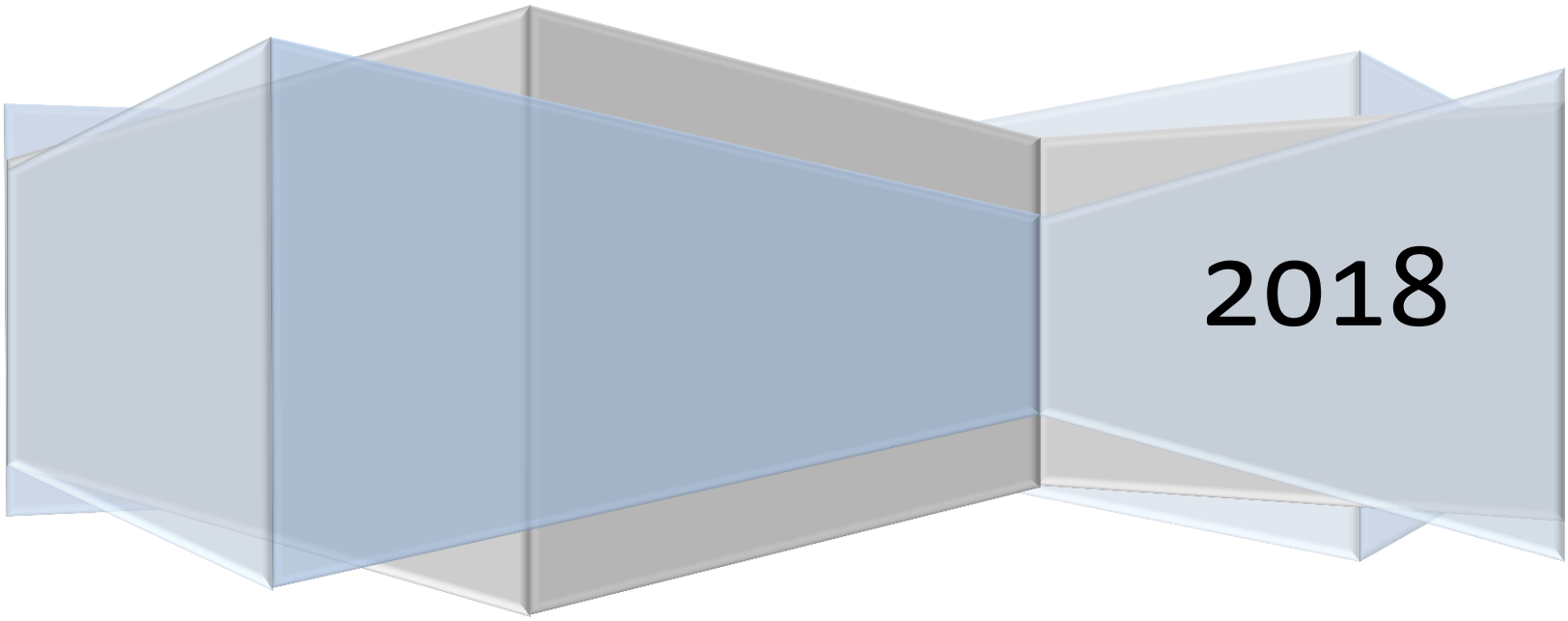
Centro Algia® para la Educación en Medicina, A. C.

Memorias

Curso AADAP

Profesores Centro Algia® para la Educación en Medicina, A. C.



Analgesia peri-operatoria en la paciente obstétrica: Territorio olvidado de los consensos. 2
1. INTRODUCCION. 3
2. ANALGESIA REGIONAL PARA PARTO VAGINAL 3
3. ALIVIO DEL DOLOR DURANTE Y DESPUÉS DE UNA CESÁREA 4
4. ANALGESIA MULTIMODAL EN PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS 4
4.1. Anti-inflamatorios no esteroideos (AINE): 5
4.2. Paracetamol: 5
4.3. Dexametasona: 5
4.4. Ketamina: 5
4.5. Infiltración de la herida con anestésicos locales: 6
4.6. Bloqueo del plano transverso abdominal: 6
5. ANALGESIA OBSTÉTRICA A BASE DE REMIFENTANILO INTRAVENOSO 6
6. ESTRATEGIAS DE MANEJO ANALGÉSICO EN OBSTETRICIA 7
7. CONCLUSIONES 7
8. REFERENCIAS 8
Dolor Crónico Postoperatorio ¿Existe algo nuevo? 11
1. INTRODUCCIÓN 12
2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS 12
3. UNA MIRADA RÁPIDA AL DCPQ 12
4. NUEVAS ESTRATEGIAS EL ABORDAJE TERAPÉUTICO 13
5. CONCLUSIONES 13
6. REFERENCIAS. 14
El papel del psicólogo en la atención perioperatoria del dolor: Mencionado en papel e desatendido en la práctica diaria. 19
1. PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTAS Y ¿CIRUGÍA? 20
2. PAPEL DEL PSICÓLOGO EN UN EVENTO QUIRÚRGICO. 20
3. NECESIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PREOPERATORIO 20
4. CONCLUSIONES 21

Analgesia peri-operatoria en la paciente obstétrica: Territorio olvidado de los consensos.

