4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

ACTUALIDADES EN FIBROMIALGIA

María López-Collada



ACTUALIDADES EN FIBROMIALGIA

Dra. María López-Collada
EstradaAlgología
Chihuahua, Chih.

La fibromialgia es una condición muy prevalente a nivel mundial; se estima que aproximadamente el 8% de la población la padece. Aun así, no se ha logrado esclarecer completamente su causa y por lo tanto, al momento carecemos de una prueba diagnóstica y de un tratamiento específico. Esto no va libre de problemática, ya que las personas que la padecen deberán de lidiar con situaciones propias de una patología incomprendida por su familia, sus compañeros de trabajo, y en algunos casos, incluso del médico que la trata.

Existe, por lo tanto, un interés especial por avanzar en el terreno de una mayor comprensión de la fisiopatología de la fibromialgia, y en este evento nos centraremos en discutir los últimos avances de la ciencia, que, debo decir, son emocionantes. Recientemente la IASP acuñó el término “dolor nociplástico” a su glosario, y, el ejemplo estrella del mismo es la fibromialgia. Se define al dolor nociplático como “aquel dolor que surge de una nocicepción alterada, a pesar de no haber evidencia clara de daño tisular real o potencial que cause la activación de nociceptores periféricos o evidencia de enfermedad en el sistema somatosensorial que cause dolor”.

Existen expertos que no consideran necesario el referirse a la fibromialgia como un dolor nociplástico, ya que, como veremos a continuación, la evidencia va caminando hacia un daño cada vez más tangible en el sistema somatosensorial.

Estudios recientes han puesto sobre la mesa un posible involucro inmunológico, al encontrarse que auntoanticuerpos IgG, particularmente localizados en el ganglio dela raíz dorsal, están relacionados con la patogénesis de la fibromialgia.

Por otro lado, se han identificado alteraciones en las fibras A-delta y C de personas con fibromialgia; tanto alteraciones en su funcionamiento como en sus propiedades eléctricas y cambios morfológicos.

Imágenes cerebrales de individuos con fibromialgia en estudios recientes han demostrado una modulación anormal.
Diferencias específicas de activaciones cerebrales en estados de reposo y de potenciales evocados confirman hiperalgesia y defectos en los sistemas de modulación descendente.

Además de todo esto, se ha relacionado el intestino permeable y una disbiosis intestinal con síntomas de fibromialgia. En estudios recientes se ha demostrado la mejoría de síntomas al cambiar a dieta baja en FODMAP (fermentables de oligo-di- monosacáridos y polioles) y al adicionar ciertos suplementos y lactobacilos.

Aunque aún nos falta un camino largo por recorrer, sin duda el avance hasta ahora es esperanzador.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

ANALGESIA Y SEDACIÓN PALIATIVA: ASPECTOS CLINÍCOS Y ÉTICOS

Orlando Carrillo



Analgesia y sedación paliativa. Aspectos clínicos y éticos.

Dr. Orlando Carrillo Torres

El objetivo de la presentación es relacionar la aplicación de la analgesia y sedación paliativa con las consideraciones éticas vigentes. En el ámbito del paciente paliativo, es importante el control de los síntomas que presenten sufrimiento al paciente y a los familiares (cuidadores) que estén directamente relacionados a ellos. Éstos cuidados constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuandoafrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas,sean estos de orden físico,psicosocial o espiritual.

Desde el 2009 el diario oficial de la federación adiciona el artículo 166 Bis que contiene la Ley en Materia de cuidados paliativos que busca Salvaguardar la dignidad de los enfermos para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento, dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo además de determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos evitando así la obstinación terapéutica.

También la norma oficial mexicana (NOM-011-SSA3-2014); establece criterios y procedimientos mínimos indispensables, que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos para proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de la muerte promoviendo conductas de respeto y fortalecimiento de la autonomía del paciente y su familia, previniendo acciones y conductas que provoquen el abandono o la prolongación de la agonía evitando la aplicación de medidas que potencialmente sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

Se conoce como sedación paliativa al uso monitorizado de medicamentos destinados a inducir un estado de disminución o ausencia de conciencia (inconsciencia) para aliviar la carga de un sufrimiento.

