calidad de vida



5 mcg/h 10 mcg/h



✓ **Tratamiento del Dolor no oncológico de intensidad moderada o severa, cuando se requiere la administración de un opiode.**



35 mcg/h



✓ **Tratamiento del Dolor oncológico moderado a severo y Dolor severo que no responda a analgésicos no opioides.**

REFERENCIAS:

Registro ISP F-24733/19 BRUGESIC® SISTEMA TERAPÉUTICO TRANSDÉRMICO 35 mcg/h (BUPRENORFINA).

Registro ISP F-24731/19 BRUGESIC® SISTEMA TERAPÉUTICO TRANSDÉRMICO 5 mcg/h (BUPRENORFINA).

Registro ISP F-24732/19 BRUGESIC® SISTEMA TERAPÉUTICO TRANSDÉRMICO 10 mcg/h (BUPRENORFINA).

*Bioequivalente en Alemania bajo regulación europea.

Registro sanitario Alemania N° 93481.00.00, N° 95462.00.00 y N° 95463.00.00.

¡Infórmese!



Si requiere complementar la información de seguridad vaya a <https://bit.ly/36c9VM2>

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

¡Síguenos!

/laboratoriochile_teva

/laboratoriochileteva

¡Visítanos!

nodomed.cl



¿Qué nos ofrece la comunidad para el tratamiento de la Fibromialgia? Reporte de una experiencia en la Región Metropolitana de Santiago.

What the community has to offer for the fibromyalgia treatment?

A report of an experience in the metropolitan region of Santiago.

Seguel, Rocío ⁽¹⁾, Martínez, Camila ⁽²⁾, Valenzuela, Vania ^(2,3), Céspedes, Patricio ⁽³⁾

Resumen

La fibromialgia es un síndrome polisintomático caracterizado por dolor crónico generalizado no articular e idiopático, cuya terapia, tanto farmacológica como no farmacológica, debe ser individualizada a cada paciente e involucrar equipos multidisciplinarios de trabajo.

Objetivo del Estudio: Realizar una base de datos para agrupar los recursos comunitarios disponibles para llevar a cabo las terapias no farmacológicas con evidencia en el tratamiento del dolor crónico no oncológico en las comunas de San Joaquín, Macul, Puente Alto, La Florida, La Pintana y San Miguel, Región Metropolitana, Chile.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda en internet mediante palabras clave de recursos comunitarios dentro de las comunas antes mencionadas que cumplieran criterios de evidencia en el tratamiento de fibromialgia, además de contactar a servicios municipales y fundaciones orientadas al manejo del dolor no oncológico en la Región Metropolitana, para la confección de una base de datos y un mapa interactivo de fácil acceso y uso con los recursos encontrados.

Resultados: Nuestra búsqueda arrojó un total de 78 recursos comunitarios, tanto públicos como privados, que ofrecen alternativas de tratamiento no farmacológico para el manejo del dolor crónico no oncológico y fibromialgia en las cinco comunas descritas.

Conclusiones: La fibromialgia es un síndrome polisintomático de difícil manejo frecuente en nuestro país, que incluye como parte de su tratamiento integral diversas medidas no farmacológicas con evidencia reciente, que gracias a la confección de las herramientas creadas para este estudio se espera facilitar el acceso a los recursos disponibles en una zona determinada del Gran Santiago, tanto a los pacientes que padecen estas dolencias como a los profesionales de la salud que indican este tipo de terapias.

Palabras claves: Fibromialgia, Dolor Crónico, Rehabilitación.

Abstract

Fibromyalgia is a polysymptomatic syndrome characterized by chronic generalized non-articular and idiopathic pain, whose pharmacological and non-pharmacological therapy must be individualized for each patient and involve multidisciplinary work teams.

Objective of the study: To create a database to group the community resources available to carry out non-pharmacological therapies with evidence in the treatment of chronic non-cancer pain in the communes of San Joaquín, Macul, Puente Alto, La Florida, La Pintana and San Miguel, from Metropolitan Region, Chile.

Materials and Methods: An internet search was carried out using keywords of community resources within the aforementioned communes that met evidence criteria in the treatment of fibromyalgia, in addition to contacting municipal services and foundations oriented to non-oncological pain management in the Metropolitan Region, for the preparation of a database and an interactive map of easy access and use with the resources found.

Results: Our search yielded a total of 78 community resources, both public and private, that offer non-pharmacological treatment alternatives for the management of chronic non-cancer pain and fibromyalgia in the five districts described.

Conclusions: Fibromyalgia is a polysymptomatic syndrome of difficult management, common in our country, which includes as part of its comprehensive treatment various non-pharmacological measures with recent evidence, which, thanks to the preparation of the tools created for this study, is expected to facilitate access to resources available in a given area of Santiago de Chile, both to patients suffering from these ailments and to health professionals who indicate this type of therapy.

Key Words: Fibromyalgia, Chronic Pain, Rehabilitation.

(1) Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Médico Familiar mención niño, CESFAM Juan Pablo II de La Pintana, Red Ancora UC.

(3) Instructor adjunto, Departamento Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

La fibromialgia (FM) es un síndrome polisintomático caracterizado principalmente por dolor musculoesquelético crónico generalizado no articular asociado a hiperalgesia en múltiples áreas corporales, acompañado de síntomas asociados como fatiga, cefalea, con una alta carga de sintomatología de salud mental, como trastornos del sueño, problemas anímicos y cognitivos, siendo la segunda patología reumatológica más común después de la artritis reumatoidea (1). Se estima que el 2-5% de la población mundial lo padece y que en Chile la prevalencia es cercana al 1-2%. (2,3,4). Este síndrome corresponde al grupo de patologías conocidas como “Dolor Crónico”, el cual se define como persistencia de dolor por un periodo mayor a 3 meses (5). Se ha visto que el dolor crónico no oncológico afecta considerablemente a las personas que lo padecen en tres dimensiones de la calidad de vida: física, emocional y social. (6). Esto se asocia además a los costos del tratamiento, que afectan negativamente a la paciente dada las limitaciones del sistema público que no contaría ni con los medios técnicos ni las atenciones de profesional necesarias para un abordaje integral. (7). En dicho contexto, en septiembre 2022 el Senado chileno aprobó el proyecto de Ley de Fibromialgia y el Dolor Crónico No Oncológico, con el fin de mejorar el acceso a la atención de salud de estos pacientes, lo que incluye un diagnóstico oportuno, acceso a tratamientos terapias físicas y psicológicas, rehabilitación, medicinas complementarias y ayudas técnicas de manera oportuna y eficaz (8).

La terapia, tanto farmacológica como no farmacológica de estas personas, debe ser individualizada, centrada en el automanejo, e involucrar a un equipo multidisciplinario. El manejo no farmacológico incluye: ejercicios aeróbicos y fortalecimiento muscular (9,10,11), psicoterapia y terapia cognitiva conductual (12,13,14,15), terapia multicomponente y podría considerar una serie de terapias integrativas como: acupuntura, hidroterapia, terapias de movimiento meditativo como yoga y taichi (2). Además, dado el componente social del impacto de esta enfermedad, se ha visto que un elemento central en la recuperación incluye la ocupación colectiva a la participación en agrupaciones, para una vivencia menos individual del dolor (6).

Las guías nacionales e internacionales recomiendan que el manejo de la FM debe partir en atención primaria, necesitando contar con el recurso comunitario activado, las cuales incluyen la promoción de estilos de vida saludables y prevención, basados en los recursos activos que tanto las personas como las comunidades disponen para su tratamiento y rehabilitación (5). Esto además corresponde dentro del estándar de cuidados, es decir, conocer la comunidad de los pacientes y entablar bases terapéuticas en dichas redes comunitarias. A pesar de la clara necesidad de incluir a la comunidad en el tratamiento de la fibromialgia, los recursos comunitarios no siempre se encuentran identificados. En el caso del Centro del Dolor de la Red de Salud UC CHRISTUS, no se dispone de un repositorio actualizado de las redes comunitarias de apoyo para estos pacientes, lo cual limita las posibilidades de rehabilitación. Esta situación es especialmente complicada para centros privados de atención de salud, ya que sus usuarios pueden provenir de diversas zonas geográficas y la vinculación con

los recursos de salud comunitarios es parcial. Esto genera una brecha en el tratamiento de las personas con fibromialgia, al desconocer alternativas terapéuticas, como el apoyo psicológico, acondicionamiento físico, terapias integrativas complementarias, y grupos de apoyo que pudiesen estar disponibles para los usuarios a quienes se atiende.

Se solicitó realizar una base de datos que agrupe los recursos comunitarios disponibles para las terapias no farmacológicas de actividad física e integrativas en el manejo del dolor crónico no oncológico en las comunas de San Joaquín, Macul, Puente Alto, La Florida y San Miguel, Región Metropolitana, Chile. El objetivo de este estudio es relatar la experiencia de diseño e implementación de esta intervención, con el fin de compartir lo realizado y abrir la discusión en torno a esta necesidad, especialmente en contexto de los cambios y posibles nuevas perspectivas terapéuticas que podría proponer la nueva ley de fibromialgia / dolor crónico.

Material y Método

Se realizó una búsqueda exhaustiva de recursos comunitarios disponibles en internet, mediante el uso de las palabras claves (ejercicios aeróbicos, fortalecimiento muscular, terapia multicomponente, acupuntura, hidroterapia, yoga y taichi) en el buscador de Google, para las comunas de San Joaquín, Macul, Puente Alto, La Florida, La Pintana y San Miguel, Región Metropolitana, Chile, además de contactar a servicios municipales y fundaciones dedicadas a dolor no oncológico de las mismas comunas. De dicha búsqueda se encontraron 75 centros que ofrecen tratamiento no farmacológico para el dolor no oncológico, 58 contactos de servicios municipales y 23 contactos a fundaciones orientadas al manejo del dolor crónico según las palabras claves ya mencionadas (véase Anexo 1) Se contactó mediante correo electrónico con todos los centros municipales y fundaciones, y 47 de los 75 centros encontrados en internet, al ser aquellos que contaban con un correo electrónico disponible para contacto, enviando un formulario digital diseñado por nuestro equipo para recopilar información relevante para la identificación y posterior difusión de los centros.

Dicho formulario contenía los ítems: Nombre de agrupación, Tipo de servicio: Gimnasio, grupo o centro deportivo, Centro de terapia integral (que incluya actividad física + otro tipo de servicio), Centro de rehabilitación física, Centro de terapia complementaria (acupuntura, hidroterapia, yoga, taichi, otros), Centro de psicoterapia u otro, Tipo de servicio que ofrece: Ejercicio aeróbico y/o fortalecimiento muscular, Ejercicio cardiovascular, Terapia multicomponente, Acupuntura, Hidroterapia, Yoga, Taichi u otra terapia integrativa, Comuna: San Joaquín, Macul, Puente Alto, La Florida, San Miguel, Dirección (calle, número), Correo electrónico, Número de contacto, Página web, Redes Sociales, Objetivo y funciones de su centro, Consultas, comentarios, sugerencias.

En base a las respuestas obtenidas en el formulario hasta la fecha 01/09/2022 y la información disponible en internet y redes sociales de los centros, municipalidades y agrupaciones, conformamos una base de datos alojada en la nube, con 78 centros en las cinco comunas mencionadas.

Resultados

Se logró recopilar 78 centros que ofrecen terapia no farmacológica para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, según los criterios mencionados en la evidencia (2). Con dicha información se generó una base de datos, con la cual creamos un mapa interactivo (<https://n9.cl/mapaterapiasfibromialgia>) compatible con las aplicaciones de Google Maps y Google Chrome para facilitar el acceso tanto a pacientes como trabajadores de la salud a la información recopilada (Detalles en Anexo 1).

Anexo 1

Tabla 1: Centros de rehabilitación, servicios municipales y fundaciones recopiladas.

	Encontrados	Contactados por mail	Número de respuestas vía Google forms
Centros que ofrecen tratamiento no farmacológico	75	47	4
Servicios municipales	58	58	4
Fundaciones	23	23	2

En base a esta información creamos un mapa interactivo mediante la plataforma Google My Maps (R), para ubicar espacialmente cada centro y facilitar el acceso a las terapias, tanto para pacientes como para personal de la salud de atención primaria. Dicho mapa es compatible con las aplicaciones de Google Maps y Google Chrome, y posee ayudas visuales como codificación con iconos y color para una mejor identificación visual del tipo de centro: Verde: Gimnasio, grupo o centro deportivo, Morado: Centro de terapia complementaria (acupuntura, hidroterapia, yoga, taichi, otros), Naranja: Centro de rehabilitación física, Fucsia: Centro de terapia integral (que incluya actividad física + otro tipo de servicio).

Discusión

El dolor crónico no oncológico, entre ellos la fibromialgia, es una condición frecuente en población chilena, alcanzando a cerca del 2% de la población (3,4). Las terapias no farmacológicas son fundamentales para un adecuado tratamiento, que debe ser multidisciplinario (5,16). Esta intervención logró recopilar información disponible en internet y en las municipalidades sobre los centros que contarían con estas terapias, para facilitar el acceso a la información y con ello se espera que el equipo de dolor crónico UC CHRISTUS del Centro Médico San Joaquín pueda disponer de una herramienta práctica, de fácil uso y al alcance de los usuarios que permita favorecer la adherencia a un tratamiento integral.

Creemos que el formato de mapa interactivo puede acercar esta información a los usuarios al estar ampliamente disponible, sin la necesidad de utilizar una plataforma privada para su despliegue, puesto que los recursos de Google son públicos

y gratuitos. Esto facilita la llegada al público general, con el beneficio de contar con toda la información necesaria al alcance de la mano en los dispositivos electrónicos portátiles (celulares, tablets, computadores portátiles, etc.). Considerando que las personas que padecen de fibromialgia se encuentran en un espectro amplio de rangos etarios y nivel de literacidad digital, un requisito para el uso de esta herramienta será identificar adecuadamente quiénes podrían beneficiarse de este recurso. Este proyecto podría ser la primera fase de una tarea para desarrollar una plataforma web (ya fuese aplicación digital o página web o red social) que uniera esta información con los pacientes.

Por otra parte, hacemos hincapié en el rol social y comunitario del equipo de salud, que debe conocer el entorno físico y social en el que está inserto, saliendo de las instituciones de salud para conocer los recursos extrahospitalarios disponibles, poder brindar un manejo integral de sus pacientes. Esto es más frecuente de observar en los centros de salud familiar, quienes con mayor frecuencia tienen un contacto cercano y conocimiento de los recursos comunitarios de las poblaciones a quienes sirven. En el caso del sector de salud privado, es posible considerar que estos deberán hacer un esfuerzo extraordinario para estar a la altura de las necesidades de las personas que sufren fibromialgia / dolor crónico. El incluir a la comunidad dentro del plan de tratamiento y rehabilitación de estos pacientes corresponde a un estándar de cuidado y una meta a la cual aspirar para equipos de salud que deseen otorgar un tratamiento integral y de primer nivel para personas que sufren dolor crónico.