María López-Collada Estrada (1, 2), Luz A. Templos-Esteban (2, 3), Alfredo Covarrubias-Gómez (2, 4).

(1) Departamento de Cuidados Paliativa en del Centro Estatal de Cancerología de Chihuahua.
(2) Departamento de Educación e Investigación en el Centro Algia® para la Educación en Medicina.
(3) División de Cuidados Paliativos y Clínica del Dolor en el Hospital General Manuel Gea González
(4) Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia:

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez
Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa
Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga # 15. Colonia Sección XVI. Tlalpan. CP.: 14000. CDMX
Correo electrónico: algia.mexico@gmail.com; alfredocov@yahoo.com
Sitio web: www.algia.org.mx
Teléfono: +52-55-54870900; extensión 5007

1. INTRODUCCION.

En 1847, el obstetra escocés James Simpson administró exitosamente éter a una mujer durante el trabajo de parto para el alivio del dolor. Sin embargo, posteriormente expresó su incertidumbre en cuanto a los posibles efectos adversos del anestésico en el procedimiento: “Será necesario evaluar el efecto del éter tanto en el músculo uterino como en los músculos abdominales; su influencia en el neonato y si ocasiona cierta tendencia hacia hemorragias u otras complicaciones” (1).

Casi dos siglos después, el efecto de los anestésicos y analgésicos sobre la madre y el producto continúa siendo una discusión activa entre pacientes, anestesiólogos y obstetras. En este trabajo se discutirán los avances más importantes en cuanto a analgesia epidural, espinal, combinada, opioides intravenosos, analgesia multimodal y bloqueo del plano transverso abdominal. Existen métodos alternativos que van ganando popularidad en los últimos años, tales como hidroterapia, hipnosis, uso de personal de soporte durante el parto (doulas), masaje y bloqueos de agua estéril.

2. ANALGESIA REGIONAL PARA PARTO VAGINAL

El dolor de parto es transmitido por las fibras torácicas bajas, lumbares y sacras, las cuales son susceptibles a ser bloqueadas por un abordaje epidural. Puede utilizarse anestésico local, opioide o ambos. La técnica alternativa de analgesia combinada espinal-epidural recientemente ha ganado popularidad, ya que produce un alivio más rápido del dolor que la técnica epidural pura y se relaciona con un mejor índice de satisfacción materna (2).

Existen algunos estudios que han relacionado la analgesia combinada con bradicardia fetal, pero la evidencia es insuficiente para hacer aseveraciones al respecto (3). Los ensayos clínicos aleatorizados y meta-análisis que existen al respecto no han encontrado relación entre analgesia epidural y mayor incidencia de nacimientos por cesárea (4-6). Se ha encontrado que la analgesia obstétrica combinada se relaciona con un aceleramiento en la dilatación cervical (7).

En cuanto al momento ideal para iniciar una analgesia obstétrica; diversos estudios observacionales han implicado a la administración temprana con una mayor incidencia de nacimientos por cesárea o por parto instrumentado. Sin embargo, los tres ensayos clínicos aleatorizados que evalúan la aplicación de la analgesia en diferentes etapas del parto y un estudio reciente de Cochrane no encontraron diferencias (8-10).

3. ALIVIO DEL DOLOR DURANTE Y DESPUÉS DE UNA CESÁREA

La anestesia neuroaxial es la técnica anestésica recomendada por la ASA (acrónimo de American Society of Anesthesiologists, en inglés) y por la APS (acrónimo de American Pain Society, en inglés), sin recomendar alguna técnica específica por sobre otra (espinal, epidural o combinada).

La anestesia espinal es la técnica más usada en Estados Unidos. Se sugiere la aplicación de una dosis única de morfina intratecal o epidural, ya que reduce el dolor de manera significativa durante las 24 horas posteriores (11). La dosis ideal de morfina intratecal permanece sin establecerse; dosis arriba de 100 microgramos producen una analgesia de mayor duración. Sin embargo la náusea y el vómito son efectos adversos dosis-dependientes.

La clonidina se ha asociado con hipotensión severa y la FDA (acrónimo de Food and Drug Administration, en inglés) publicó una *"black box warning"* (advertencia) desaconsejando el uso de clonidina intratecal en anestesia y analgesia obstétrica por el riesgo de inestabilidad hemodinámica. Por lo tanto, la clonidina deberá reservarse para pacientes con riesgo de dolor postoperatorio severo y para las pacientes que tengan historial de dolor crónico (12).

Un catéter peridural puede permanecer en el postoperatorio para analgesia continua o controlada por la paciente (PCA; patient-controlled analgesia). Sin embargo, existen varias desventajas: la movilidad de la paciente puede disminuir al tener una bomba de infusión, la tromboprofilaxis se vuelve menos sencilla, los costos se incrementan y la carga de trabajo para el personal de enfermería aumenta.