Puede administrarse de manera intermitente o continua hasta la muerte. Par regular el uso adecuado de fármacos; se han desarrollado guías de práctica clínica que son éticamente aceptables, pero se basan principalmente en la opinión de expertos debido a la limitada evidencia disponible de estudios clínicos prospectivos.

Para que la sedación sea considerada ética y legalmente lícita debe reunir una serie de condiciones: Se plantea ante un síntoma refractario, no un síntoma de difícil control, no existen posibilidades razonables de otro tratamiento para controlar el síntoma. Se debe dejar constancia del tratamiento y las causas para ello en la historia clínica: etiología del síntoma, tratamientos instaurados y resistencia a éstos.

Los fármacos de elección para sedación paliativos son benzodiacepinas neurolépticas sedativos, barbitúricos y/o hipnóticos (propofol). Analgesia Paliativa busca producir un resultado similar a los sedantes, pero con mayor nivel de conciencia. Se argumenta que la analgesia y sedación aceleran o incluso provocan la muerte, aunque muchos expertos en cuidados paliativos no están de acuerdo con esta caracterización. Los medicamentos más comúnmente utilizados son todos ellos opioides o cannabiboides: Morfina, fentanilo, oxicodona y/o metadona.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA MOJORA DE DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD LIMITANTE PARA LA VIDA

Fernando Anaya



EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA MEJORA DEL DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD LIMITANTE PARA LA VIDA

Fernando Ángeles Anaya

Licenciado en Fisioterapia Universidad Anáhuac Cancún

feranaya.contacto@gmail.com Cel: 5540091082

Licenciado en Fisioterapia por la Universidad Tecnológica de México.

Diplomado en Cuidados Paliativos por parte de la Universidad Nacional Autónomade México – Fundación Carlos Slim y por la Universidad Anáhuac México, Diplomado internacional en Cannabis Medicinal por el Tecnológico de Monterrey, Curso Pedagogía de la Muerte por la Universidad Autónoma de Madrid.

Docente de la Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad Anáhuac Cancún, Docente del Curso internacional en Cuidados Paliativos de la Universidad Nacional de la Plata - Argentina, Miembro del Centro ALGIA para la educación en salud, Coordinador del equipo de Fisioterapia de la Fundación Mexica de MedicinaPaliativa y Alivio del Dolor en cáncer A.C.

Ponente en distintos foros y congresos a nivel nacional e internacional.

Lic. Fernando Ángeles Anaya
feranaya.contacto@gmail.com

Resumen.

Objetivo: Evaluar la mejora del dolor y la calidad de vida relacionada con el estado de salud físico, en el paciente con enfermedad limitante para la vida por medio de escalas de evaluación funcional y dolor mediante un programa de tratamiento fisioterapéutico individualizado.

Método: La siguiente investigación representa un estudio de tipo descriptivo y transversal, mediante la valoración inicial del paciente en la unidad de cuidados paliativo al ingresar a tratamiento de fisioterapia domiciliar en donde se evaluó el dolor mediante una escala numérica, el deterioro físico y el rendimiento funcional con la escala funcional de Edmonton, la capacidad del paciente para realizar sus actividades básicas de la vida diaria con la escala de Barthel y la calidad de vida con preguntas específicas sobre su condición antes y después de la intervención fisioterapéutica.