Hay que añadir que recursos como este que se entregan al paciente también son herramientas que fomentan el automanejo, al otorgar en el paciente la responsabilidad y autonomía de decidir dónde se quiere tratar, según las recomendaciones entregadas, saliendo del patrón del modelo paternalista tradicional de la medicina.

Esta intervención arrojó un total de 78 centros que cumplieran los criterios de tratamiento mencionados en la literatura, lo cual es más de lo que esperábamos encontrar, parcialmente en base a las creencias de este equipo investigador y de la impresión informal de los usuarios, quienes en ocasiones refieren dificultades para encontrar centros de terapias. Lo complejo de nuestra recopilación de información fue que el recurso disponible en internet es poco específico, no todos los centros cuentan con los datos de contacto actualizados, y de todos los correos de contacto para envío del formulario, que diseñamos obtuvimos sólo 8 respuestas de los 128 correos que enviamos a la fecha de entrega de este informe, completando el resto de la información faltante con lo disponible en línea. Además, desconocemos si los centros recopilados, fuera de la información entregada en línea, poseen el enfoque adecuado para pacientes con dolor crónico o para todo tipo de público que busca acceder a terapias complementarias, y no conocemos de primera fuente la calidad de la atención entregada en cada uno.

En una futura instancia será deseable incluir información que pudiéramos recopilar desde sitios web de los centros terapéuticos que pudiesen estar más completos, redes sociales de mayor alcance, un mejor acercamiento a los

centros de salud para fomentar una mayor tasa de respuestas de nuestro formulario, reinterrogar a los contactos que ya conseguimos y contactar a personal de la salud dedicado a la atención primaria relacionado con el manejo del dolor crónico en la Región Metropolitana, para afinar la base de datos realizada. Uno de los mayores desafíos de este equipo, para sacar el mejor provecho a esta herramienta, es conocer y trabajar en conjunto con los centros ya compilados, para brindar mayor certeza de los servicios que se ofrecen a los pacientes.

Conclusión

Se relata la experiencia del diseño de una intervención con mínimo uso de recursos, que ha generado un material útil y de fácil uso para simplificar el acceso a información de terapias complementarias necesarias como parte del tratamiento de los pacientes con dolor crónico no oncológico. Se reconoce como una limitante la búsqueda online acotada y la baja respuesta de los centros contactados; Faltan datos para poder decir que se cuenta con todos los centros disponibles, lo que condiciona la base de datos a la información recopilada en base a los medios antes mencionados. Esta experiencia es un ejemplo de cómo es posible ampliar las estrategias para el tratamiento integral y favoreciendo el automanejo de los pacientes. Así mismo es un llamado a abrir avanzar y fomentar la discusión en relación con estrategias que permitan conocer y dar el mejor uso a los recursos disponibles, integrando el equipo de salud a la comunidad.

Agradecimientos: Agradecemos al CESFAM Juan Pablo II de La Pintana, perteneciente a la Red Ancora UC, por el apoyo en la realización de este trabajo. Además, a los centros de salud y fundaciones que respondieron aportando con la creación de la base de datos presentada en este artículo.

Referencias Bibliográficas

1. Heidari, F., Afshari, M., & Moosazadeh, M. (2017). Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology International*, 37(9), 1527–1539. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3725-2>
2. Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., Choy, E., Kosek, E., Amris, K., Branco, J., Dincer, F., Leino-Arjas, P., Longley, K., McCarthy, G. M., Makri, S., Perrot, S., (17) Sarzi-Puttini, P., Taylor, A., & Jones, G. T. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 318–328. DOI: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-209724>
3. Lampert Grassi, M.P. (2019, junio). Fibromialgia: definición, etiología y programas de salud. Chile, España y Uruguay. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile / BCN. Recuperado el 28 de octubre de 2020 de https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27365/1/BCN_Fibromialgia_Chile_Espana_Uruguay_FINAL.pdf
4. Collado, A. y Conesa, A. (2009). Tratamiento farmacológico de la fibromialgia: hacia la neuromodulación química. *Reumatología Clínica*, 5(2), 27–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2009.04.00>
5. Minsal. Orientación Técnica. Manejo del dolor crónico no oncológico en personas de 15 y más años, en atención primaria. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de rehabilitación y discapacidad. 2021. [Internet]. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.ached.cl/noticias/noticia_detalle.php?id=519

6. Espinoza, D., Poblete, E., & Torres, D. (2019). Análisis de experiencias de dolor crónico no oncológico y ocupaciones colectivas (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello). <https://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/15595>
7. Cornejo, C. B. (2021). Relacionándose al dolor de otros: La experiencia de quienes se vinculan a pacientes con fibromialgia en la ciudad de Santiago de Chile. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 3(37), 13–23.
8. Cámara de Diputadas y Diputados de Chile. Boletín 14746-11 "Crea la ley de fibromialgia". Sesión n°111 fecha 12 de diciembre 2021
9. Bidonde, J., Busch, A. J., Schachter, C. L., Overend, T. J., Kim, S. Y., Góes, S. M., Boden, C., & Foulds, H. J. (2017). Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD012700. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012700>
10. Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD011279.
11. Ericsson, A., Palstam, A., Larsson, A., Löfgren, M., Bileviciute-Ljungar, I., Bjersing, J., Gerdle, B., Kosek, E., & Mannerkorpi, K. (2016). Resistance exercise improves physical fatigue in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Arthritis research & therapy*, 18, 176. <https://doi.org/10.1186/s13075-016-1073-3>
12. Luciano, J. V., Martínez, N., Peñarubia-María, M. T., Fernández-Vergel, R., García-Campayo, J., Verduras, C., Blanco, M. E., Jiménez, M., Ruiz, J. M., López del Hoyo, Y., Serrano-Blanco, A., & FibroQoL Study Group (2011). Effectiveness of a psychoeducational treatment program implemented in general practice for fibromyalgia patients: a randomized controlled trial. *The Clinical journal of pain*, 27(5), 383–391. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31820b131c>
13. Friesen, L. N., Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Alberts, N. M., Titov, N., & Dear, B. F. (2017). Examination of an Internet-Delivered Cognitive Behavioural Pain Management Course for Adults with Fibromyalgia: A Randomized Controlled Trial. *Pain*, 158(4), 593–604. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000802>
14. Bennett, R., & Nelson, D. (2006). Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nature clinical practice. Rheumatology*, 2(8), 416–424. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0245>
15. Bernardy K, Füber N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*. 2010 Oct;37(10):1991–2005.
16. Maffei M. E. (2020). Fibromyalgia: Recent Advances in Diagnosis, Classification, Pharmacotherapy and Alternative Remedies. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(21), 7877. <https://doi.org/10.3390/ijms21217877>

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 01 de noviembre 2022 aceptado sin corrección para publicación el 21 de noviembre 2022

Correspondencia a:
Dr. Patricio Céspedes
Edificio Académico de la E. de Medicina U.C.
Diagonal Paraguay 362 Santiago, R.M. Chile
E-mail: pcespedes@uc.cl

Sesgos cognitivos en el dolor crónico no oncológico. Cognitive biases in chronic non-Cancer pain.

Rodríguez Alvarado, Alejandra ⁽¹⁾

Resumen

Los sesgos cognitivos son un constructo que acuñaron Kahneman & Tveysky (1972) en su Enfoque de Sesgos dentro de la Psicología Cognitiva. Estos son atajos intelectuales que realizan siempre las personas, desde un razonamiento probabilístico intuitivo. El presente trabajo es una primera aproximación que intenta aplicar y describir algunos sesgos cognitivos en el complejo mundo de las representaciones mentales en la experiencia dolorosa, como la ilusión de control; del presente; la confirmación; representatividad; disponibilidad, entre otros. Los sesgos en dolor nos permiten comprender el procesamiento de información frente al dolor y utilizar estrategias comunicacionales más efectivas para su abordaje.

Palabras claves: comunicación, dolor crónico, pensamiento, sesgos cognitivos

Abstract

Cognitive biases are a construct coined by Kahneman & Tveysky (1972) in their Approach to Biases in Cognitive Psychology. These are intellectual shortcuts that people always carry out, from an intuitive probabilistic reasoning. An attempt is made to apply and describe some cognitive biases in the complex world of mental representations in the painful experience, like the illusion of control; of the present; the confirmation; representativeness; availability among others. Biases in pain allow us to understand the processing of information in the face of pain and use more effective communication strategies to address it.

Keywords: communication, cronic pain, cognitive biases, thought

(1) Psicóloga, Doctoranda en Psicología, Magíster en Psicología Clínica, Magíster en Docencia Universitaria, Directora Centro del Dolor CHILE, miembro directorio ACHED-CP

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en su última revisión del 2020 sobre el concepto del dolor, volvió a ratificar que el dolor es una experiencia personal en donde participan múltiples factores, entre ellos los psicológicos como cognitivos, afectivos, conductuales y de personalidad (Raja et al., 2020). Todos los estudios enfatizan que los factores cognitivos son centrales en la modulación de dicha experiencia, es decir, influyen en la intensidad, cronificación y evolución del dolor.

En Chile, como en el mundo, el dolor es un problema de Salud que presenta costos sanitarios (depresión, ansiedad, insomnio, entre otros) como no sanitarios (ausentismo laboral, licencias, entre otros) (Espinoza et al., 2017). Las personas con dolor crónico necesitan resolver este problema ya que merma su calidad de vida y produce discapacidad. Es un problema serio que se ubica en lo prioritario para el que lo padece e invisible para el resto.

La psicología cognitiva ha mostrado en esta área una contundente evidencia. El supuesto central de este enfoque es que la conducta humana no puede entenderse ni explicarse científicamente sin apelar a constructos mentales con capacidad causal sobre la misma. Continúa siendo su objetivo último el tratar de explicar la conducta, sin embargo, la conducta en sí misma deja de ser objeto de investigación y pasa a ser considerada simplemente una respuesta de las estructuras, representaciones mentales y los procesos que operan sobre ellas (Méndez Paz, 2010 en Fernández-Rey et al., 2010).

De Vega (1998) plantea que “si asumimos una noción amplia de psicología cognitiva, el estudio de las funciones de la memoria, la atención, el lenguaje o el pensamiento, serán temas centrales de la ciencia, independientemente del paradigma dominante. Este tipo de cuestiones tienen un interés intrínseco y no son simples puzzles académicos del momento” (p.24).

Un proceso fundamental con fuerte evidencia en la experiencia del dolor es el pensamiento. Ellis (1962), definió catastrofización como un constructo complejo, trifactorial, en donde la persona magnifica pensamientos automáticos negativos (PANS), presenta rumiaciones cognitivas, es decir, los repite sin intención ni control y cae en un estado emocional que se denomina desesperanza o indefensión. En el Modelo Miedo-Ansiedad-Evitación del dolor de Vlaeyen & Linton (2000; 2004), se describe a la catastrofización como el factor central y de inicio del circuito de la cronificación en el dolor (Vlaeyen et al., 2016).

Razonamiento probabilístico

El pensamiento es definido como una actividad mental no rutinaria, con esfuerzo, en la que se busca una meta u objetivo, aunque exista incertidumbre, es un proceso que abarca diversos razonamientos y la toma de decisiones para resolver problemas (De Vega, 1984). Un tipo de razonamiento es el probabilístico. Para Piaget (1920 a 1980), este razonamiento forma parte de los ocho esquemas formales que aparecen en

la adolescencia y consiste en hacer un cálculo mental sobre las probabilidades de que vaya a ocurrir o hayan ocurrido uno o varios hechos. Es una evaluación que se realiza frente a problemas abiertos y, por lo tanto, no muy bien delimitados, en donde la información varía temporalmente. Por este motivo, no se puede estar seguro de que las predicciones realizadas se vayan a cumplir, que la decisión sea la correcta o que no haya otras causas posibles que estén produciendo el efecto que se desea. Obviamente, todo lo anterior genera incertidumbre y falta de control (Pérez & Bautista, 2008 en Carretero & Asensio, 2008).

Los procesos de pensamiento probabilístico estarían determinados por la necesidad de adaptarnos a un mundo dinámico, en el que la información se modifica continuamente y que no podemos conocer en su totalidad. Surge frente a este mundo probable, por este dinamismo propio de este siglo, de estas realidades cambiantes, de esta modernidad líquida, como lo plantea Bauman (2013).

Afirma Tejada (2005), “fuimos formados en concepciones estáticas, basadas en el equilibrio, la estabilidad, la perpetuidad...construimos entonces la creencia de un mundo estable, llevándonos al desarrollo de comportamientos relacionados con esas creencias...hoy existen retos y desafíos que implican nuevas miradas de la actuación humana, nos vemos abocados a cambios tan dramáticos que implican el desequilibrio, la irregularidad, la inestabilidad y la incertidumbre” (Tejada, 2005, p.118).

Pérez & Bautista (2008), afirman que “este conocimiento de la variabilidad del mundo debe utilizarse para reducir la incertidumbre” (Pérez & Bautista, 2008 en Carretero, 2008, p.179).

Enfatizan “azar y probabilidad, son un resultado de la relación entre lo posible y lo real, por lo cual, realizar un cálculo de probabilidades es precisamente convertir esta relación entre lo real (aquello que puedo controlar, de lo que tengo un alto grado de certidumbre) y lo posible (aquello que no puedo controlar que es incierto y variable) en un cálculo matemático o en un razonamiento lógico” (Pérez & Bautista, 2008 en Carretero, 2008, p.182).

El dolor es una experiencia cambiante, es una realidad que desafía al que la padece y al profesional de la salud que la aborda por su dificultad de predecir su curso. Desde el paciente, la meta es aceptar esa realidad dolorosa, no para resignarse frente a ella como una derrota, sino para generar las medidas necesarias, percibiendo que es capaz de manejarla y así propiciar un cambio. Aceptar la variabilidad es comenzar a manejar la incertidumbre que genera ansiedad; es el primer paso para poder actuar, cambiar. Desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1987), los individuos poseen un auto-sistema que les permite medir el control sobre sus pensamientos, sentimientos, motivación y acciones. Dentro de su teoría, plantea el Modelo de causación triádica recíproca, que está compuesto por tres elementos: la conducta; los factores personales, que incluyen eventos cognitivos, afectivos y biológicos, y, finalmente, factores medioambientales (Tejada, 2005). Otro concepto central es

la autoeficacia que implica un grupo diferenciado de creencias enlazadas en distintos dominios de funcionamiento como la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación, los afectos y respuestas fisiológicas. Afecta, también la conducta en relación con la elección de la respuesta como al esfuerzo a realizar en una actividad (Tejada, 2005).

Bandura (1987) precisa que la autoeficacia es un constructo específico, por lo cual debe observarse y medirse en contextos particulares. De esta manera, en el dolor la autoeficacia sería la percepción que tiene la persona sobre su capacidad de manejarlo, por lo cual, una autoeficacia baja en el dolor, se considera un factor de riesgo, porque llevará a perpetuar el circuito vicioso de un pensamiento catastrófico, el consecuente miedo, la respuesta de evitación y la cronificación.