Para la mayoría de las pacientes sanas a quienes se les haya realizado una cesárea no complicada, una dosis única de anestésico local y opioide intratecal o epidural en combinación con AINE (Anti-inflamatorios no esteroideos) resulta adecuado para una analgesia satisfactoria (12).

4. ANALGESIA MULTIMODAL EN PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

El uso de analgesia multimodal produce un alivio del dolor superior y disminuye la dosis total de opioide requerida en el perioperatorio.

4.1. Anti-inflamatorios no esteroideos (AINE):

Tienen un efecto ahorrador de opioide de un 30-50% en este contexto. Para mujeres sanas, con un parto o una cesárea no complicada, los AINE son una herramienta valiosa. No existen estudios comparativos entre diferentes tipos de AINE en obstetricia, y existe evidencia limitada del uso de inhibidores selectivos de la COX-2 en obstetricia.

La elección del AINE deberá basarse en la disponibilidad del mismo, ya que no existen estudios en fase clínica que sustenten un mejor perfil analgésico o antiinflamatorio de uno sobre otro. Deberá tenerse en cuenta que su uso no está recomendado en hipovolemia ni en otros estados que predispongan a lesión renal, en pacientes con factores de riesgo para desarrollo de úlcera péptica ni en pacientes con factores de riesgo cardiovasculares (13), sin sobrepasar 5 días de uso incluso en pacientes sanas.

4.2. Paracetamol:

El paracetamol tiene un efecto ahorrador de opioide del 20%. Es un componente importante en la analgesia multimodal obstétrica debido a una buena analgesia y mínima transferencia a la leche materna. Se recomienda un esquema de paracetamol y un AINE con horario, y el uso de opioide en caso de dolor. La vía oral es recomendada por su menor costo, sin embargo la vía intravenosa puede ser preferible en pacientes que no toleren las formulaciones vía oral o que presenten náusea y vómito en el postoperatorio (14).

4.3. Dexametasona:

Una dosis única perioperatoria de dexametasona mejora la analgesia y disminuye la incidencia de náusea y vómito postoperatorios. Se han descrito dosis que oscilan entre 1.25 y 20mg, y la dosis óptima no se ha establecido. Una dosis única de dexametasona no impide la adecuada cicatrización de la herida ni aumenta el riesgo de infección. Deberá usarse con precaución en pacientes con resistencia a la insulina, ya que puede aumentar los niveles de glucosa hasta por 24 horas posteriores a su aplicación (15).

4.4. Ketamina:

Estudios han demostrado que una dosis única de 10mg de ketamina en el intraoperatorio durante una cesárea disminuyó el dolor postoperatorio dos semanas después. El fármaco puede tener un rol en pacientes con riesgo de desarrollar dolor postoperatorio persistente o en pacientes ya con dolor crónico de otro origen previo a la operación cesárea (16).

4.5. Infiltración de la herida con anestésicos locales:

La analgesia mejora al infiltrar una dosis única de anestésico local en la herida quirúrgica en comparación con placebo. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al momento de su aplicación (previo o posterior a la incisión). La colocación de un catéter sub-fascial para infusión continua de anestésico local provee una mejor analgesia que una dosis única, y ha probado ser igual de efectiva que un bloqueo del plano transverso abdominal (TAP por sus siglas en inglés; transversus abdominal plane block) (17-18).

4.6. Bloqueo del plano transverso abdominal:

Se ha comprobado que el TAP mejora de manera importante la analgesia en pacientes embarazadas que fueron sometidas a una cesárea urgente con anestesia general y en pacientes en quienes se utilizó anestesia regional sin opioide intratecal (19).

El TAP no provee una analgesia superior que una anestesia regional con morfina intratecal. Una indicación potencial es un “rescate” para pacientes con dolor post-incisional importante. Deberemos tener en cuenta que el TAP es efectivo en dolor de tipo somático, sin tener efecto en el dolor visceral (19).

5. ANALGESIA OBSTÉTRICA A BASE DE REMIFENTANILO INTRAVENOSO

En pacientes parturientas en quienes la analgesia neuroaxial no es una opción (coagulopatías, hipertensión endocraneana, infección local o no aceptación del procedimiento), la aplicación de remifentanilo intravenoso ha venido ganando terreno por diversas razones: ha demostrado ser más efectivo que la meperidina, se metaboliza por esterasas plasmáticas con metabolitos inactivos, una vida media ultra-corta, mínimo cruce hemato-placentario y un inicio de acción tan corto como 1.1 minutos. La dosis descrita es de 0.025 a 0.1 mcg/kg/min. Deberá aplicarse siempre con oxígeno suplementerio y monitoreo continuo de los signos vitales. Al igual que muchos analgésicos, su uso en obstetricia continúa siendo *“off label” (no contemplada en la información para prescribir)* (21).