Resultados:

Durante la intervención fisioterapéutica encontramos con un 73% pacientes con dependencia física moderada, seguido con un 20% pacientes con dependencia leve y finalizando con un 7% pacientes con dependencia severa. Post - intervención un 73% encontramos a pacientes con dependencia leve y finalizando con un 27% con dependencia moderada. La intervención ha tenido impacto estadísticamente significativo para esta variable. El 93% de los pacientes mencionaron que durante los cinco meses de tratamiento fisioterapéutico si obtuvieron efectos positivos en su estado de salud física y el 7% mencionó que no como esperaban.

cuanto, a su salud física, el 87% de los pacientes mencionaron que fue “mucho mejor” que hace cinco meses,y el 13% mencionaron que fue “algo mejor” que hace cinco meses. Para el dolor músculo esquelético el 93% de los pacientes mencionaron que su dolor “mejoró bastante” y el 7%mencionaron que “mejoró medianamente” y finalizando el 87% de los pacientes mencionaron que su calidad de vida “mejoró bastante” y el 13% mencionaron que “mejoró medianamente”.

Conclusión: Un programa de fisioterapia individualizado que incluyaejercicios terapéuticos, junto a técnicas de relajación, técnicas analgésicas específicas, dosificadas de acuerdo a la patología o lesión del paciente, así como la capacitación familiar, puede ser una herramienta totalmente eficaz en la mejora del dolor y la calidad de vida del paciente con enfermedad limitante para la vida.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

SOPORTE NUTRICIONAL AMBULATORIO AL FINAL DE LA VIDA

Aurora Serralde



Soporte nutricional ambulatorio al final de la vida

Dra. Aurora E. Serralde Zúñiga

La alimentación cumple importantes funciones fisiológicas, psicológicas y sociales; además, tiene un valor añadido dar de comer y beber, como una acción que supone respeto a la vida y de cuidado al que se proporciona. Por lo tanto, si alguien está enfermo y tiene dificultades para hacerlo, surgen preocupaciones no solo clínicas, sino culturales, legales y éticas; que pueden generarse en el paciente, familiares y personal de salud involucrados en la toma de decisiones.

La administración de soporte nutricio permite alimentar por vía enteral o parenteral a los pacientes que no pueden hacerlo a través de la boca. Y cuando es utilizado en pacientes fuera del hospital, ya sea en su casa, asilo, etc, se le conoce como ambulatorio.

Al administrar soporte nutricio también conocido como “alimentación artificial” se cambia de un acto de cuidado (cubrir una necesidad vital), a un acto terapéutico que necesita de una indicación médica, y objetivos claros; con los consecuentes posibles riesgosy beneficios.

Se deben adecuar las intervenciones nutricionales a las diferentes fases de la enfermedad y el pronóstico del paciente. La desnutrición es frecuente en los pacientes que tienen enfermedades avanzadas e incurables de curso progresivo, y que se encuentran en el periodo final de su vida, es decir que provocará la muerte en un plazo relativamente breve, de algunas semanas a pocos meses.

Cuando se vive en las proximidades de la muerte, cobran relevancia los cuidados paliativos y existen dilemas éticos sobre los beneficios de la hidratación y alimentación, incluso se puede considerar la consulta al comité de ética hospitalario cuando enfrenta decisiones difíciles de tomar.

El objetivo del soporte nutricional ambulatorio en ese momento no es corregir la desnutrición, sino controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida, evitando intervenciones sin beneficios significativos, pero que pueden incrementar las complicaciones relacionadas. Será fundamental una comunicación asertiva con la familia o cuidador primario respecto al compromiso que implica su administración; así comolos objetivos de la terapia con el fin de evitar el sufrimiento innecesario.

Se debe considerar al prescribir las diferentes intervenciones nutricionales: el nivel de conciencia, el grado de dificultad para administraragua y alimentos, con la disponibilidad de vías de acceso y tolerancia digestiva del paciente, para limitar las complicaciones potenciales de su administración; además lo más relevante será determinar el pronóstico de sobrevida estimado (si se espera que sea menor a un mes, no se recomienda iniciarla).