Intuición

Fichsbein (1987) menciona que al hablar de probabilidad debemos referirnos a “intuiciones primarias y secundarias”. Las intuiciones primarias están ligadas a la acción, se pueden entender como programas de acción motores o simbólicos que surgen a partir de la experiencia física y social con el mundo. Y poseen las siguientes características: inmediatez, globalidad, capacidad extrapolatoria, estructurabilidad y auto-evidencia (Fichsbein, 1987; Zamora & Sanz, 2014).

La inmediatez significa que las intuiciones no son reflexivas, sino que surgen con frecuencia en forma espontánea. Como nuestra conducta es probabilística por naturaleza, se desarrollaría esta intuición primaria probabilística. El carácter global se opone al analítico o descomposición en partes. Las intuiciones van más allá de un caso particular, sirven para extrapolar o hacer predicciones. Parecen autoevidentes para el sujeto, quien no necesita demostración. Las intuiciones se relacionan entre sí, formando estructuras de razonamiento (Zamora & Sanz, 2014). Hogarth (2001) coincide con Fischbein en que el origen de nuestro razonamiento probabilístico tiene un carácter intuitivo. Para este autor, una respuesta intuitiva es aquella que se obtiene sin esfuerzo ni deliberación y habitualmente sin conciencia; son el resultado del aprendizaje de la experiencia, que también se produce automáticamente (Hogarth, 2001; Zamora & Sanz, 2014; Pérez & Bautista, 2008 en Carretero, 2008).

La mayor parte de los juicios y de las elecciones se efectúan intuitivamente. El juicio intuitivo se ubica entre las operaciones automáticas de la percepción y las operaciones deliberadas del razonamiento. La intuición puede llevar a resultados correctos (entrenamiento), pero generalmente comete errores (Cienfuegos, 2017).

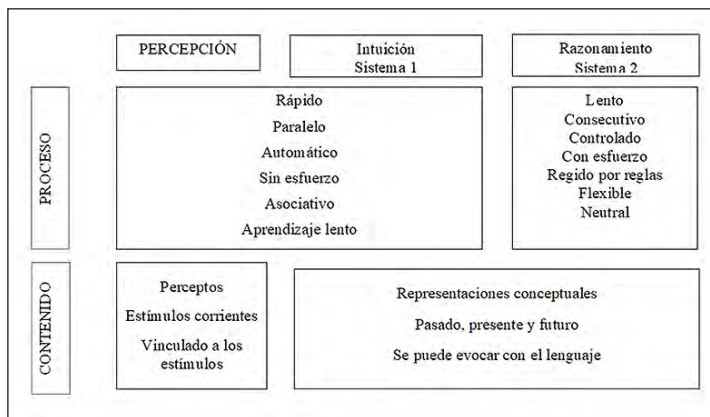
Intuición y Razonamiento

Kahneman (2002; 2015) propone un modelo de funcionamiento mental que está basado en dos sistemas distintos denominados: “sistema 1” y “sistema 2”. Estos sistemas no están ubicados en ninguna zona concreta del cerebro, simplemente se refieren a modos de procesamiento

de la información diferentes. El sistema 1 tiene un modo de procesamiento automático, basado en impresiones, intuiciones y sensaciones, funciona con la ley “lo que se ve es todo lo que hay” y es impulsivo, rápido y opera sin esfuerzo, dependiendo del contexto. Mirar y orientar la atención son funciones automáticas del Sistema 1 (Cienfuegos, 2017; Kahneman, 2015). En cambio, la función del sistema 2 es el pensamiento controlado (razonamiento). Sirve para realizar cálculos complejos, opera con esfuerzo, requiere de esa atención, de la memoria y sigue reglas, está involucrado en todos los juicios, tanto si son originados por impresiones o por razonamiento deliberado, recibe preguntas o las gestiona y en ambos casos dirige la atención y busca en la memoria para encontrar las respuestas. Su punto débil es que a menudo racionaliza ideas y sensaciones que han sido generadas por el sistema 1 (Cienfuegos, 2017; Kahneman, 2015).

Refiere Kahneman (2015) que “el sistema 1 actúa automáticamente y el sistema 2 se halla normalmente en un confortable modo de mínimo esfuerzo en el que solo una fracción de su capacidad está ocupada. El sistema 1 hace continuamente sugerencias al sistema 2: impresiones, intuiciones, intenciones y sensaciones. Si cuentan con la aprobación del sistema 2, las impresiones e intuiciones se tornan en creencias y los impulsos en acciones voluntarias. Cuando pensamos en nosotros mismos, nos identificamos con el Sistema 2, con el yo consciente, racional, que tiene creencias, hace elecciones y decide qué pensar y qué hacer” (Kahneman, 2015, p.39).

Figura 1. Sistemas del funcionamiento mental.



Nota: Adaptado de “Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual” (p.185), de D.Kahneman (2013), Revista asturiana de economía-RAE, 28.

El sistema 1 tiene relación con la heurística que, en psicología, son sencillas reglas generales que los humanos utilizan para facilitar la toma de decisiones y éstas se siguen de manera inconsciente.

Por lo general, cuando los individuos se enfrentan a problemas complejos o información incompleta, como, por ejemplo, frente al dolor, sirven para reformular el problema y transformarlo en uno más simple. La heurística es un procedimiento sencillo que nos ayuda a encontrar respuestas adecuadas, aunque a menudo imperfectas, a preguntas difíciles (Kahneman, 2015). Para Gigerenzer (2008), los heurísticos pueden ser una forma útil y relativamente eficaz de resolver problemas en los que de otra forma nos quedaríamos atascados, de esta manera, para tomar buenas decisiones bajo incertidumbre (no en un contexto de riesgo) los heurísticos son indispensables. Para Kahneman (2015) los heurísticos deben tratar de reducirse ya que conducen a errores.

Sesgos cognitivos

Estos atajos intelectuales suelen ser útiles, pero a veces conducen a errores sistemáticos y predecibles, lo que Daniel Kahneman y Amos Tversky (1972; 1979) denominan sesgos cognitivos en su Enfoque de Sesgos. En general, se describen desde estos autores como de otros, diferentes tipos como representatividad; error fundamental de atribución; ilusión de control y de entender; efecto halo (coherencia); explicación retrospectiva o sesgo del resultado; sobreconfianza; aversión a la pérdida; efecto arrastre; del presente; disponibilidad o accesibilidad; de la confirmación, entre otros (Kahneman, 2015, 2011; Cerezo, 2020).

Tipos de sesgos en el dolor

Los que podrían describirse en el razonamiento probabilístico de las personas con dolor serían los siguientes:

Representatividad o semejanza

Se define como, a partir de una muestra (parte) que es representativa del todo, se valora la totalidad. Se valora por el grado de semejanza entre los acontecimientos que se están evaluando y es direccional, ya que nos permite valorar en qué medida una muestra es representativa de un todo, pero no a la inversa. Sin embargo, a veces esta relación puede ser reversible y se juzga la representatividad de un modelo en función de la muestra (Carretero & Ascencio, 2008).

Las expectativas de tratamiento están determinadas, además, por experiencias de tratamiento anteriores, usando paradigmas del aprendizaje asociativo (Bingel, 2020). Las experiencias con los profesionales que abordan el dolor y sus tratamientos son muy relevantes, ya que se asocian con expectativas y tendencias de los pacientes a generalizar o representar, es decir, por ejemplo, desde un resultado desfavorable de un tratamiento hacia todos los futuros resultados de otros tratamientos.

Así surgen expectativas catastróficas frente a los resultados, y se tiende a representar ese resultado como el de todos los posibles resultados. Las expectativas de este tipo, sumado a la desesperanza que se instalaría, refuerza el circuito de la cronicidad.

Otra arista de este sesgo es atribuir semejanzas a hechos que son totalmente azarosos o aleatorios. Construimos en nuestra mente pautas de relación de acuerdo con los resultados, que no necesariamente son causales o tienen relación. A esto se le llama distorsión en la percepción de la aleatoriedad. Si bien es muy importante indagar los eventos que gatillan los episodios de dolor, para establecer patrones de dolor, también es relevante aceptar que, en muchas ocasiones, no los hay, o no siempre se producen por un evento, es decir, son azarosos. El sesgo de la representatividad puede inducir a las personas a confundir las fluctuaciones aleatorias con pautas causales (Sunstein & Thaler, 2017).

Ilusión de Control

Es la creencia de que existe mayor relación causal entre nuestro comportamiento y los sucesos posteriores de lo que realmente hay (Kahneman, 2015). Las personas con dolor necesitan percibir un monto de control del dolor como de la enfermedad que causa ese dolor. Desde el Modelo Multidimensional de Locus de Control, el concepto de locus de control en Salud se define como el lugar donde la persona ubica el control. Se denomina locus de control interno en Salud (LCIS) a la creencia de que factores internos son responsables por la salud o enfermedad, es decir, el individuo ubica el control en él (Zuercher-Huerlimann et al., 2019; Rogowska et al., 2020).

Se ha estudiado que el LCIS es un factor protector, ya que se relaciona con la adaptación a la enfermedad, por lo que se encuentra positivamente relacionado con el bienestar subjetivo de la persona, mientras que su ausencia se relaciona con ansiedad y depresión (Zuercher-Huerlimann et al., 2019; Rogowska et al., 2020). La mayoría de los estudios arrojan que el LCIS es un factor protector como se mencionó anteriormente, sin embargo, cuando uno indaga en este constructo, se da cuenta que no necesariamente el locus interno es un factor protector por sí solo. Por ejemplo, si de manera habitual atribuyo al éxito de mi tratamiento solo a lo que uno ha realizado, esto se relaciona con el sesgo de autocomplacencia o, al contrario, por dejar de hacer algo en particular, pienso que es la causa del fracaso, esto se refiere en estricto rigor al sesgo de la ilusión de control. Otras veces observamos a pacientes sentirse culpables y/o responsables por sus dolores o enfermedades; esta atribución de sus dolencias, aunque sean internas, limitan el proceso de la recuperación. La atribución causal del éxito o fracaso del resultado de un tratamiento es lo que la Teoría de la Atribución de Weiner (1985) propone. Las características de las atribuciones causales y sus consecuencias psicológicas (emoción y expectativas), influyen en el estado motivacional de la persona, por lo tanto, determinan su conducta futura (Manassero & Vásquez, 1995).

Justamente, el locus de control es un constructo que debe analizarse en función de otras variables, como atribuciones y autoeficacia. Las creencias sobre donde se encuentra el control se relacionan con la representación subjetiva de las habilidades de una persona para controlar o modificar los hechos que ocurren en su vida, es decir, con su autoeficacia. Como se mencionó, la necesidad de control y la percepción de tenerlo es un factor cognitivo protector, tanto para la salud como en el dolor, sin embargo, se podría hipotetizar que tanto la ilusión de control en un polo como en el otro polo, la percepción de

incontrolabilidad, son sesgos perjudiciales considerándose factores de riesgo, por lo cual es necesario intervenir para ajustarlos a la realidad.

La percepción de falta de control produce un sentimiento de incontrolabilidad basado probablemente por un lado en la desesperanza o indefensión (dimensión afectiva) del constructo o factor cognitivo denominado catastrofización por Ellis (1962) y, por la baja autoeficacia (Rodríguez, 2021).

Error de Atribución

“A mí me gustaría ir al kinesiólogo, pero las últimas dos veces que fui, me dolió. Así que mejor no voy, así no me duele”, este ejemplo, ilustra que el pensamiento de esta persona se basa en el error fundamental de atribución. Este se relaciona y atribuye una consecuencia (dolor) a un evento que no necesariamente es directa. Se asocia al tratamiento kinésico una consecuencia que es el dolor, siendo claramente posible, pero los resultados a la larga serán justamente la mejoría en ese dolor. Se le atribuye a un otro (kinesiólogo) la consecuencia del dolor, por lo cual, se decide dejarlo.

Houchman (1950) autor del Modelo de Creencias en Salud (HBM), propuso en relación con las expectativas, que son predicciones del futuro de una situación, la expectativa-resultado-consecuencia (E-R-C), que explica que la persona no solo tendrá expectativas del resultado, sino de las consecuencias que le llevará ese resultado. Por ejemplo, una cirugía de Hernia (HNP) puede ser exitosa (resultado), pero no necesariamente eliminar el dolor (consecuencia). Los pacientes pueden tener expectativas adecuadas y realistas del resultado, pero no así de las consecuencias, que en la mayoría de los casos es no sentir más dolor (Rodríguez, 2021 en San Martín (ed.), 2021).

Aversión a la Pérdida

Este sesgo explica que los humanos le damos más importancia a una pérdida que a una ganancia del mismo valor, es decir, preferimos evitar una pérdida que adquirir una ganancia (Cerezo, 2020). Las personas no les asignan un valor específico a los objetos, sin embargo, cuando los pierden les afecta más de lo esperado. Esta aversión a la pérdida, común del ser humano, contribuye a producir inercia, es decir, un fuerte deseo de conservar lo que hay, no moverse. Este sesgo nos impulsa a “no hacer cambios”, inclusive cuando éstos nos beneficien (Sunstein & Thaler, 2017).

Para algunos pacientes ir a terapia es perder dinero y tiempo, sin considerar la ganancia a mediano y largo plazo que significa para el proceso de recuperación. Este sesgo también se puede asociar con el sesgo del presente. Los pacientes quieren resultados rápidos, ya que están agobiados por el dolor, que es comprensible, pero también porque estamos inmersos en una sociedad con una fuerte tendencia a la inmediatez y marcada intolerancia a los procesos y al *displacer* que puede significar el camino de la recuperación. Se resisten a aceptar que es un proceso que requiere tiempo, con altos y bajos, con avances y retrocesos, donde el dolor estará presente.

Statu quo

Algunos autores lo plantean como otro sesgo, ya que la aversión a la pérdida no es la única causa de la inercia, sino que también se puede explicar por la fuerte tendencia general de las personas a aferrarse a la situación actual (Sunstein & Thaler, 2017). Lamentablemente, sabemos que el sedentarismo es marcado entre los pacientes con Fibromialgia y otras patologías que cursan dolor y, aunque sepan que es necesario realizar ejercicio físico regular, no lo hacen. Justamente este sesgo puede traer consecuencias más importantes para la salud y es una explicación más del porqué de esa conducta.

La falta de atención es una de las causas de este sesgo, las personas se inclinan a seguir por “más de lo mismo”, sin prestar atención a lo que realmente les puede ayudar más. Esto se ejemplifica en la tendencia al *coping* pasivo en el dolor, es decir, las personas tienden a no explorar, quedarse en las mismas estrategias de afrontamiento que muchas veces ya no resultan. Siguen en decisiones irreflexivas, sin detenerse (foco-atencional) a considerar lo que están realizando y evaluar si es efectivo o no. Esto, sumado a la aversión a la pérdida, incrementa la probabilidad de no hacer cambios.