6. ESTRATEGIAS DE MANEJO ANALGÉSICO EN OBSTETRICIA

- Utilizar ahorradores de opioides con horario los primeros tres días del post-parto (Un AINE y paracetamol).
- Administrar morfina neuroaxial siempre que esto sea posible.
- Considerar una dosis única intraoperatoria de dexametasona si no hay contraindicación.
- Reservar el uso de opioides como rescate para dolor de moderado a severo (tramadol u oxicodona) a la dosis mínima efectiva.
- Ultilizar anestesia regional siempre que esto sea posible.
- Infiltrar la herida quirúrgica.
- Se reserva el TAP para pacientes con dolor post- incisional importante o en pacientes con riesgo de desarrollar dolor postoperatorio persistente.
- Una infusión continua epidural ya sea por PCA o por bomba de infusión se reserva para pacientes con factores de riesgo de dolor postoperatorio.
- El uso de remifentanilo intravenoso como analgesia obstétrica es una opción viable y segura si se administra a la menor dosis efectiva y con monitoreo continuo de los signos vitales.

7. CONCLUSIONES

El manejo del dolor en la embarazada, ha recibido especial atención. En el 2002, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en conjunto con la Asociación Americana de Anestesiólogos, dieron a conocer una declaración en la cual establecen que “la solicitud de una mujer embarazada de alivio del dolor, es suficiente motivo para su indicación médica” (22).

El manejo inadecuado del dolor postoperatorio en post-parto o post-cesárea, puede afectar de forma significativa el bienestar de la madre y el neonato; esto es debido a que en presencia de dolor: (i) se retrasa la ambulación, (ii) el tiempo de inicio de la ingesta y (iii) la ventilación presenta un patrón restrictivo, condicionando la acumulación de secreciones (la liberación de catecolaminas inhibe la secreción de oxitocina, con lo cual la producción de leche materna disminuye o se suspende) (22).

Se ha sugerido que la alimentación al seno materno debe practicarse a menos que exista alguna contraindicación; por tal motivo, el abordaje medicamentoso de la paciente obstétrica debe evaluar: (i) si el fármaco en cuestión es seguro para la madre y el neonato, (ii) las concentraciones del mismo en la leche materna y (iii) los efectos en el neonato a estas concentraciones por la ingesta (22). Actualmente la evidencia es escasa (**Tabla 1**).

Con base en lo anterior, el manejo del dolor postoperatorio en la paciente obstétrica representa un reto para el anestesiólogo, ya que se debe tener en consideración el impacto de los medicamentos utilizados sobre el binomio materno fetal y al mismo tiempo tener en mente cuales son las técnicas analgésicas más eficaces. Es conveniente revisar la evidencia disponible y establecer estrategias que sean seguras para el binomio materno-fetal.

8. REFERENCIAS

1) Simpson W. The works of Sir J.Y. Simp- son. Edinburgh, Scotland: Adam and Charles Black, 1871.
2) Pickering AE, Parry MG, Ousta B, Fernando R. Effect of combined spinal-epidural ambulatory labor analgesia on bal- ance. Anesthesiology 1999;91:436-41.
3) D'Angelo R, Eisenach JC. Severe mater- nal hypotension and fetal bradycardia after a combined spinal epidural anesthetic. Anes- thesiology 1997;87:166-8.
4) Sharma SK, Sidawi JE, Ramin SM, Lucas MJ, Leveno KJ, Cunningham FG. Cesarean delivery: a randomized trial of epidural ver- sus patient-controlled meperidine analgesia during labor. Anesthesiology 1997;87:487- 94.
5) Ramin SM, Gambling DR, Lucas MJ, Sharma SK, Sidawi JE, Leveno KJ. Randomized trial of epidural versus intravenous analgesia during labor. Obstet Gynecol 1995;86:783-9.
6) Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barrett JF, Rice A. Effect of epidural vs paren- teral opioid analgesia on the progress of labor: a meta-analysis. JAMA 1998;280: 2105-10.
7) Tsen LC, Thue B, Datta S, Segal S. Is combined spinal-epidural analgesia associated with more rapid cervical dilation in nul- liparous patients when compared with con- ventional epidural analgesia? Anesthesiology 1999;91:920-5.
8) Chestnut DH, McGrath JM, Vincent RD Jr, et al. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nul- liparous women who are in spontaneous labor? Anesthesiology 1994;80:1201-8.
9) Chestnut DH, Vincent RD Jr, McGrath JM, Choi WW, Bates JN. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are receiving intravenous oxytocin? Anesthesi- ology 1994;80:1193-200.
10) Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 10. Art. No.: CD007238.
11) Palmer CM, Nogami WM, Van Maren G, Alves DM. Postcesarean epidural morphine: a dose-response study. Anesth Analg 2000; 90:887-91.
12) Carvalho B, Butwick AJ, Post-Cesarean Delivery Analgesia, Best Practice & Research

Clinical Anaesthesiology (2017), doi: 10.1016/j.bpa.2017.01.003.