Sin embargo, existe evidencia de que los pacientes al final de la vida tienen menos apetito y sed, al tiempo que experimentan alivio por medio de un cierto grado de deshidratación (disminución del edema, la tos, las secreciones bronquiales, las manifestaciones digestivas y la necesidad de cateterismos urinarios). En ellos, la sensación de sed se puede aliviar al humedecer los labios y mantener una buena higiene de la cavidad oral.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

METADONA COMO PRIMERA LÍNEA DE MANEJO EN EL DOLOR ONCOLÓGICO

Nayely Salazar



Metadona como primera línea de manejo en el dolor oncológico

Dra. Nayely Vianey Salazar Trujillo

Médico Especialista en Anestesiología, Algología y Cuidados Paliativos
Coordinadora Grupo de Trabajo Seminario de Estudios Sobre la Globalidad
Facultad de Medicina -UNAM

Un porcentaje importante aproximadamente el 60-70% de los pacientes con cáncer Experimentaran dolor de moderada a severa. intensidad, esto trae como consecuencia deterioro de la. calidad de vida y bienestar del paciente; como sabemos la terapia analgésica con opioides representa una opción terapéutica eficaz en la mayoría de las y los pacientes con enfermedades oncológicas.

Sin embargo, existen algunos problemas. asociados a la terapéutica opioide por mencionar algunos principalmente como la tolerancia e hiperalgesia.

La metadona es un fármaco opioide fuerte que muestra ciertas peculiaridades importantes, que la convierten en un opioide con un perfil farmacológico complejo y que requiere conocimiento previo para la prescripción segura, pero que representa ventajas importantes en el control del dolor y que al unirse al receptor μ como otros opioides fuertes, este fármaco a diferencia de los demás, su administración continua induce mucho menos sobreexpresión de receptores

N-metil-D – aspartato (NMDA) estos asociados a los fenómenos de tolerancia e hiperalgesia opioide y actúa sobre el dolor modulando las vías descendentes del dolor a nivel de la médula, con efecto también sobre la recaptura de serotonina y noradrenalina. Existe amplia literatura que respalda que la metadona es un fármaco eficaz en la rotación de opioides en pacientes que han tenido poca respuesta analgésica con dosis altas de otros opioides.

En resumen, el uso de este fármaco tiene algunasimplicaciones en la práctica clínica que muestran beneficio para el control del dolor oncológico; la metadona iniciada en pacientes sin consumo previo de opioides y en dosis bajas es efectiva y bien tolerada, la tendencia a desarrollar tolerancia parece ser insignificante, por lo que la metadona es un fármaco sencillo de usar en personal capacitado y con experiencia en la prescripción de opioides, como una opción para la primera línea de manejo en el dolor oncológico.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

USO DE AINES EN MEDICINA DE PRIMER CONTACTO

Héctor Miguel Esquer



AINES EN LA MEDICINA DE PRIMER CONTACTO

DR. HECTOR MIGUEL ESQUER GUZMAN

Uno de los principales motivos de la consulta de primer contacto es el dolor, esta palabra que procede del latín, que significa ***sufrir***, a la cualIASP (international association for thestudy of pain) en el 2020 nos regaló esta definición como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (1). Es importante definir este término debido a que 7 de cada 10 pacientes que llegan a la consulta de primer contacto, refieren este síntoma como un motivo de la consulta (2), también se conoce como uno de los motivos más frecuentes de incapacidad, ausencia laborar y pensión de invalidez, es decir consecuente a los problemas físico aparecen síntomas emocionales, familiares, sociales, económicos ylaborales.

En respuesta al tratamiento de este síntoma “dolor” encontramos a un grupo de medicamentos que es utilizado con o sin prescripción médicaa nivel mundial son los fármacos más usados, este grupo de medicamentos llamados AINE’s (Antiinflamatorios no esteroideos) son utilizados tanto comopara intentar disminuir la sensación dolorosa crónica así como la aguda, también son usados frente otros síntomas como fiebre, dolor muscular, sialorrea, etc.