Efecto de Arrastre

Los sesgos anteriores conducen al sesgo de efecto de arrastre o *bandwagon*, consistente en hacer lo que hace la mayoría de personas, independientemente de si es lo correcto o no (Cerezo, 2020). Esto podría verse en los grupos de pacientes que participan en redes sociales, donde lo que opina uno puede llevar al resto a opinar o pensar lo mismo. El colectivo social-cultural tiene una fuerza fundamental en las creencias y acciones de los individuos, ya sean grupos, familia, pares. Es imperioso que el profesional conozca mínimamente el mundo de creencias en estos contextos para comprender sus acciones y omisiones, y poder intervenir en aquellas que dificultan la recuperación.

A su vez, el colectivo puede tener un valor positivo muy significativo en el tratamiento del dolor. Intervenciones basadas en grupos terapéuticos, grupos de apoyo, poseen una gran evidencia en el abordaje en el dolor (Iglesias, 2017; Rodríguez-Marín et al., 2021).

Del Presente

Alude a un marcado predominio por el presente, los resultados a corto plazo, que los de largo plazo. Vemos el futuro más optimista de lo que puede ser, porque percibimos que el tiempo para solucionar los problemas es mayor. El sesgo que envuelve este tipo de comportamientos se conoce como Sesgo del Presente, con el cual nuestras decisiones y preferencias se centran en disfrutar más del presente que del futuro (Cerezo, 2020). Como se mencionó, se podría hipotetizar como un sesgo que explicaría el sedentarismo presente en la población, por ejemplo de Fibromialgia, que a pesar de saber y creer que el ejercicio es una actividad que favorecerá su calidad de vida a largo plazo, no lo realizan (Cuyul et al., 2021).

Disponibilidad o Accesibilidad

Consiste en sobreestimar la información que se nos presenta más disponible y accesible, considerando que aquello que se nos viene a la mente es lo más común o importante (Cerezo,

2020). La accesibilidad consiste en creer que cuanto mejor recuerdes un suceso o más fácilmente accedas a ese recuerdo, más frecuente ha sido ese acontecimiento y, por tanto, es más probable (Kahneman, 2015). Este heurístico nos puede llevar a errores producidos por la prominencia de los datos, por la singularidad de los datos o por coincidir con nuestras teorías previas (Carretero & Ascencio, 2008).

Los estudios recalcan que la rumiación cognitiva (RU), proceso presente en muchas patologías, en donde se repite una y otra vez ciertos pensamientos negativos, jugaría un rol particular en el sufrimiento psicológico asociado al dolor. La repetición produciría un mayor acceso a dicha información, la que se consignará como más probable y más creíble. Desde este marco teórico, es fundamental por lo tanto, evaluar y controlar la rumiación en el dolor.

A su vez, si los profesionales de la Salud constantemente les informan a los pacientes que “tienen que vivir con el dolor” u otras verbalizaciones de esta índole, es esperable que su respuesta emocional sea la desesperanza, sentirse abatidos con esa información y lo más probable es que la persona actúe desde el miedo y se sienta más vulnerable, lo que influirá en una disminución de su autoeficacia. Estas verbalizaciones refuerzan este sesgo de la disponibilidad. Esto nos lleva a recalcar la importancia del lenguaje verbal en la relación profesional-paciente. Lo que decimos (contenido), cómo lo decimos (forma) y dónde lo decimos (contexto), debe ser una preocupación para todo profesional de la salud. La información verbal que la profesional entrega es gravitacional y, puede constituir un nocebo, es decir, una información perjudicial que reforzará creencias limitantes previas del paciente, exacerbándolas o iniciará una construcción de creencias desadaptativas para la recuperación (Bingel, 2020; Horment et al., 2022).

Enmarcado o framing

Las decisiones dependerán, en parte, de la forma en que se enuncian los problemas, es decir, de la forma en que se verbalizan, aunque el contenido sea el mismo (Sunstein & Thaler, 2017). Estos aspectos comunicacionales son uno de los principios o axiomas en la comunicación que alude al nivel de contenido y de relación propuesto por el filósofo y psicólogo austríaco Paul Watzlawick (1921-2007). Este axioma quiere decir que siempre que nos comunicamos, no sólo transmitimos la información que deseamos dar, sino también otra información que tiene que ver con otros aspectos que atañen a la comunicación misma (meta-comunicación), y que tienen que ver con el modo en que el mensaje debe interpretarse.

Es fundamental que los profesionales de salud aprendan a utilizar técnicas de comunicación para con sus pacientes, ya que estas incrementan cambios de comportamiento en el manejo del dolor (Castellano, 2015).

De la Confirmación

Se describe como la tendencia a buscar e interpretar informaciones que confirman nuestras percepciones o creencias. Así, se le da, por lo tanto, más importancia a los argumentos que refuerzan nuestras ideas preconcebidas que a aquellos que las contradicen (Jonas et al., 2001). Tenderemos pues a

ignorar las informaciones que contradigan o vulneren nuestras preconcepciones o creencias; esto se debe a la resistencia de nuestras estructuras mentales para asimilar nueva información, aunque ésta sea favorable.

Se puede caer en un circuito de confirmación, buscando solo información de ratificación en lugar de refutarla; una tendencia que Kahneman (2011) interpretó como “lo que vemos es todo lo que hay”, que tiene que ver con los heurísticos mencionados anteriormente (Cerezo, 2020). Esto explicaría lo que se describe en algunos pacientes con dolor crónico, una resistencia a la mejoría, aunque en un nivel más consciente obviamente quieren, en otro más inconsciente a veces ya no creen, están en una posición de in-creencias, es decir, de no creer, lo que los lleva a no movilizarse, a quedarse quietos, sin avanzar en su proceso de recuperación como lo plantea Rokeach (1960) en su Modelo de Increencias (Fernández del Riesgo, 1996).

Conclusiones

Los sesgos son comunes y propios de los seres humanos, ellos influyen en la mayoría de las decisiones, por lo cual, es relevante detenerse a indagar y describir cuáles son estos en el razonamiento sobre la salud y el dolor en personas con diagnósticos médicos que cursan dolor crónico, debido a que este último, en la actualidad es considerado como una enfermedad en sí misma, una condición que lleva a presentar creencias limitantes que afectan la recuperación y adherencia al tratamiento. En general, las personas con dolor se evalúan como poco capaces, con poco control sobre su dolor, con expectativas catastróficas frente a su recuperación. Existe contundente evidencia que tales evaluaciones desadaptativas, negativas, sobre su situación y su eficacia personal refuerzan la experiencia de desesperanza y discapacidad, perpetuando el circuito de la cronicidad en el dolor, sin embargo, existen pocos estudios sobre cuáles serían estos sesgos en particular.

Además, es relevante disminuir el nivel de incertidumbre cuando se toman las decisiones. Cuando el decisor no tiene conocimiento de los resultados de ninguno de los estados de la naturaleza y/o es costoso obtener la información necesaria, la decisión dependerá netamente de su personalidad, por lo cual el riesgo será muy alto (Peñaloza, 2010). En el contexto del dolor, se podría hipotetizar que las decisiones que se toman son en condiciones de riesgo (Peñaloza, 2010), ya que la información que existe sobre el tema es parcial o ésta no es del todo exacta, por tanto, lo que se decida tendrá un riesgo asociado.

En síntesis, las personas con dolor utilizan diversos sesgos e, inclusive, en un mismo pensamiento pueden describirse varios, por lo cual es central identificar para después utilizar diversas estrategias comunicacionales eficaces para reducirlos. Tienen fuerte evidencia las de tipo educativo y de persuasión, es decir, en psicología (la psicoeducación) y en kinesología (la educación en dolor), sin embargo, su uso es necesario, pero no suficiente para comenzar a generar un cambio.

Se debe pensar en un cambio colectivo, en generar políticas públicas para la problemática del DCNO, sobre todo en los países de Latinoamérica. En este sentido, se proponen los nudges planteados por Sunstein & Thaler (2008) que

“disminuyen los sesgos y son herramientas que ayudan o empujan al cambio personal y colectivo” (Cerezo, 2020, p.430). Este “pequeño empujón” que actúa a partir de reconfigurar la arquitectura de la decisión, implica una estrategia o modelo de intervención que busca mejorar la efectividad de las políticas públicas de modo de alcanzar los objetivos por ellas mismas planteados. Se denominan tecnologías de políticas públicas que buscan incrementar la eficiencia y, en consecuencia, los niveles de confianza y cooperación (Güemes, 2017; Sunstein & Thaler, 2017).

En Chile, en el estudio de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2017), se enfatiza que la propuesta debe ser desde un “enfoque centrado en el paciente, que persiga mejoras de equidad en el acceso y que responda primariamente al dolor crónico musculoesquelético como problema de salud y no únicamente a las causas que le subyacen” (Espinoza et al., 2017, p.20)

Referencias Bibliográficas

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bauman, Z. (2013). Sobre la educación en un mundo líquido. Paidós. Estado y Sociedad.
- Bingel, U. (2020). Placebo 2.0: the impact of expectations on analgesic treatment outcome. *Pain*, 161, 248-256.
- Carretero, M.; Asensio, M. (eds.) (2008). *Psicología del pensamiento: teoría y práctica*. Alianza Editorial.
- Castellano, N. (2015). Relación entre la comunicación (verbal y no verbal) y el dolor en el entorno sanitario: Una revisión narrativa estructurada. Tesis de grado Enfermería. Facultad de Salud. Universidad de Jaén.
- Cerezo, M. (2020). Sesgos cognitivos en la comunicación y prevención de la COVID-19. *Revista Latina de Comunicación Social*, 78, 419-435.
- Cienfuegos, B. (2017). *Economía conductual: reflexiones psicológicas*. [Tesis de grado en Economía, Universidad Pública de Navarra]
- Cuyul-Vásquez, I; Contreras, M; Ordoñez, R; Neira, P; Maragaño, N; Rodríguez, A. (2021). Recomendaciones clínicas para la rehabilitación de personas con Fibromalgia. Una revisión narrativa. *Rev.de la Sociedad Española del Dolor*, 28 (4): 194-210.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la Psicología Cognitiva*. Alianza Editorial.
- De Vega, M. (1998). La psicología cognitiva: ensayo sobre un paradigma en transformación. *Anuario de Psicología*, 29(2), 21-44.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart
- Espinoza, M., Repetto, P., Cabieses, B., Vargas., C., y Zitzko, P. (2017). Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile. *Propuestas para Chile. Concurso Políticas Públicas 2017*. Universidad Católica de Chile, Capítulo I, 19-42.
- Fernández del Riesgo, M. (1996). Raíces socio-culturales de la creencia contemporánea. *Anales Del Seminario De Historia De La Filosofía*, 509-522.
- Fischbein, E. (1987). *Intuition in science and mathematics*. Dordrecht: Reidel.
- Gigerenzer, G. (2008). *Decisiones instintivas. La inteligencia del Inconsciente*. Ariel.
- Güemes, C. (2017). ¿Nudge en América Latina? Incidir en el comportamiento individual, obtener resultados colectivos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 68, 43-74.
- Hogarth, R. (2001). *Educating intuition*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Horment-Lara, G., Lüttges-Sciaccaluga, C., Espinoza-Ordóñez, C., & Aliaga-Castillo, V. (2022). "I don't want to be a burden" A qualitative study of the beliefs of women with chronic low back pain in relation to their painful experience. *Musculoskeletal science & practice*, 59, 102539. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102539>
- Iglesias, M. C. (2017). Intervención grupal y autocuidados en el dolor crónico osteomuscular. *Atención Primaria*, 49(2), 122-124.
- Jonas, E., Schulz-Hardt, S., Frey, D. & Thelen, N. (2001). Confirmation bias in sequential information search after preliminary decisions: an expansion of dissonance theoretical research on selective exposure to information. *Journal of personality and social psychology*, 80(4), 557.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, 263-291.
- Kahneman, D. (2003). Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual. *Revista asturiana de economía-RAE*, 28.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D. (2015). Pensar rápido, pensar despacio. *Debate*.
- Manassero, M.A & Vázquez, A. (1995). La atribución causal como determinante de las expectativas. *Psicothema*, 7(2), 361-376.
- Méndez Paz, C. (2010). "Los procesos psicológicos básicos y el sujeto". En Fernández-Rey, J. et al. (coords.). *Procesos psicológicos básicos II. Manual de prácticas de memorias y lenguaje*. Pirámide. Segunda Edición.
- Oaksford, M. y Chater, N. (2007). *La racionalidad bayesiana el enfoque probabilístico del razonamiento humano*. Prensa de la Universidad de Oxford.
- Peñaloza, M. (2010). Teoría de las decisiones. *Perspectivas*, 25, 227-240.
- Pérez, M & Bautista, A. (2008). "Pensamiento probabilístico". En Carretero, M.; Asensio, M. (eds.). *Psicología del pensamiento: teoría y práctica*. Alianza.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keeffe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Väder, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.
- Rogowska, AM., Zmacynska-Witek, B., Mazurkiewicz, M., Kardasz, Z.(2020). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disabil Health J.*, 13(4).
- Rodríguez, A. (2021). Cuestionario de impacto afectivo en el dolor crónico de origen benigno. Propuesta basada en la revisión del cuestionario de impacto emocional en dolor neuropático. *Rev.El Dolor. Asociación Chilena para el estudio del dolor*, 73, 16-25.
- Rodríguez-Marín, J., Couceiro, S., & van-der Hofstadt, C. (2021). Intervención psicológica grupal en dolor crónico. Pirámide.
- San Martín, J (Editor) (2021). *Neurociencias del dolor: Visión Teórico-Clínica*. Ediciones Universidad Santo Tomás. Ril Editores.
- Sunstein, C. & Thaler, R. (2017). *Un pequeño empujón*. Taurus.
- Tejada, A. (2005). *Agenciación humana en la teoría cognitivo social: Definición y posibilidades de aplicación*. *Pensamiento Psicológico*, 1(5), 117-123.
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2017). *Un pequeño empujón*. Primera Edición. Taurus.
- Vlaeyen, J., Crombez, G., & Linton, S. J. (2016). The fear-avoidance model of pain. *Pain*, 157(8), 1588-1589.
- Zamora, I. & Sanz, A.M. (2014). *Desarrollo de la intuición probabilística en educación primaria*. [Tesis de Grado de Maestro/Maestra en Educación primaria. Facultad de Educación de Palencia, Universidad de Valladolid]
- Zuercher-Huerlimann, E., Stewart, J.A., Egloff, N., von Känel, R., Studer, M., & Grosse Holtforth, M. (2019). Internal Health locus of control as a predictor of pain reduction in multidisciplinary inpatient treatment for chronic pain: A retrospective study. *Journal of Pain Research*, 12, 2095-2099.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 27 de noviembre de 2022 sin corrección para publicación el 21 de noviembre 2022.

Correspondencia a:
Ps. Alejandra Rodríguez
Directora Centro de Dolor CHILE
Santiago, Chile
E-mail: info@centrodeldolor.cl



Las Palabras Importan



Te invitamos a escuchar el audiolibro de:

Las palabras importan.