13) Elia N, Lysakowski C, Tramer MR. Does multimodal analgesia with acetaminophen, nonsteroidal antiinflammatory drugs, or selective cyclooxygenase-2 inhibitors and patient-controlled analgesia morphine offer advantages over morphine alone? Meta-analyses of randomized trials. Anesthesiology 2005;103: 1296-304.
14) Valentine AR, Carvalho B, Lazo TA, et al. Scheduled acetaminophen with as-needed opioids compared to as-needed acetaminophen plus opioids for post-cesarean pain management. Int J Obstet Anesth 2015;24: 210-6.
15) Waldron NH, Jones CA, Gan TJ, et al. Impact of perioperative dexamethasone on postoperative analgesia and side-effects: systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth 2013;110: 191-200.
16) Rahmanian M, Leysi M, Hemmati AA, et al. The effect of low-dose intravenous ketamine on postoperative pain following cesarean section with spinal anesthesia: a randomized clinical trial. Oman Med J 2015;30: 11-6.
17) Telnes A, Skogvoll E, Lonnee H. Transversus abdominis plane block vs. wound infiltration in Caesarean section: a randomised controlled trial. Acta Anaesthesiol Scand 2015;59: 496-504.
18) Aydogmus MT, Sinikoglu SN, Naki MM, et al. Comparison of analgesic efficiency between wound site infiltration and ultrasound- guided transversus abdominis plane block after cesarean delivery under spinal anaesthesia. Hippokratia 2014;18: 28-31.
19) Mirza F, Carvalho B. Transversus abdominis plane blocks for rescue analgesia following Cesarean delivery: a case series. Can J Anaesth 2013;60: 299-303.
20) Lett KF, Kristensen JH. Drug use and breastfeeding. Expert Opin Drug Saf 2005;4: 745- 68.
21) Anderson, B. The Use of Remifentanil as the Primary Agent for Analgesia in Parturients Crit Care Nurs Clin N Am 29 (2017)495http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.009
22) Covarrubias-Gomez A, Silva-Jiménez A, Nuche-Cabrera E, Tellez-Isaías M. Manejo del dolor postoperatorio en obstetricia, ¿Es seguro?. Rev Mex Anest. 2006; 29: 231-239.

Tabla 1. Potencial de transferencia a la leche materna de algunos analgésicos comúnmente usados en procedimientos obstétricos.

Analgésico	**Dosis relativa en el neonato (%)**
Morfina	6-10.7
Oxicodona	1.5-8
Tramadol	2.4-2.5
Ibuprofeno	0.1-0.7
Ketorolaco	0.2-0.4
Paracetamol	1.3-6
Celecoxib	0.3

La dosis relativa en el neonato (DRN) se expresa como un porcentaje y está ajustado al peso relativo del recién nacido. Es la cantidad del fármaco a la cual el neonato está expuesto después de una dosis administrada a su madre. Deberán de evitarse fármacos con DRN mayor a 10% (20).

Dolor Crónico Postoperatorio ¿Existe algo nuevo?

Rodrigo A. Pavón-Sánchez (1, 2), Orlando Carrillo-Torres (2, 3), Alfredo Covarrubias-Gómez (2, 4).

(1) Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Yucatán.
(2) Departamento de Educación e Investigación en el Centro Algia® para la Educación en Medicina.
(3) Departamento de Anestesiología en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".
(4) Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia:

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez
Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa
Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga # 15. Colonia Sección XVI. Tlalpan. CP.: 14000. CDMX
Correo electrónico: algia.mexico@gmail.com; alfredocov@yahoo.com
Sitio web: www.algia.org.mx
Teléfono: +52-55-54870900; extensión 5007

1. INTRODUCCIÓN

El dolor posterior a un evento quirúrgico ha sido estudiado en diversas ocasiones y condiciones con el objetivo de lograr una disminución efectiva y así una recuperación más rápida. Actualmente se conoce una entidad a la cual se le llamo dolor crónico postoperatorio, el cual incide de manera muy importante en la vida de los pacientes que lo presentan. El año 2017 la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés) decidió denominarla como el año contra el dolor postquirúrgico (1).

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El dolor posquirúrgico, dentro de la temporalidad; se divide en dolor agudo postoperatorio (DAPQ) y dolor crónico postoperatorio (DCPQ). Aunque no es explicada a detalle, la IASP la ha establecido los siguientes criterios diagnósticos en el caso del DCPQ y son expresados de la siguiente forma:

(i) La **intensidad NO es factor determinante**.
(ii) El **dolor persiste al menos tres meses posterior a la cirugía** tomando en base lo descrito por Macrae en el 2008 (2) y posteriormente redefinido por Werner en el 2014 (3, 4).
(iii) Que el **dolor no estuviera presente previamente a la cirugía**, o si existiese fuera con características diferentes y/o con intensidad aumentada.
(iv) Que el **dolor este localizado en el área quirúrgica** o a un área referida.
(v) **Exclusión de otras posibles causas** para el dolor (ej. recurrencia oncológica, infección).