La libre venta de AINE’s, así el desconocimiento entre la población general e incluso el personal médico sobre los riesgos que se generan por el usuario de este grupo de medicamentos. En los EUA (United States of America) hasta el 44% de los consumidores regulares de AINE

Llegan a tomar dosis diarias mayores a las recomendadas, o bien realizan combinaciones con más de un medicamento del mismo grupo es decir medicamentos que actúan bajo los mismos principios, lo cual incrementa sustancialmente el riesgo de sobredosificación, toxicidad y efectos adversos.

Los medicamentos tipo AINE's pueden presentar diferentes tipos de eventos adversos, por tal motivo es importante conocer los beneficios contra el síntoma doloroso, sin embargo, es de vital importancia conocer los Eventos Adversos (EA) entre los más comunes encontramos: Gastrointestinales, nefrotoxicidad Antiagregación plaquetaria y toxicidad cardiovascular. Así como las situaciones especiales derivadas del uso de cada medicamento y los comórbidos de nuestros pacientes. Debido a estas reacciones adversas e interacciones medicamentosas de los AINEs con otros fármacos, la FDA y la EMA (European Medicine Agency) recomiendan el uso de AINEs con la menor dosis efectiva por el menor tiempo necesario para el control de síntomas.

Hay que recordar que este abanico de tratamiento, hasta el día de hoy, siempre con recomendados como una piensa importante en la analgesia multimodal

Referencias:

1. https://www.iasp-pain.org/
2. *Covarrubias-Gómez y col. El médico de primer contacto y el enfermo con dolor. Corinter. México, 2013*
3. Yang M, Wang HT, Zhao M, Meng WB, Ou JQ, He JH, Zou B, Lei PG. Network Meta-Analysis Comparing Relatively Selective COX-2 Inhibitors Versus Coxibs for the Prevention of NSAID-Induced Gastrointestinal Injury. Medicina 2015; 94: e1592
4. Masclee, G. M., Valkhoff, V. E., Soest, E. M., Schade, R., Mazzaglia, G., Molokhia, M., & Sturkenboom, M. C. (2013). Cyclo-oxygenase-2 inhibitors or nonselective NSAIDs plus gastroprotective agents: what to prescribe in daily clinical practice?. Alimentary pharmacology & therapeutics, 38(2), 178-189.
5. Scarpignato, C., Lanas, A., Blandizzi, C., Lems, W.F., Hermann, M. and Hunt, R.H. (2015). Safe prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs in patients with osteoarthritis – an expert consensus addressing benefits as well as gastrointestinal and cardiovascular risks For the International NSAID Consensus Group. BMC Medicine, 13(55)
6. Chou CI et al. Adverse Effects of Oral Nonselective and cyclooxygenase- 2-Selective NSAIDs on Hospitalization for Acute Kidney Injury. A Nested Case–Control Cohort Study. Medicine. 2016. 95(9):e2645

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

CUIDADOS PALIATIVOS EN LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA

Erika Hernández



CUIDADOS PALIATIVOS PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

Erika Hernández Guevara

Se conoce como trastorno mental severo (TMS) al conjunto de entidades nosológicas que padecen las personas con alteraciones en las funciones mentales que interfieren en su capacidad de integrarse a la vida cotidiana y requieren tratamiento a largo plazo.

Las personas con trastornos mentales severos tienen una esperanza de vida menor debido a múltiples factores de riesgo, entre ellos el autocuidado deficiente, las comorbilidades, efectos secundarios de los medicamentos, sobrecarga de los cuidadores, aumento de riesgo de suicidio, abuso de sustancias, accidentes, el estigma social y la falta de preparación del personal sanitario para su atención.

Las personas con TMS reciben hasta un 70% menos atención paliativa que el resto de la población.

Las personas que mueren en las instituciones presentan diferentes necesidades insatisfechas, incluyendo control deficiente de síntomas, soporte emocional y comunicación inefectiva con los profesionales aunado a su baja tolerancia a cambios y rechazo frecuente a nuevas intervencionesterapéuticas.