En nuestro canal de MD Club en Spotify



ESCANEA EL CÓDIGO

¡Escucha el Audiolibro!



ESCANEA EL CÓDIGO

Visualiza el libro digital o ingresa a través de:
<https://aap.org.ar/publicaciones/>

Actualización en analgesia preventiva y analgesia multimodal Update on preventive analgesia and multimodal analgesia

Sepúlveda Schuler, Tatiana ⁽¹⁾, Contreras-Domínguez, Víctor ^(2,3), Carbonell-Bellolio, Paulina ⁽⁴⁾

Resumen

Una deficiente calidad del manejo del dolor post operatorio agudo genera aumento en la morbilidad perioperatoria, disminuye la calidad de vida del paciente, aumenta los reingresos hospitalarios y, finalmente, los costes en salud. La analgesia preventiva y multimodal son dos estrategias que han sido implementadas para tratar de optimizar el manejo del dolor. Si bien en la primera, la evidencia es favorable a su empleo, aún no existe un total consenso en esto. A su vez, la analgesia multimodal, al emplear diferentes fármacos y/o técnicas, ha logrado evidenciar de mejor manera su utilidad y los beneficios al implementarla como terapia. En este artículo, revisamos la evidencia que certifica y avala el uso de éstas. Finalmente, a nuestro parecer, lo más importante en el quehacer del clínico, es lograr individualizar la estrategia que usaremos en el manejo del dolor postoperatorio, adaptándonos a las necesidades y el contexto propio de cada uno de nuestros pacientes.

Palabras Clave: analgesia preventiva, analgesia multimodal, dolor postoperatorio.

Abstract

A poor quality of acute postoperative pain management generates an increase in perioperative morbidity, decreases the quality of life of the patient, increases hospital readmissions and finally, increases health costs. Preventive and multimodal analgesia are two strategies that are implemented to try to optimize pain management. Although in the first, the evidence is favorable to its use, there is still no total consensus. At the same time, multimodal analgesia, by using different drugs and/or techniques, has demonstrated, in a better way, its usefulness and benefits when implemented as a therapy. In this article, we review the evidence that certifies and supports the use of these techniques. Finally, in our opinion, the most important thing in the clinician's task is to be able to individualize the strategy that we will use in postoperative pain management, adapting to the needs and context of each one of our patients.

Key Words: preventive analgesia, multimodal analgesia, postoperative pain.

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

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

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

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

Introducción

Anualmente a nivel mundial se realizan más de 300 millones de procedimientos quirúrgicos al año en la última década. Si bien la cirugía representa grandes beneficios para la mejoría, supervivencia y calidad de vida de los pacientes beneficiarios de ella, también está asociada a riesgos; entre ellos, el dolor postoperatorio el que afecta, según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (USA), a cerca del 80% de los pacientes que se someten a una cirugía 2.

Un mal o inadecuado manejo del dolor postoperatorio puede implicar resultados negativos, entre ellos mayor morbimortalidad, deterioro de recuperación y calidad de vida, prolongación de la estadía y reingreso hospitalario y eventualmente dolor postoperatorio crónico, con el consecuente incremento asociado de los costes en salud 3, 4, 5.

Dado este gran impacto, es que se han propuesto a lo largo de los años distintas intervenciones farmacológicas y anestésicas para la optimización del manejo del dolor agudo perioperatorio, que hasta el día de hoy siguen siendo un tema controversial. Dentro de los conceptos que se han propuesto se encuentra el de analgesia preventiva y el de analgesia multimodal. La analgesia preventiva se refiere a la administración de un tratamiento analgésico antes de la incisión quirúrgica o lesión tisular, y de esta manera prevenir la sensibilización tanto periférica como central, atenuando o evitando la amplificación postoperatoria de la sensación de dolor. Este concepto ha sido tema de estudio y discusión desde inicios del siglo XX 6.

Fisiología del dolor perioperatorio

El dolor perioperatorio resulta de la inflamación causada por un traumatismo tisular (es decir, incisión quirúrgica, disección, quemaduras) o una lesión nerviosa directa (es decir, sección, estiramiento o compresión del nervio).

Cuando se estimulan los receptores del dolor en los tejidos periféricos (como la piel), los impulsos nociceptivos (del dolor) se transmiten al SNC por dos tipos distintos de neuronas: las fibras nerviosas A-delta y C. Las fibras A-delta son fibras mielínicas de conducción rápida, de gran diámetro, que transmiten el dolor "primero": agudo, punzante y dañino. Las fibras C son fibras amielínicas de conducción más lenta y de pequeño diámetro que son responsables del "segundo" dolor: sordo, doloroso y de tipo visceral. Las neuronas sensoriales aferentes primarias de la periferia luego ingresan a la médula espinal y hacen sinapsis con las neuronas de la asta dorsal, y desde aquí, aferencias son enviadas a centros superiores.

Se describen cuatro procesos distintos en la vía sensorial: transducción, transmisión, modulación y percepción. Cada uno de estos procesos presenta un objetivo potencial para la terapia analgésica.

El trauma tisular libera mediadores inflamatorios locales que pueden producir una mayor sensibilidad a los estímulos en el área que rodea una lesión (hiperalgesia) o una percepción errónea del dolor debido a estímulos no nocivos (alodinia). Otros mecanismos que contribuyen a la hiperalgesia y la alodinia incluyen la sensibilización de los receptores del dolor periférico (hiperalgesia primaria) y el aumento de la excitabilidad de las neuronas del sistema nervioso central (hiperalgesia secundaria) 7.

Analgesia preventiva

A principios del siglo XX, George Washington Crile, cirujano estadounidense fue de los primeros en introducir el concepto de tratamiento del dolor antes de su aparición: la analgesia preventiva. Crilé publicó el procedimiento que denominó "anociasociación". Durante esta, antes del inicio de la intervención quirúrgica, se infiltró con anestésico local la línea de incisión prevista, y posteriormente se realizó la operación bajo anestesia con cloroformo. Según sus observaciones, la anestesia solo podía suprimir parcialmente el dolor causado por el traumatismo tisular, pero en combinación con la anestesia local, no solo podían reducir significativamente el dolor de la herida que se producía inmediatamente después de la operación, sino también reducir la frecuencia de la formación de cicatrices dolorosas. Aunque el método ya mostraba muchas ventajas a primera vista, no llegó a ser común en la práctica médica de la época 6, 7.

Setenta años después, Clifford J. Woolf reexaminó el concepto y, basándose en los resultados del modelo experimental animal que creó, planteó la importancia de los cambios mediados por el dolor en el sistema nervioso central además del mecanismo periférico⁸. Luego investigó más a fondo esta teoría con la ayuda de Wall, y se demostró que se necesitan menos opiáceos sistémicos para prevenir cambios en el sistema nervioso central causados por estímulos de dolor que para revertir los cambios que ya han ocurrido. Después de los resultados empíricos favorables, el concepto de analgesia preoperatoria preventiva fue introducido en la práctica clínica por Wall 7, 8.

En los últimos 20 años se han visto avances científicos significativos en la fisiología, fisiopatología y farmacología del dolor. Junto con este conocimiento, se ha generado un resurgimiento del concepto de analgesia preventiva y numerosos estudios han abordado los supuestos beneficios de esta técnica en el paciente quirúrgico 8, 9.

Por definición, la analgesia preventiva significa el alivio del dolor aplicado antes de la incisión quirúrgica en la piel. Su propósito es regular y prevenir la entrada de información nociceptiva (detección del dolor) en el sistema nervioso central antes de la formación de trauma tisular, como resultado de lo cual no solo se puede reducir significativamente el dolor agudo después de la cirugía, sino también el dolor crónico. La práctica de la analgesia preventiva incluye muchos métodos, desde la

anestesia local hasta el uso de analgésicos sistémicos con diferentes puntos de ataque, ya sea solos o combinados entre sí 8.

A través del tiempo han realizado diversos estudios. Es así, que en el año 2002 Moniche et al.9, efectuaron una revisión sistemática de estudios con regímenes analgésicos pre versus post incisionales para el control del dolor posoperatorio, concluyendo que el momento de la analgesia no influyó en la calidad del control del dolor posoperatorio, independientemente del tipo de analgesia preventiva utilizada.

En un metaanálisis publicado el 2005 10, que incluyó 66 artículos, evaluó la eficacia de distintas intervenciones analgésicas preventivas (analgesia epidural, antagonistas de receptores NMDA, fármacos antiinflamatorios no esteroideos sistémicos (AINES) y opioides sistémicos) para atenuar las puntuaciones de dolor posoperatorio. Se concluyó que la analgesia epidural preventiva es eficaz y clínicamente útil para reducir las puntuaciones de dolor posoperatorio, consumo total de analgésicos y tiempo hasta el primer analgésico de rescate. La infiltración de la herida con anestésico local preventivo y la administración de AINE mejoraron el consumo de analgésicos y el tiempo hasta la primera analgesia de rescate, pero no las puntuaciones de dolor posoperatorio. Por el contrario, las demás intervenciones no alcanzaron niveles de significación estadística suficientes para sacar una conclusión positiva. La menor prueba de eficacia se encontró en el caso de la administración sistémica de antagonistas de NMDA y opioides.

Radresa et al.11, en el año 2012 reportaron en una interesante revisión con respecto a la transición del dolor agudo al crónico en pacientes postraumáticos, planteando el concepto de "prevención primaria", basado principalmente en la analgesia preventiva para evitar el desarrollo de dolor crónico posquirúrgico en el futuro. Si bien los autores señalan que el nivel de evidencia es aún algo débil, concluyen que estas intervenciones podrían ser potencialmente beneficiosas en el contexto postraumático; siendo necesario continuar con más y mejores estudios a futuro.

En la última década se ha ido adicionando nueva evidencia científica en distintos tipos cirugías y especialidades. Así es, que en el año 2018 se realizó una revisión sistemática del uso de analgesia preventiva en cirugía ginecológica mínimamente invasiva incluyendo múltiples intervenciones, bloqueos regionales preventivos (para cervical, bloqueo del plano transversal abdominal -TAP block- y pudendo), bloqueos incisionales, anestesia local intraperitoneal, anticonvulsivos preventivos, ketamina, dexmedetomidina, opioides, corticoides, paracetamol y AINES. Si bien los bloqueos regionales lograron el efecto beneficioso más consistente sobre el dolor posoperatorio, y la revisión concluye que la analgesia preventiva es una intervención segura y potencialmente económica que se ha utilizado comúnmente para mejorar el control del dolor posoperatorio; los estudios incluidos que compararon la

administración de la analgesia previo a la incisión versus antes del cierre de la incisión, no arrojaron diferencias estadísticamente significativas sobre el momento ideal de realizar la intervención farmacológica y en muchos casos fueron contradictorios 12.

Sin embargo, Taumberger et al.13 recientemente comunicaron en una revisión de analgesia local preventiva en pacientes beneficiarias de una histerectomía vaginal en la que se comparó el uso de ropivacaína o bupivacaína con epinefrina frente a placebo, indicando que la analgesia local preventiva en forma de bloqueo para cervical es un procedimiento sencillo, que se traduce en menores puntuaciones de dolor posoperatorio y menor consumo de opiáceos en este tipo de pacientes. Sin embargo, en esta revisión no se incluyó algunos estudios que compararan la analgesia preventiva con un algún grupo de pacientes en las que se haya realizado analgesia post incisión.

En cirugía de columna, el 80% de los pacientes presenta dolor posoperatorio, también se ha evaluado el uso de analgesia preventiva. Un reciente metaanálisis de Zhang et al.14, que incluyó 509 pacientes, reveló que en comparación con el grupo control (placebo), la analgesia preventiva (anestésicos, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos y opioides) reveló una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de la escala de dolor a las 24 y 48 horas del periodo post operatorio, además de una estancia hospitalaria menor.

En otro estudio prospectivo y aleatorizado realizado por Kien et al.15, que incluía a 60 pacientes de cirugía de columna lumbar, se comparó el uso de pregabalina oral y celecoxib 2 horas antes de la cirugía frente a un grupo de control (placebo). Sus resultados demostraron que la puntuación de dolor mediante escala analógica visual en reposo y durante el movimiento fue significativamente menor en el grupo de analgesia preventiva, al igual que el consumo de morfina en las 24 primeras horas.

En un ensayo clínico aleatorizado realizado por Zhu 16, en pacientes con pinzamiento femoro-acetabular que fueron beneficiarios de una cirugía artroscópica de cadera, se mostró que la analgesia preventiva con celecoxib disminuye a corto plazo el dolor y el consumo de opioides comparado con su administración postoperatoria, pero sin diferencias en recuperación de la función de la cadera a largo plazo.

Liu et al.17, realizaron un estudio para investigar los efectos de la analgesia preventiva multimodal sobre la función gastrointestinal postoperatoria en cirugía colorrectal laparoscópica. Se comparó flurbiprofeno axetil y oxicodona antes de la incisión en la piel combinados con bloqueo bilateral del plano transversal del abdomen (TAPB) con pacientes que recibieron sufentanilo y flurbiprofeno axetil combinados con TAPB bilateral en la unidad de cuidados post anestésicos, y se concluyó que la incidencia de disfunción gastrointestinal postoperatoria fue significativamente menor en el grupo

de estudio versus grupo de control, lo cual podría acelerar la rehabilitación de estos pacientes.

El 2021 Sun-Kyung et al.¹⁸, publicaron una revisión sistemática y metaanálisis donde se incluyeron 19 ensayos con 1062 participantes y compararon la analgesia epidural antes (grupo preventivo) y después (grupo control) de la incisión de toracotomía en adultos. Los resultados mostraron una menor incidencia de dolor de 1 a 6 meses después de la toracotomía en el grupo preventivo; sin embargo, señalan que debido a la baja calidad de evidencia no es posible sugerir los beneficios clínicos adicionales de la analgesia epidural preventiva.

Los motivos de la falta de evidencia de los beneficios de la analgesia preventiva pueden ser el uso de un solo fármaco o la técnica de analgesia y que muchos de los estudios comparan la analgesia preventiva con grupos placebo, de manera que no es posible establecer si hay un beneficio clínico importante con respecto a la analgesia post incisional.

Analgesia multimodal

A principios de la década de 1990, Kehlet y Dahl¹⁹, fueron los primeros en describir el concepto de la analgesia multimodal. Esta se define como la administración de dos o más fármacos analgésicos y/o técnicas de analgesia loco regional, las que actúan por diferentes mecanismos para proporcionar analgesia. Estos fármacos pueden ser administrados por una misma o diferentes vías.

La Sociedad Estadounidense de Anestesiólogos (ASA), la Sociedad Estadounidense del Dolor (APS) y la Sociedad Estadounidense de Anestesia Regional y Medicina del Dolor (ASRA) recomiendan el uso de un enfoque multimodal siempre que sea posible para el manejo del dolor. La elección del medicamento o técnica debe individualizarse y puede incluir una combinación de opiáceos, paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos (AINES) no selectivos, AINES selectivos inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (inhibidores de la COX-2), agonistas α -2 (clonidina y dexmedetomidina), antagonistas de NMDA, anticonvulsivos (gabapentina y pregabalina), y técnicas anestésicas regionales o locales^{20, 21, 22}.