La temporalidad del DCPQ ha sido debatida por diversos autores proponiendo tiempos de duración de dos a seis meses. En un documento previo nuestro grupo documento una temporalidad de dos meses (4). Información recabada de la evidencia disponible.

3. UNA MIRADA RÁPIDA AL DCPQ

El DCPQ es considerado una complicación postquirúrgica, en la presentación anterior publicamos una revisión de su ocurrencia (4), y al momento se considera una incidencia que va del 15 al 60% dependiendo de la cirugía realizada (4, 5) (**Tabla 1**). No debemos olvidar que este tipo de dolor impacta severamente a las esferas biopsicosociales y favorece el desarrollo de comorbilidades. Además de los índices publicados en la entrega previa (4), en la literatura también se mencionan factores de riesgo perioperatorios (**Tabla 2**) (6, 7).

4. NUEVAS ESTRATEGIAS EL ABORDAJE TERAPÉUTICO

Algunas estrategias farmacológicas documentadas se exponen a continuación (**Tabla 3**). Es recomendable documentar el riesgo en cada caso quirúrgico con sistemas de puntaje (**Tabla 4**) (6-9).

Las modalidades de tratamiento además de la farmacoterapia incluyen bloqueos diagnósticos y terapéuticos de nervios periféricos (con o sin esteroides), ablación por radiofrecuencia y crioanalgesia, estimulación neuroeléctrica (cordones posteriores, nervio periférico) y reintervención quirúrgica (neurectomía, descompresión) (10, 11).

El bloqueo del músculo erector de la espina, bloqueo interfascial novedoso realizado con USG: en series de casos con pacientes que presentan dolor crónico post-toracotomía, llega a ser un procedimiento promisorio para el manejo (12).

Utilizar la estimulación neuroeléctrica en nervio periférico también ha demostrado buena respuesta en dolor crónico postquirúrgico por hernioplastías inguinales (sobre los nervios ilio-inguinal e ilio-hipogástrico) (10).

La estimulación de cordones posteriores mejora la analgesia en DCPQ hasta por 6 meses cuando se compara el tratamiento convencional o la reintervención quirúrgica. Entre el tipo de estimulación las ráfagas son el modo más efectivo, sin diferencia entre ráfagas de 1000 vs 500 Hz. En el dolor de miembro fantasma, síndrome de cirugía fallida de columna, síndrome doloroso regional complejo, también se cuentan con resultados promisorios, aunque se necesita mayor investigación al respecto tanto para el abordaje clásico o estimulación (6,13-15).

Otras intervenciones que describen beneficio en el tratamiento del DCPQ son: ejercicios de baja tecnología (ejercicio de entrenamiento de McKenzie y estabilización espinal) o ejercicios de alta tecnología (ejercicios cardiovasculares, isotónicos e isocinéticos), asi como el mindfulness y terapia de espejos (6, 9)

5. CONCLUSIONES

Por la disminución en la efectividad conforme pasa el tiempo, es importante llegar a considerar al tratamiento intervencionista en el DCPQ de forma oportuna, al ya conocer las consecuencias por la incapacidad en la propia entidad, el desconocimiento de las variadas opciones terapéuticas,

manejo limitado farmacológicamente y posibles efectos adversos en las esferas biopsicosociales; a pesar de la necesidad de mayor evidencia científica en un futuro próximo.

6. REFERENCIAS.

1. Lavand'homme P, Pogatzki-Zahn, E. Dolor Crónico Postquirúrgico: Definición, Impacto, y Prevención. Año mundial contra el dolor crónico postoperatorio: Hoja de datos. IASP 2017: 4; 1-6.
2. Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. Br J Anaesth. 2008; 101: 77-86.
3. Werner MU, Kongsgaard UE. I. Defining persistent post-surgical pain: is an update required? Br J Anaesth. 2014; 113: 1-6.
4. Covarrubias-Gómez A, Templos-Esteban LA, Castro-Garcés L. Ponce-Uscanga E. ECO-AADAP: Dolor crónico postoperatorio. Rev. Mex. Anest. 2017; 40 (S1): S325-S329.
5. Corell D. Chronic postoperative pain: recent findings in understanding and management. F1000Research. 2017; 6: 1054-1065.
6. Wylde V, Dennis J, Beswick AD, Bruce J, Eccleston C, Howells N, Peters TJ, Gooberman-Hill R.Systematic review of management of chronic pain after surgery. BJS 2017; 104: 1293-1306.
7. Tawfic Q, Kumar K, Pirani Z, Armstrong K. Prevention of chronic post-surgical pain: the importance of early identification of risk factors. J Anesth. 2017; 31: 424-431.
8. Pozek JP, Beausang D, Baratta JL, Viscusi ER. The acute to chronic pain transition, can chronic pain be prevented? Med Clin N Am. 2016; 100: 17-30.
9. Vergne-Salle P. Management of neuropathic pain after knee surgery. Joint Bone Spine. 2016; 83: 657-663.
10. Elahi F, Reddy C, Ho D. Ultrasound guided peripheral nerve stimulation implant for management of intractable pain after inguinal herniorraphy. Pain physician. 2015; 18: E31-8.
11. Thapa D, Ahuja V, Verma P, Das C. Successful management of a refractory case of postoperative herniorrhaphy pain with extended duration pulsed radiofrequency. Saudi J Anaesth. 2016; 10: 107-109.
12. Forero M, Rajarathinam M, Adhikary S, Chin KJ. Erector spinae plane (ESP) block in the management of post thoracotomy pain syndrome: a case series. Scand J Pain. 2017; 17: 325-329.
13. Aiyer R, Barkin RL, Bhatia A, Gungor S. A systematic review on the treatment of phantom limb pain with spinal cord stimulation. Pain Manag. 2017; 7: 59-69.
14. Shamji MF, De Vos C, Sharan A. The Advancing Role of Neuromodulation for the Management of Chronic Treatment-Refractory Pain. Neurosurgery. 2017; 80: S108-S113.
15. Liem L, Mekhail N. Management of Postherniorrhaphy Chronic Neuropathic Groin Pain: A Role for Dorsal Root Ganglion Stimulation. Pain Pract. 2016; 16: 915-923.