El realizar la combinación de distintos fármacos y técnicas analgésicas permite el uso de dosis más bajas de cada fármaco, y de esta forma reducir los efectos secundarios⁽²²⁾. Actualmente se considera el estándar de atención para todos los pacientes quirúrgicos^{23, 24}. La analgesia multimodal se ha implementado a lo largo del tiempo en distintas cirugías caracterizadas por asociarse a dolor postoperatorio significativo, como la cirugía cardíaca que se caracteriza por un dolor postoperatorio significativo, la cual tiene aspectos únicos que incluyen múltiples sitios de dolor, inestabilidad hemodinámica inicial y mayor duración de la recuperación postoperatoria aguda, lo que complica la recuperación. Por esta razón los protocolos quirúrgicos cardíacos han aplicado y promueven este concepto de analgesia multimodal y ahorro de opiáceos con el objetivo de optimizar el manejo del dolor, minimizar los efectos secundarios y obtener

una mejor recuperación funcional. Se ha demostrado que la disminución del total de opioides consumidos en el período post operatorio inmediato reduce la duración de la estancia hospitalaria, el uso prolongado de opioides y el dolor crónico²⁵.

Históricamente el manejo del dolor en cirugía de columna se basaba únicamente en la administración de grandes dosis de fármacos opioides, con los consecuentes y numerosos efectos adversos relacionados con este tipo de medicamentos. El rol de la analgesia multimodal en la cirugía de columna, tanto para el manejo del dolor post quirúrgico²⁶, como el rol que esta cumple en un mejor y rápido despertar de este tipo de pacientes²⁷, demostró ser de utilidad, reduciendo el dolor post operatorio, el consumo de analgésicos de rescate y mejorando el despertar de estos pacientes. Esta revisión demostró que existe una gran cantidad de evidencia de alta calidad de que la implementación de la analgesia multimodal disminuye la intensidad del dolor posoperatorio y minimiza los requisitos de analgesia posoperatoria con opioides sin los efectos secundarios asociados.

En un estudio de Ntalouka et al.²⁸, que comparó la analgesia multimodal por vía oral preoperatoria con la administración de oxicodona, gabapentina y paracetamol versus el uso post operatorio de morfina endovenosa en modalidad de analgesia controlada por el paciente (PCA), en pacientes beneficiarios de cirugías de columna, evidenció que los pacientes tratados con la analgesia preventiva oral tuvieron significativamente menor consumo de morfina, menos dolor, menos incidencia de náuseas, menos somnolencia e incidencia de tos en el periodo post operatorio, en comparación con el grupo que sólo utilizó morfina PCA.

La analgesia post operatoria en pacientes beneficiarios de una craneotomía representa un desafío, considerando que se debe lograr una óptima analgesia sin afectar la función neurológica. Considerando que el manejo tradicional con opioides endovenosos en dosis bajas a menudo es insuficiente y pudiese eventualmente causar efectos secundarios deletéreos, Ban et al.²⁹ en una reciente revisión comprobaron que los enfoques analgésicos multimodales en este tipo de cirugía son beneficiosos, logrando un mejor control del dolor y una reducción en el uso de opiáceos, sin deterioro en el examen ni funciones neurológicas.

Como vemos entonces, en los últimos años ha habido una creciente implementación de la analgesia multimodal como un componente importante del manejo perioperatorio ideal del paciente, destacando su importancia en múltiples estudios en diversas cirugías, lo cual obliga y hacen necesario nuevas investigaciones para consolidar la evidencia obtenida hasta ahora.

Conclusión

El manejo óptimo del dolor post operatorio continúa siendo un gran desafío a pesar de los múltiples esfuerzos clínicos por lograr éxito en esta tarea. En última década ha visto un cambio dramático de los métodos analgésicos basados en la administración sistémica de opioides a aquellos métodos basados principalmente en fármacos no opioides.

De acuerdo con lo expuesto en esta revisión, la evidencia que avale el uso de la analgesia preventiva sigue siendo controversial, algunos estudios han demostrado efectos positivamente significativos; mientras que, en la mayoría, no ha sido posible demostrar diferencias entre la administración preoperatoria y post operatoria de diversos fármacos. Los estudios clínicos deben continuar ampliándose, con nuevas y mejores investigaciones.

A su vez, la analgesia multimodal ha demostrado mayor y mejor evidencia de sus beneficios en los últimos años y según los distintos estudios y recomendaciones debiera ser considerada un estándar en la atención e implementarse en todos los pacientes que requieren analgesia sistémica.

Tanto la analgesia preventiva como la analgesia multimodal son conceptos que debemos aplicar cotidianamente en nuestros pacientes, considerando que han demostrado ser eficaces y logran reducir los efectos adversos asociados especialmente al uso de opioides por vía sistémica. Sin embargo, lo más importante, a nuestro entender, es tener la capacidad de poder individualizar la estrategia que usaremos en el manejo del dolor, adaptándonos a las necesidades y el contexto propio de cada paciente.

Referencias Bibliográficas

1. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh E. et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet* 2015; 386 (9993): 569–624.
2. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. *Journal of pain research* 2017; 10: 2287–2298.
3. VanDenKerkhof EG, Hopman WM, Reitsma ML, Goldstein DH, Wilson RA, Belliveau P et al. Chronic pain, healthcare utilization, and quality of life following gastrointestinal surgery. *Can J Anaesth.* 2012; 59 (7): 670–680.
4. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg.* 2007; 245(3):487–494.
5. Joshi GP, Ogunnaike BO. Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiol Clin North Am.* 2005 Mar; 23(1):21–36.
6. Rosero EB, Joshi GP. Preemptive, preventive, multimodal analgesia: what do they really mean? *Plast Reconstr Surg.* 2014;134(4 Suppl 2):85S-93S.
7. Kelly DJ, Ahmad M, Brull SJ. Preemptive analgesia I: physiological pathways and pharmacological modalities. *Can J Anaesth.* 2001; 48(10), 1000–1010.
8. Szedlák B, Mitre C, Fülecsdi B. Preemptive and preventive analgesia - an important element in perioperative pain management. *Orvosi Hetilap.* 2018; 159(17):655-660.
9. Moiniche S, Kehlet H, Dahl JB. A qualitative and quantitative systematic review of preemptive analgesia for postoperative pain relief: the role of timing of analgesia. *Anesthesiology* 2002; 96:725–741.
10. Ong CK, Lirk P, Seymour RA, Jenkins BJ. The efficacy of preemptive analgesia for acute postoperative pain management: a meta-analysis. *Anesth Analg.* 2005; 100:757–773.
11. Radresa O, Chauny JM, Lavigne G, Piette E, Paquet J, Daoust R. Current views on acute to chronic pain transition in post-traumatic patients: risk factors and potential for pre-emptive treatments. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014; 76(4): 1142–1150.

12. Long JB, Bevil K, Giles DL. Preemptive Analgesia in Minimally Invasive Gynecologic Surgery. *Journal of minimally invasive gynecology* 2019; 26(2), 198–218.
13. Taumberger N, Schütz AM, Jeitler K, Siebenhofer A, Simonis H, Bornemann-Cimenti H et al. Preemptive local analgesia at vaginal hysterectomy: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2022 ;33(9):2357-2366.
14. Zhang LK, Li Q, Quan RF, Liu JS. Is preemptive analgesia a good choice for postoperative pain relief in lumbar spine surgeries? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine.* 2021; 100(13), e25319.
15. Kien NT, Geiger P, Van Chuong H, Cuong NM, Van Dinh N, Pho DC, et al. Preemptive analgesia after lumbar spine surgery by pregabalin and celecoxib: a prospective study. *Drug design, development and therapy.* 2019; 13, 2145–2152.
16. Zhu X. Efficacy of preemptive analgesia versus postoperative analgesia of celecoxib on postoperative pain, patients' global assessment and hip function recovery in femoroacetabular impingement patients underwent hip arthroscopy surgery. *Inflammopharmacology.* 2020; 28(1), 131–137.
17. Liu C, Wang T, Kang R, Huang L, Sun Z. Effect of multimodal preemptive analgesia on postoperative gastrointestinal function and clinical outcome in patients undergoing laparoscopic colorectal surgery. *Int J Clin Pract.*, 2021; 75(12), e14881.
18. Park SK, Yoon S, Kim BR, Choe SH, Bahk JH, Seo JH. Pre-emptive epidural analgesia for acute and chronic post-thoracotomy pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Reg Anesth Pain Med.*, 2020; 45(12): 1006–1016.
19. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology* 2012; 116:248–273. doi:10.1097/ALN.0b013e31823c1030
20. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain.*, 2016; 17:131–157.
21. Huang CC, Sun WZ, & Wong CS. Prevention of Chronic Postsurgical Pain: The Effect of Preventive and Multimodal Analgesia. *Asian journal of anesthesiology.* 2018; 56(3), 74–82.
22. Buvanendran A, Kroin JS. Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009; 22: pp. 588-593.
23. Ladha KS, Paterno E, Huybrechts KF, et. al.: Variations in the use of perioperative multimodal analgesic therapy. *Anesthesiology* 2016 Apr; 124 (4): 837-45.
24. O'Neill A, Lirk P. Multimodal Analgesia. *Anesthesiology clinics.* 2022; 40(3), 455–68.
25. Barr LF, Boss MJ, Mazzeffi MA, Taylor BS, Salenger R. Postoperative Multimodal Analgesia in Cardiac Surgery. *Crit Care Clin.*, 2020; 36(4), 631–651. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2020.06.003>
26. Kurd MF, Kreitz T, Schroeder G, Vaccaro AR. The role of multimodal analgesia in spine surgery. *J Am Acad Orthop Surg.* 2017; 25: 260-268.
27. Dunkman WJ, Manning MW. Enhanced recovery after surgery and multimodal strategies for analgesia. *Surg Clin North Am* 2018; 98: pp. 1171-1184.
28. Ntalouka MP, Brotis AG, Bareka MV, Stertsou ES, Fountas KN, Arnaoutoglou EM. Multimodal Analgesia in Spine Surgery: An Umbrella Review. *World neurosurgery.* 2021; 149, 129–139.
29. Ban VS, Bhoja R, McDonagh DL. Multimodal analgesia for craniotomy. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2019; 32(5): 592–599.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 11 de octubre de 2022 aceptado sin corrección para publicación el 21 de noviembre 2022.

Correspondencia a:
 Dra. Tatiana Sepúlveda
 Médico Residente Anestesiología U. de
 Concepción Concepción, Chile
 E-mail: tatiana.sepulveda.sch@gmail.com

AKRANTA®
8 mg TIOLCHICÓSIDO

RELÁJATE **SIN PERDERTE**
LOS MOMENTOS
IMPORTANTES

Ensayar tu presentación
de ballet puede tomar más
tiempo de lo esperado...



...aliviar tu contractura
muscular, **te tomará**
máximo 7 días^{1,2,8}

AKRANTA®

Es el **relajante muscular eficiente y seguro**^{1,6} para tratar contracturas y espamos musculares con **mínimo efecto sedante**^{2,4,5,6} y propiedades **analgésicas/antiinflamatorias**^{2,3,6,7,8}



1. Folleto de información al profesional aprobado por el ISP. 2. Ashwin Kamath. Thiocolchicoside: A review. DHR International Journal Of Medical Sciences (DHR-IJMS) ISSN: 2278-831X, Vol. 4(2), 2013. 3. A.R Umkar*, S.R Bavaskar & P.N.Yewale. Thiocolchicoside as muscle relaxant: a review. International Journal of Pharmacy and Biological Sciences. IJPBS [Volume 1] Issue 3 [JULY-SEPT |2011|364-371. 4. Priyanka S, Manju J, Girish K. A Comparative Study of Efficacy and Tolerability of Fixed-Dose Combination of Etoricoxib and Thiocolchicoside versus Thiocolchicoside alone in Patients with Painful Muscle Spasms. Biomed Pharmacol J 2022;15(1). 5. Ketenci A, Ozcan E, Karamursel S. Assessment of efficacy and psychomotor performances of thiocolchicoside and tizanidine in patients with acute low back pain. Int J Clin Pract. 2005 Jul;59(7):764-70. 6. Tüzün F, Unalan H, Oner N, Özgüzel H, Kirazlı Y, Içağasioglu A, Kuran B, Tüzün S, Başar G. Multicenter, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of thiocolchicoside in acute low back pain. Joint Bone Spine. 2003 Sep;70(5):356-61. 7. Dina C. Janse van Rensburg, et al. The use of skeletal muscle relaxants in musculoskeletal injuries: what is the evidence?. South African Family Practice 2018; 60(5):7-16. 8. Rajput, Jyoti & Patil, P.H. & Surana, Sanjay & Shirkhedkar, A.. (2015). Analytical Methods for Determination of Muscle Relax-ant Thiocolchicoside in Pharmaceutical Preparations- A Review. Open Pharmaceutical Sciences Journal. 2. 43-55.

Akranta® Indicación: Tratamiento adyuvante de contracturas musculares dolorosas en patologías agudas de la columna en adultos y adolescentes desde los 16 años¹. Indicaciones aprobadas en Folleto Profesional en Chile por ISP. Material de uso exclusivo para profesionales de la salud.
Abbott, Av. Carrascal 5670, Quinta Normal, Santiago – Chile


Abbott

Cuidados paliativos prolongados, a propósito de un caso. Prolonged palliative care: case report.

Allende, José ⁽¹⁾, Corthorn, María ⁽²⁾, Silva, Diego ⁽¹⁾

Resumen

Actualmente, las recomendaciones sobre cuidados paliativos sugieren que éstos se inicien lo más tempranamente posible, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, con un enfoque biopsicosocial. A pesar de ello, aún persiste en gran parte del personal de salud la idea de que los cuidados paliativos son estrictamente cuidados de fin de vida, por lo que se asocia inconscientemente un paciente en una fase final de su enfermedad. Algunos estudios sugieren que, a pesar de las recomendaciones, la práctica habitual aún mantiene esta costumbre. Adicionalmente, no existe una duración establecida para definir cuánto deberían durar estos cuidados. A continuación, el reporte de un caso de cáncer de tiroides papilar, neoplasia conocida por su curso relativamente benigno, para tratarse de un cáncer, de lenta progresión. Este fue diagnosticado de forma tardía, con metástasis pulmonar e insuficiencia respiratoria como primer motivo de consulta, hace 8 años. Esto contrasta enormemente con la duración promedio de cuidados paliativos alrededor del mundo, que se estima es de 19 días. El reporte de este caso pretende contrastar estas realidades y mostrar un ejemplo de cuidados paliativos prolongados, los beneficios y también posibles consecuencias que éstos han tenido en la vida del paciente.

Abstract

Currently, recommendations about palliative care suggest that they should be started as early in the course of the disease as possible, with the goal of improving quality of life for patients and their families, with a biopsychosocial approach. Despite this, there's still a pervasive idea among healthcare givers that palliative care is given exclusively at the end of life, thus there's a subconscious association with a patient in the final stages of their disease. Studies suggest that despite recommendations, actual practice maintains this custom. Additionally, there's no definitive duration for palliative care. The following is a case report of papillary thyroid cancer, a disease known for a relatively benign course compared to other forms of cancer, and slow progression. This disease was diagnosed in an advanced stage, with pulmonary metastasis and respiratory failure, 8 years ago. This is in stark contrast with the average duration of palliative care around the world, which is estimated to be 19 days. This report intends to highlight this difference and show an example of prolonged palliative care, the benefits and potential consequences that these may have had on the patient's life.

(1) CESFAM Carelmapu, Chile
(2) DESAM Maullin, Chile

Introducción

Las definiciones de cuidados paliativos han evolucionado con los años y con el crecimiento y difusión de éstos. Actualmente, se recomienda que se inicien lo más temprano posible, con el fin de mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento del paciente y su familia frente a una enfermedad crónica, progresiva y con un posible o probable desenlace fatal [1]. A pesar de lo anterior, los cuidados paliativos alrededor del mundo aún son entregados de forma tardía, son de corta duración y muy cercanos a la muerte de los pacientes que los reciben, promediando 19 días entre su inicio y el fallecimiento [2]. Este contraste entre las recomendaciones y la realidad alrededor del mundo explica en parte porqué gran parte del personal de salud aún asocia los cuidados paliativos casi exclusivamente con etapas avanzadas o terminales de una enfermedad. No existe una duración estandarizada de los cuidados paliativos, dada la gran variabilidad en las etiologías que los generan y también entre pacientes, quienes no necesariamente van a requerir los mismos cuidados en las mismas etapas de una misma enfermedad. Es difícil encontrar recomendaciones, bibliografías o casos clínicos que reporten cuidados paliativos de larga duración, por lo que a continuación se presenta un caso que contrasta fuertemente con la mencionada duración promedio de 19 días.

Caso clínico

Paciente masculino, de iniciales PCV, de 39 años al momento de la primera consulta relacionada con el caso, la cual ocurre hace 8 años. Antecedente médico de hipertensión arterial. Se describe tos persistente, de predominio nocturno, asociada a disnea. Se maneja inicialmente en atención primaria con terapia broncodilatadora, sin embargo 7 meses después es hospitalizado en unidad de paciente crítico por insuficiencia respiratoria global, requiriendo ventilación mecánica no invasiva. En esa hospitalización se diagnostica tuberculosis miliar, por lesiones pulmonares características, y se inicia terapia antituberculosa. Tras 6 meses de tratamiento, el paciente refiere mínima mejoría de síntomas, persiste con tos, disnea, saturación capilar límite de 90%, por lo que es evaluado en comité de patología pulmonar de su hospital. Se solicita adicionalmente un ecocardiograma que evidencia una hipertrofia ventricular izquierda leve. Se decide en conjunto con equipo realizar biopsia pulmonar, la cual tras un primer intento frustrado se concreta, dando como resultado células neoplásicas compatibles con metástasis por carcinoma papilar de tiroides. En este período su función pulmonar se ha deteriorado, requiriendo un concentrador de O₂ domiciliario, entregado por el equipo de broncopulmonar de su hospital, y teniendo una saturación de O₂ basal cercana a 80%. Se deriva a endocrinología, donde se realiza mapeo cervical con linfonodos cervicales positivos para metástasis, sin lesiones secundarias encefálicas. Se presenta el caso al comité de endocrinología en conjunto con cirugía de cabeza y cuello, ofreciendo manejo quirúrgico avanzado, el cual eventualmente es desestimado. Dos años y seis meses después de la primera consulta por tos y disnea, PCV es ingresado a cuidados paliativos.

Desde su ingreso a CP, los síntomas relacionados a manejar fueron tos, disnea y dolor, principalmente costal. Estos fueron tratados exitosamente con opioides orales y transcutáneos

(Morfina, Buprenorfina, Fentanilo), además del concentrador de oxígeno entregado previamente. En general sólo presentó síntomas gastrointestinales leves, como náuseas o constipación, de manejo relativamente sencillo con intervenciones farmacológicas, posiblemente secundarios al uso de opioides. Durante el año siguiente se mantuvo un buen manejo de dolor y disnea, sin embargo, comienzan a evidenciarse otras complicaciones relacionadas con su cuadro de base. Dado la ocupación alveolar e insuficiencia respiratoria crónica, PCV desarrolla poliglobulia, requiriendo controles periódicos de hematocrito y uso estricto de O₂. También comienza a evidenciar hipertensión pulmonar. Secundario a todo esto, desarrolla un síndrome de hiperviscosidad, sumado a su HVI previo, genera una insuficiencia cardíaca global. Tres años después comienza a manifestar dolor dorsal intenso, que no cedía con su terapia habitual, por lo que se gestiona realizar un TAC de tórax que revela una metástasis ósea a nivel de T6, la cual es exitosamente tratado con radioterapia en un centro de referencia nacional, con disminución franca del dolor, haciéndose nuevamente manejable con dosis habituales de opioides. Seis meses después, presenta un cuadro de disnea rápidamente progresiva hasta hacerse de reposo, edema generalizado, ortopnea. Se diagnostica una insuficiencia cardíaca aguda sobre crónica, descartando una etiología coronaria. Evoluciona con un rápido deterioro y compromiso cuantitativo y cualitativo de conciencia, se indica terapia depleitiva y se gestionan cuidados de fin de vida, sin embargo, responde de forma óptima a dicha terapia, volviendo a su estado basal en pocos días. Posteriormente se optimiza el manejo de insuficiencia cardíaca. Además de todo lo mencionado anteriormente, a la fecha existe un uso prolongado de opioides de 4 años y 8 meses, en dosis crecientes. Afortunadamente no se han manifestado complicaciones mayores de este uso ni ha habido episodios de abstinencia por dificultades en la entrega de estos fármacos. Actualmente PCV mantiene un ECOG-3, realiza labores domésticas en su domicilio y puede salir de forma independiente por períodos cortos de tiempo.

Discusión

Como se mencionaba anteriormente, la duración promedio de cuidados paliativos de 19 días contrasta fuertemente con un caso en el cual ha sido de casi 5 años. Considerando también que la primera consulta registrada por este cuadro fue hace más de 8 años, y que ya se presentaba con una enfermedad de lenta progresión en una etapa IV, probablemente son más de 10 años de evolución de un cáncer muy avanzado. Destaca también los elementos multifactoriales de este caso, los cuales confluyen lentamente en los motivos más frecuentes de sufrimiento en cuidados paliativos: náuseas, constipación, disnea, dolor. El uso precoz de opioides permite un buen manejo del dolor, sin embargo, probablemente fue el generador de los síntomas gastrointestinales, los cuales afortunadamente fueron leves y manejables. La ocupación pulmonar genera insuficiencia respiratoria y disnea, pero a su vez genera hipertensión pulmonar e hiperviscosidad, lo cual produce insuficiencia cardíaca, lo que a su vez aumenta su disnea. Además, presenta metástasis óseas muy dolorosas, lo que generó en su momento un requerimiento mayor de opioides, a su vez aumentando náuseas y vómitos y que incluso pudo haber generado

depresión respiratoria. La sobreposición de sus patologías y el deterioro que unas producen sobre otras genera este lento ciclo de deterioro, favorecido también por un paciente joven sin grandes comorbilidades previas, por lo que los sistemas no comprometidos tienden a estar en buenas condiciones y le permiten una mejor chance de sobrevivida de los eventos agudos. La presencia concomitante en este caso de patologías oncológicas y no oncológicas crónicas, que comúnmente requieren cuidados paliativos, también refuerza el manejo multifactorial de este caso. Independientemente de la causa primaria, es un paciente que tiene cáncer, insuficiencia cardíaca y patología pulmonar crónica hipoxémica, abarcando las tres causas más frecuentes que generan requerimientos de cuidados paliativos y que abarcan a más del 80% de los pacientes con esta necesidad [1]. En Chile la cobertura de las garantías explícitas en salud (GES) sólo incluye al cáncer avanzado, que se pueden entregar por la patología primaria de cáncer de tiroides que presenta este paciente, sin embargo, muchos otros con patologías no oncológicas quedan fuera del GES, requiriendo cobertura habitualmente hospitalaria ya en fases finales de sus patologías, a pesar de presentar un sufrimiento similar a este caso.

Los opioides son una herramienta excelente para el manejo del dolor en estos casos, pero no están exentos de complicaciones. Se aconseja iniciarlos precozmente hasta lograr un manejo adecuado del dolor, y algunas fuentes consideran como innecesarias o excesivas las restricciones que existen para su uso alrededor del mundo. Lamentablemente el mal uso de opioides en el comercio ilegal, el abuso y la adicción obligan a que estén más regulados que otros tipos de fármacos. En este caso, el tiempo de uso de casi 5 años obliga a considerar casi como una certeza un grado no menor de dependencia a ellos, lo que podría generar un síndrome de abstinencia severo en un paciente con compromiso respiratorio y cardiovascular en etapa avanzada.

A pesar de llevar 5 años en cuidados paliativos, la recomendación de inicio precoz técnicamente no sucedió, ya que pasaron 3 años entre la primera consulta y su ingreso formal al programa, aunque el periodo entre el diagnóstico de cáncer y su ingreso fue bastante menor, y era la única puerta de entrada al programa GES en ese entonces. Sí se entregaron algunas medidas paliativas, aunque con un fin más bien terapéutico, como el O2 domiciliario. Incluso en un caso como este, el concepto de ingreso precoz es difícil de ejecutar, tanto por el proceso diagnóstico como también por la expectativa curativa que pueda tener el equipo de salud, como fueron el tratamiento de la TBC y la cirugía radical ofrecida.

La mirada global de este caso nos permite ver los efectos que ha tenido una patología tan poco agresiva, en un hombre joven previamente sano, casi en cámara lenta. Es poco probable que, al momento del ingreso al programa de cuidados paliativos, se esperara una expectativa de vida mayor a 5 años. El cáncer papilar con metástasis a distancia tiene una sobrevivida de 5 años de 75% [3], sin embargo, este paciente fue ingresado incluso antes del diagnóstico a una unidad de paciente crítico, por una insuficiencia respiratoria severa y una enfermedad que probablemente ya llevaba varios años de evolución. No solo ha sobrevivido, sino que ha podido llevar una vida digna, sí con

limitaciones, pero con sufrimiento mínimo, manejable, salvo períodos críticos. La evolución habitual de los pacientes en cuidados paliativos “terminales”, de fin de vida, en general lleva a una sedación precoz y/o a un compromiso de conciencia, por lo que no es frecuente ver lentamente cómo se agregan otras patologías que también demandan cuidados paliativos.

La insuficiencia respiratoria, cardíaca y el dolor oncológico intenso han coexistido en distintas etapas de su enfermedad, por un largo período de tiempo, y a pesar de la dificultad del manejo de todas ellas en conjunto, se ha podido entregar una calidad de vida aceptable a PCV y a su familia. Puede que los cuidados paliativos no hayan sido técnicamente iniciados de forma precoz, pero han estado presentes por largo tiempo y esta rama de la medicina ha permitido un acompañamiento de largo aliento, y un enfoque multidisciplinario cuyo paradigma primordial ha sido disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

Agradecimientos

A PVC, por su optimismo, su resiliencia, su amabilidad, su gratitud, su actitud afable y su generosidad, quien compartió su propio concentrador de oxígeno con alguien que él estimaba lo necesitaba más, y accedió a la publicación de este caso para el beneficio de otros. Gracias.

Referencias Bibliográficas

1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. Jordan et al.
3. <https://www.cancer.net/cancer-types/thyroid-cancer/statistics>

Conflicto de Interés:

Recibido el 05 de enero de 2023 aceptado sin corrección.
Para publicación el 04 de mayo 2023.

Correspondencia a:
Dr. José Ignacio Allende
CESFAM Carelmapu
Carelmapu Chile.
E-mail: jignacio.allendec@gmail.com

Conoce Narma,

la forma segura de conocer
sobre los cannabinoides



Existen evidencias concluyentes de que los cannabinoides son útiles para el tratamiento del dolor crónico y que ayudan a disminuir la dosis de opioides en los usuarios crónicos.

Capacitamos a médicos y profesionales de la salud, siguiendo guías clínicas internacionales ampliamente validadas.

Somos un **recetario magistral especializado en cannabinoides**, lo que nos permite acompañar a pacientes y profesionales de la salud en todo el proceso de acceso a los tratamientos.

Buscamos ser **referencia médica**, llevando a los profesionales de la salud lo último en evidencia científica, estudios clínicos y experiencia internacional, a través de charlas y reuniones clínicas, webinars mensuales y newsletter informativos.

Trabajamos con productos de grado farmacéutico, **autorizados por el ISP**, con certificación internacional GMP.

Escríbenos a contacto@narma.cl y obtén gratis nuestra guía médica actualizada.

Ven a conocernos y entra al mundo de los cannabinoides de forma segura.



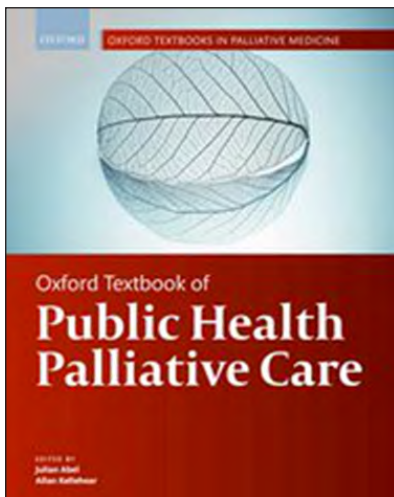
narma
Tu nueva farma

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo ⁽¹⁾.

Un desafío de salud pública: ampliar la visión medicalizada de la muerte.

**Oxford Textbook of Public Health Palliative Care, Julian Abel, Allan Kellehear (eds) Oxford University Press, 2022, Hardcover, 336 pp
ISBN: 978-0198862994**



Los editores y autores de este libro son los fundadores y líderes internacionales en este campo de la medicina. En la obra publicada, enfocan esta disciplina teniendo en cuenta el escenario de los diversos pueblos que conforman el mundo, presentando la base teórica del concepto, describiendo la práctica y los enfoques básicos de esta especialidad. Se analiza la sinergia existente entre los cuidados paliativos y la salud pública, desde un punto de vista teórico y práctico. A partir de esta asociación, se plantea una mirada de todo el conjunto humano; desarrollo comunitario, incluido el concepto de comunidades compasivas; el desarrollo de la alfabetización al final de la vida; intervenciones tempranas; el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud; diseño de servicios de salud en todos los lugares, incluidos los grupos humanos de ingresos bajos y medios; la importancia de acceso equitativo a los cuidados paliativos, incluidos

aquellos que sufren vulnerabilidad estructural, como los pueblos indígenas, las personas sin hogar, las personas mayores, los refugiados, los reclusos y quienes forman parte de las comunidades LGBTQ+(identidades de género y orientación sexual).