Tabla 1. Incidencia de dolor crónico postquirúrgico según tipo de cirugía.

Cirugía.	Incidencia.
Donador trasplanterenal	27 –31 %
Tiroidectomía	9 – 37 %
Obstrucción intestinal	21%
Mastectomía	30 – 60 %
Cirugía cardiaca	11 – 43 %
Histerectomía	10 —26 %
Herniorrafia inguinal	10 – 43 %
Artroplastía	22 – 58 %
Otras Cx ortopédicas	13 – 22 %
Toracotomía.	25 – 47 %
Toracoscopía	11 – 30 %

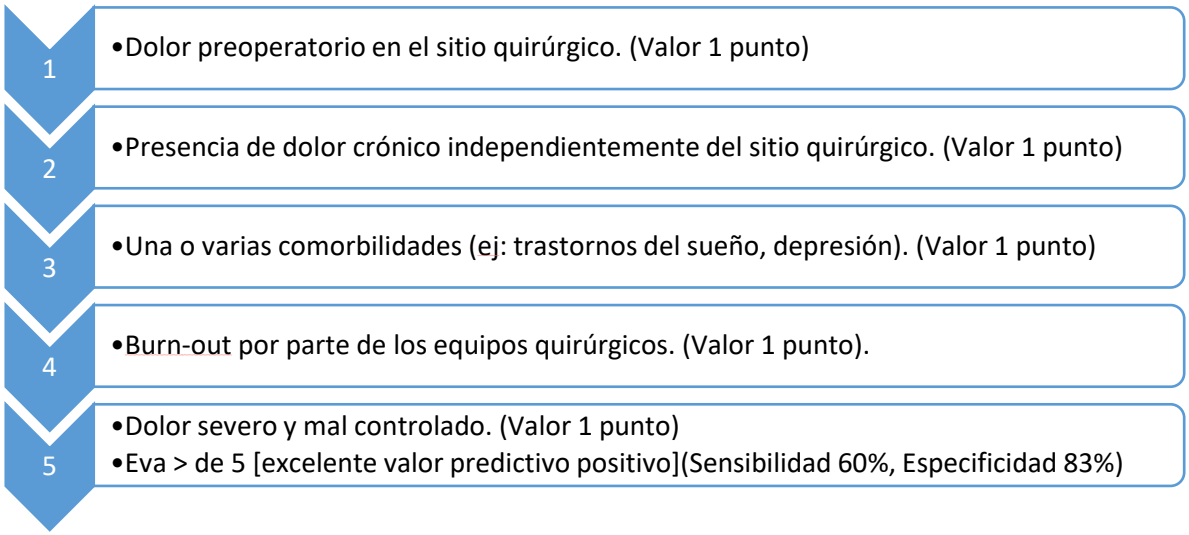
Tabla 2. Factores de riesgo pre, trans y post-quirúrgicos.

Factor de riesgo	PRE	TRANS	POST
Genético	X		
Psicosocial.	X		
Severidad del dolor preoperatorio.	X		
Severidad del dolor agudo postoperatorio.	X		
Inadecuada analgesia preventiva	X		
Cirugía > 3 h.		X	
Lesión nerviosa.		X	
Cirugía torácica, mama y hernia.		X	
Inadecuada analgesia			X

Tabla 3. Manejo Farmacológico DCPQ.

Grupo farmacológico.	Fármaco y vía de administración.	Dosis y comentarios.
Antidepresivo.	Amitriptilina V.O.	25 - 150 mg/día.
Antiepilépticos.	Gabapentina V.O.	900 – 1800 mg/día. Falla renal: TFG 30-60: 400 – 1400 mg/día, TFG 15-30: 200 – 700 mg/día.
Capsaicina.	Crema tópica a dosis baja (.075%)	4 veces al día.
Anestésico local.	Bupivacaína infiltrado en músculo contralateral al de miembro fantasma. Infusiones de lidocaína IV.	Durante la terapia de espejos. Mejoría en dolor de muñón, pero no de fantasma.
Neurotoxinas.	Toxina botulínica A	Mejoría por 2 – 7 meses
NMDA.	Ketamina infusión IV.	Reducción del dolor en seguimientos de 80 min a 48 hrs.
Opioides.	Morfina oral	Vs placebo.

Tabla 4. Índice predictivo de dolor crónico postoperatorio (Lavand´Homme)



Pie de figura: El índice predictivo propuesto por Lavand´Homme se califica de cero a cinco puntos. La evaluación del riesgo se realiza mediante la sumatoria de puntos. [0 = 12%; 1 = 30%; 2 = 37%; 3 = 68%; >4 = 70%]

El papel del psicólogo en la atención perioperatoria del dolor: Mencionado en papel e desatendido en la práctica diaria.

Nancy E. Rangel-Domínguez (1, 2), Guillermo J. Torres-Medina (2, 3), Alfredo Covarrubias-Gómez (2, 4).

(1) División de Cuidados Paliativos y Clínica del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez
(2) Departamento de Educación e Investigación en el Centro Algia® para la Educación en Medicina.
(3) xx
(4) Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia:

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez
Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa
Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga # 15. Colonia Sección XVI. Tlalpan. CP.: 14000. CDMX
Correo electrónico: algia.mexico@gmail.com; alfredocov@yahoo.com
Sitio web: www.algia.org.mx
Teléfono: +52-55-54870900; extensión 5007

1. PENSAMIENTOS, EMOCIONES, CONDUCTAS Y ¿CIRUGÍA?

Ante una eventualidad quirúrgica se desencadenan diversas emociones que van relacionadas con lo que escucha el sujeto a ser intervenido de los profesionales de la salud que lo están evaluando y atendiendo (médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, camilleros, otros).

Tales intervenciones pueden ser lesivas para la psique del enfermo: “no debe de doler, estas exagerando”, “el dolor es normal, te acabo de operar”, “si hay dolor, hay curación”, otras más. Todo lo anterior es debido a que generalmente se considera el proceso quirúrgico y el dolor asociado como una situación netamente biológica. Los clínicos y profesionales de la salud dejan de lado las emociones para centrarse en el aspecto biológico. Es necesario conceptualizar que el evento quirúrgico adquiere un contexto bio-psico-social-espíritual.

En este sentido tiene cabida el concepto “Dolor Total”. En este modelo intervienen factores sociales, físicos, emocionales, y espirituales en el “sufrimiento” de aquella persona que es operada. Ante esto debemos evaluar las redes de apoyo del enfermo, historia de la enfermedad, claudicación del cuidador, y demás factores que impacten negativamente en el entorno del enfermo. Al tiempo que debemos explorar los miedos, culpas, ansiedad y espiritualidad del sujeto frente a la enfermedad que requiere una resolución quirúrgica.

2. PAPEL DEL PSICÓLOGO EN UN EVENTO QUIRÚRGICO.

Durante todo el abordaje perioperatorio el psicólogo resulta una herramienta capaz de modular los desenlaces asociados a la cirugía entre ello la severidad del dolor y la posibilidad de desarrollar dolor crónico postoperatorio. Durante el preoperatorio la evaluación e intervención puede incidir sobre: (i) la ansiedad, (ii) depresión, (iii) favorecer el acceso a la información, (iv) promover un afrontamiento saludable. En el postoperatorio puede disminuir la catastrofización asociada al dolor, así como la ansiedad y depresión intrahospitalarias.

3. NECESIDAD DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL PREOPERATORIO

En este momento el 50% de los enfermos tiene miedo a morir en la sala de operaciones y 20% tiene miedo a morir en la anestesia. Los enfermos también temen tener un problema físico tras la cirugía y a no poder afrontar sus responsabilidades familiares, sexuales, económicas o laborales.

Dependiendo de la espiritualidad del enfermo puede enfrentar estos miedos «con fe en dios» y atendiendo las recomendaciones del equipo de salud. Cuando las cosas no van favorablemente surgen cuestionamientos sobre las competencias de la divinidad y de los profesionales de la salud.

Una propuesta de evaluación psicológica preoperatoria debe incluir tanto **Antecedentes Psicológicos** (creencias respecto al tratamiento y la «enfermedad»; expectativas ante el

procedimiento) como **Experiencias previas en Cirugía** (nivel cognitivo, estilo de afrontamiento, locus de control, información, estilo de comunicación).

4. CONCLUSIONES

Las eventualidades quirúrgicas mueven emociones en los enfermos que pueden afectar la percepción de la enfermedad ante afrontamientos deficientes. En todas las guías de manejo del dolor agudo asociado a cirugía se encuentra identificada la disminución de la ansiedad como un elemento que promueve complicaciones dolorosas crónicas.

La medicina cognitivo conductual propone estrategias que pueden incidir positivamente en la percepción del dolor en una persona a la que se le realizará un procedimiento quirúrgico.