Los autores plantean un cambio desde un modelo medicalizado de atención a un modelo comunitario de salud pública que “requiere ver a las comunidades como socios iguales en un modelo social y médico”. La adaptación de los cuidados paliativos a esta perspectiva varía considerablemente en todo el mundo. El Instituto de Medicina Paliativa en Kerala, India, donde existe una fuerte participación comunitaria, es un ejemplo de la adaptación de los cuidados paliativos a este modelo. Los cuidados paliativos desde sus inicios fueron contraculturales al paradigma de los avances vertiginosos en la medicina y las frustraciones que sentían muchos profesionales de la salud sobre cómo enfrentar la atención de los pacientes diagnosticados como incurables. Los cuidados paliativos de salud pública plantean un mensaje más amplio y desafiante, por su naturaleza universal, la enfermedad, la mortalidad y el duelo tienen dimensiones personales y sociales al mismo tiempo.

Este nuevo libro es un aporte valioso que se suma a lo ya escrito sobre cuidados paliativos. Ofrece una introducción clara y sistemática sobre estos conceptos, que permitirá abrir el horizonte de la discusión sobre la experiencia de la enfermedad, la muerte y el duelo en la sociedad.

Historical analysis of opioids epidemic in United States of America ,2022 / DOI: 10.20986/mpj.2021.1014/2021, E. Regueras Escudero, José López Guzmán, U. de Navarra

Trabajo de revisión, publicado en la revista Multidisciplinary Pain Journal (MPJ) que analiza los hechos históricos más relevantes ocurridos en Estados Unidos con relación al uso de los opioides en el tratamiento del dolor. Este trabajo tiene como finalidad vislumbrar las condiciones que hayan podido originar o contribuir al inicio de la denominada “epidemia” de consumo de opioides en Estados Unidos. Lamentablemente se ha pretendido extrapolar esta situación a Latinoamérica y otros países del mundo, a pesar de que las condiciones y circunstancias en lugares pueden ser totalmente distintas, pudiendo en muchos de ellos significar un retroceso en cuanto al manejo correcto y prescripción de opioides para enfermos que lo necesitan. Se efectúa un análisis y discusión de las medidas tomadas en EE. UU. de Norteamérica con relación a

(1) Anestesiólogo, Medicina Paliativa

esta “epidemia”. El artículo corresponde a la tercera y última parte del análisis, publicado en números anteriores.

En el mes de noviembre de 2017, la administración Trump publicó “The president’s commission on combating drug addiction and the opioid crisis”, documento en el cual erróneamente se engloba en la crisis tanto los opioides de prescripción como los opioides ilícitos. Este error de diagnóstico sigue manteniéndose a lo largo de toda la gestión gubernamental de la epidemia en Estados Unidos. El documento habla de varios factores que han gestado o promovido la actual epidemia de opioides. La primera crisis de opioides estuvo asociada principalmente al desconocimiento por parte de los prescriptores de la potencia adictiva de los medicamentos utilizados en aquella época y a la banalización de su uso fruto de este desconocimiento. La solución de esta primera crisis fue el control y la educación de los prescriptores.

Esta nueva epidemia es diferente respecto a la primera crisis y sin embargo las agencias y gobiernos americanos han considerado que, de nuevo, el origen principal del problema estaba en el uso médico indiscriminado de los opioides. Como se aprecia en esta visión histórica, la actual crisis de opioides en Estados Unidos tiene dos componentes con dinámicas diferentes (uso médico y uso ilícito) que no se pueden mezclar. El documento de la administración Trump de 2017 no diferenció estos dos componentes y arrastró este error, por lo que las medidas recomendadas están resultando en muchos casos ineficientes. Es indispensable puntualizar que, en la actual epidemia de opioides en Estados Unidos, la participación de los opioides de prescripción es marginal y no central, siendo las drogas de uso ilícito las que acumulan la mayor parte de morbilidad.

Se hace referencia a datos publicados por Wu y cols. en 2017 (datos de 2.000 pacientes reclutados entre 2014-2015 en 5 centros de Estados Unidos): del total de participantes, el 76 % proporcionó datos sobre el uso de diversas sustancias en los últimos 12 meses. El 4,9 % usó de opioides por prescripción médica. El 36 % de la muestra cumplía criterio de SUD (Substance Use Disorder). La suma de la prevalencia de DUD (Drug Use Disorder) fue de 30 % para sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína, opioides ilegales, etc.) versus 2,4 % para opioides de prescripción y 1,4 % para sedantes de prescripción médica (suma total asociada a prescripción médica fue de 3,5 %). La dimensión de SUD asociada a drogas ilegales es de 12,5 veces la asociada a los opioides de prescripción. Comparando solo cocaína + heroína + opioides ilegales (12,9 %) versus opioides de dos relacionados con el uso ilegal.

Es fundamental analizar de forma separada ambos ámbitos (opioides ilegales y opioides de prescripción) ya que se trata de dos realidades distintas donde los canales, impulsos de uso, perfiles de usuarios, origen del uso y consumo, proveedores, productos utilizados, etc., son diametralmente diferentes. Se trata de problemas diferentes que deben ser estudiados y abordados con medidas diferentes. De acuerdo con el análisis realizado, no podemos analizar la “epidemia de los EE. UU. de NA como si se tratara de una pandemia que afecta a todos los países por igual.

Conocimiento actual sobre tratamientos de ondas de choque basados en la evidencia para la patología del hombro.

Daniel Moya, Silvia Ramón, Leonardo Guiloff, Ludger Gerdemeyer, Volumen 24, Parte B, diciembre 2015, Páginas 171-178, International Journal of Surgery, <https://doi.org/10.1016/j.ijss.2015.08.079>. Artículo de revisión.

El dolor de hombro es una de las patologías musculoesqueléticas más comunes. El tratamiento mediante TOCH (terapia extracorpórea de ondas de choque) ha surgido como una alternativa cuando falla el tratamiento conservador en la tendinopatía calcificada del manguito rotador, previo a procedimientos invasivos. La eficacia clínica de la ESWT (Terapia de Ondas de Choque Extracorpórea) en la tendinopatía no calcificada sigue siendo controvertida. Los buenos resultados en el tratamiento de las calcificaciones del manguito rotador han hecho que las indicaciones de la TOCH se amplíen a otras patologías del hombro. Se efectúa una revisión el estado actual de las indicaciones y la práctica basada en la evidencia.

La terapia de ondas de choque extracorpóreas se ha convertido en una poderosa herramienta terapéutica para la patología del hombro. Si bien muchos artículos de alta calidad respaldan su eficacia y eficiencia en el tratamiento de las calcificaciones del manguito de los rotadores, la eficacia clínica de la TOCH en las tendinopatías no calcificadas sigue siendo controvertida y necesita más investigación. Se han informado resultados prometedores en otras enfermedades del hombro, pero todavía no hay pruebas sólidas que respalden estos comentarios. Finalmente se concluye que existe evidencia que apoya el uso de ondas de choque en ciertas patologías del hombro. Su eficiencia, seguridad y no invasividad justifican su elección frente a los procedimientos quirúrgicos en las calcificaciones del manguito rotador.

Conflicto de Interés:

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

Recibido el 01 de marzo de 2023 aceptado sin corrección para publicación el 03 de abril 2023.

Correspondencia a:
Dr. Rodrigo Fernández R.
Anestesiólogo – Medicina Paliativa
Past President ACHED-CP
Encargado Paliativos Sin Fronteras Chile
E-mail: rodrigoached@gmail.com

Retomando el Camino Post-pandemia.

El año 2023 se inició con un importante hito para nuestra tarea de sensibilizar, estudiar, prevenir y tratar el dolor y los cuidados paliativos, que constituye nuestra razón de ser como Asociación científica. La promulgación de la Ley de Dolor Crónico y Fibromialgia (Ley 21.531) fue la culminación de un largo proceso en que ACHED-CP participó activamente en su tramitación legislativa. Nos congratulamos, junto a muchas otras entidades y especialmente los pacientes, de contar con una legislación que podrá eventualmente mejorar la calidad de vida de muchas personas.

Para dejar atrás los días de la crisis sanitaria del COVID-19 y retomar con decisión la normalidad en la post-pandemia, nos hemos esforzado en mantener nuestras actividades habituales y, al mismo tiempo, preocuparnos de extender nuestras instancias de actualización y capacitación científica a regiones.

Hemos aprovechado todo el alcance que nos permiten los canales digitales-como streaming, Zoom, YouTube-, tanto en formato sincrónico como asincrónico. De igual manera, hemos ido retomando nuestros encuentros presenciales, de inigualable valor para compartir conocimientos y experiencias, en Jornadas, Simposios, Talleres y Cursos.

Agradecemos el apoyo de nuestros socios, de diversas especialidades en cuidados de salud, y muy especialmente a aquéllos que han participado como expositores en nuestras diversas instancias científicas. Así mismo, en varias de nuestras tareas hemos actuado en conjunto con la Sociedad Médica de Cuidados Paliativos, como también dando nuestro patrocinio a iniciativas de universidades públicas y privadas, multiplicando así nuestro radio de acción en beneficio finalmente de nuestros pacientes.

No podemos dejar de mencionar el gran apoyo que nos dan nuestros Socios Benefactores, que hacen posible la realización de nuestras tareas.

Entregamos aquí un breve resumen de nuestras actividades durante el primer semestre de 2023.

	FECHA	TEMA	PARTICIPANTES
AGOSTO	Agosto a noviembre	Curso Dolor Crónico No Oncológico Para Médicos Generales	Curso patrocinado por ACHED-CP Organizado por Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y Unidad del Dolor del Hospital Clínico Universidad de Chile. Directora del Curso: Dra. Michelle Levenier González. Fisiatra, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y Unidad del Dolor, Hospital Clínico Universidad de Chile.
	8, 9 y 10 de agosto	Congreso Oncosummit 2023	Congreso patrocinado por ACHED-CP Organizado por Fundación Cáncervida invita a participar en el 4º Congreso de Innovación, Desarrollo y Actualización en Cáncer desde la Sociedad Civil (ONCOSUMMIT 2023) Comité Científico: Dra. Eva Bustamante Dra. Christiane Rojas
	4 al 5 de agosto	Segundas Jornadas de Invierno interdisciplinarias de Dolor de ACHED-CP	Comité Organizador: Ps. Alejandra Rodríguez A., QF. Matías Ramírez A. y Dr. David Soto
	4 de agosto al 13 de octubre	Curso "Actualización en el Diagnóstico y Manejo Multidisciplinario de Pacientes con Fibromialgia en Atención Primaria de Salud.	Curso patrocinado por ACHED-CP Organiza: Departamento de Ortopedia y Traumatología de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Jefe de Programa: Dr. Mauricio Soto Subiabre Instructor Adjunto, Facultad de Medicina UC

	FECHA	TEMA	PARTICIPANTES
JULIO	25 de julio	Reunión Clínica ACHED-CP "Fragilidad y Dolor"	Moderadoras: Dra. Delia Ruiz. Vicepresidenta ACHED-CP, y a Dra. María Lorena Oyanadel, Secretaria ACHED-CP. Expositores: Dr. Gerardo Fasce, geriatra del Hospital Clínico de la U. de Chile, y el Dr. Daniel Erlij, reumatólogo del Hospital del Salvador.
JUNIO	16 y 17 de junio, en La Serena	"Segundas Jornadas de Dolor y Cuidados Paliativos en homenaje al Dr. Ronny Muñoz", organizadas por ACHED-CP y SMCP.	Moderadores: Dr. Carlos Aguayo (Presidente ACHED-CP) Dra. Lía Escobar (médico paliativista de Iquique de SMCP) y Q.F. Renzo Ramos, ambos de Iquique. Equipo Organizador: Dr. Carlos Aguayo y Dr. Fernando Hormazábal (por ACHED-CP) y Dra. Lía Escobar y QF Renzo Ramos (por SMCP).
ABRIL	25 de abril	Reunión Clínica ACHED-CP "Psicología y Dolor"	Moderadora: Ps. Alejandra Rodríguez, Doctoranda en Psicología, Directora de ACHED-CP. Expositoras: Ps. Guadalupe Rosales. Doctora en Psicología, Secretaria Científica de la Asociación Argentina para el Estudio del Dolor (AAED). Ps. Daniela Rojas Psicóloga, Presidenta de la Asociación Chilena de Psicooncología.
	21 y 22 de abril	Curso Multidisciplinario Psico-Neuro Reumatología: Dolor y Psique en los Trastornos Autoinmunes, Desafiando al Especialista" de Sochire	Curso patrocinado por ACHED-CP Organizado por Sociedad Chilena de Reumatología (SOCHIRE) Presidenta del Curso: Dra. Alejandra Álvarez
MARZO	28 de marzo	Reunión Clínica ACHED-CP "Cefaleas, Trastornos Temporomandibulares y del Sueño en Pacientes con Necesidades Especiales"	Moderador: Dr. Daniel Carreño, Cirujano Dentista Universidad de Chile. MSc in Special Care Dentistry, University College London. Expositoras: Dra. Marcela Cancino Médico Cirujano y Especialista en Neuropediatría, Universidad de Santiago. Dra. Mónica Firmani Cirujano Dentista, Universidad de Chile. Magíster en Ciencias Odontológicas, especialización en TTM y Dolor Orofacial UNAB. Dra. Paola León Médico Cirujano y Especialista en Neuropediatría Universidad de Chile. Magíster en Trastornos del Espectro Autista.

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.

TECNOFARMA

Líder en el **ALIVIO DEL DOLOR**

SUPRACALM®

paracetamol 1 gramo

Presentación:
Supracalm® 1G X 20 COMP



XUMER®

etoricoxib 60/90/120 mg

Presentación:
Xumer® 120 MG X 7 COMP RECUB
Xumer® 60 MG X 14 COMP RECUB
Xumer® 90 MG X 14 COMP RECUB



FAMILIA

Dolgenal®

Ketorolaco Trometamol

Presentación:
Dolgenal® 10 MG X 10 COMP
Dolgenal® SL 30 MG X 4 COMP
Dolgenal® 30 MG X 3 AMP



FAMILIA DINAFLEX®

sulfato de glucosamina + condroitin sulfato

Presentación:
Dinaflex® Duo X 60 CAP
Dinaflex® Duo Forte X 30 SOBRES



CRONUS®

Paracetamol 325 mg + tramadol 37,5 mg

Presentación:
Cronus® X 20 COMP





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 \"mailto:informedica.cl@grunenthal.com\" informedica.cl@grunenthal.com](mailto:HYPERLINK \). Si desea reportar cualquier evento adverso favor comunicarse al 800 210 129 o escribanos a [HYPERLINK \"mailto:drugsafety.cl@grunenthal.com\" drugsafety.cl@grunenthal.com](mailto:HYPERLINK \)

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.