Para personas con TMS en situación de enfermedad avanzada se recomienda acompañamiento y atención a los cuidadores, designar y documentar un responsable para la toma de decisiones, permitir al paciente pequeños placeres y deseos de una forma racional, favoreciendo eldescanso.

Aprovechar períodos de lucidez para tratar temas importantes acerca de loscuidados. Tomar en cuenta ideaciones religiosas o manifestaciones aumentadas de espiritualidad o culturalidad propias de algunos TMS.

Desaconsejando proponer cambios en los hábitos de vida como el abandono del tabaquismo o actividad físicaobligatoria. Favorecer el máximo tiempo con sus seres queridos. Realizar exámenes periódicos para identificar cambios respecto al estado basal. Prevención, identificación y tratamiento oportuno y eficaz de los síntomas.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

ACTUALIDAD DEL MANEJO DEL DOLOR EN EL NIÑO

Enjie F. El Din Ismail



ACTUALIDADES EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL NIÑO

Dra. Enjie Fakhr-el Din Ismail Paz

Valorar de forma adecuada el dolor en la población pediátrica es todo un reto para el profesional de la salud, ya que esta población es particularmente vulnerable a no ser atendido de forma adecuada y precoz debido a que siempre requieren de un adulto para poder identificar, y tratar el dolor.

El dolor físico es la primera causa de consulta en pediatría en niñas y niños sanos y mucho más en aquellos que cursan con una enfermedad crónica, compleja y limitante o amenazante para la vida, como es el caso de muchos pacientes atendidos en las clínicas de Cuidados Paliativos.

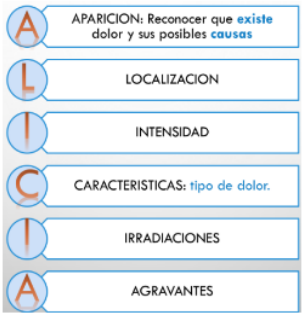
El hecho de que un niño, una niña no tenga la capacidad de expresar que tiene dolor como lo hace un adulto no significa que no lo tenga, al contrario, se ha comprobado que incluso los recién nacidos pueden padecer mucho más dolor que el adulto.

¿Qué sucederá con las y los niños con cáncer? Niñas y niños que se enfrentan a este síntoma desde un inicio. ¿Y qué sucede con una familia con una niña, un niño con cáncer? ¿Qué pasa para la sociedad en sí cuando nos sometemos al diagnóstico de un niño gravemente enfermo, ¿Qué pasa si además tengo a mi niña, niños que la está pasando muy mal? ¿Creen que voy a sufrir más? ¿Creen que su familia y esa sociedad van a tener mayor sufrimiento y dolor? Por todo ello es imprescindible llevar a cabo un manejo eficaz y rápido del dolor.

Para favorecer la calidad de vida tanto del ni ño como de su familia, es imprescindible llev ar a cabo un impecable manejo de síntomas , siempre teniendo en cuenta el estado del p aciente, la progresión de la enfermedad y lo s recursos disponibles en cada familia.

El dolor se define según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. También se considera a la percepción del dolor como una cualidad del ser humano que actúa como un sistema de señales en respuesta a un daño tisular, que incluye respuestas fisiológicas como conductuales, por lo que se puede medir mediante indicadores conductuales y/o fisiológicos. Además, el dolor es la consecuencia de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, individuales, sociales y ambientales, en el cual se vinculan emociones como la ansiedad, depresión y el comportamiento.

Evaluación del dolor en pediatría. La adecuada evaluación y anamnesis del dolor facilitará el manejo oportuno y eficaz dependiendo de la patología y evolución de cada niño. Existen algunas nemotecnias que nos ayudan a la adecuada semiología del dolor:



Escalas de Valoración del dolor.

Los métodos de medición utilizados en pediatría son de tres tipos:

Métodos fisiológicos. La reacción fisiológica del cuerpo del niño al dolor. Se evalúan signos como la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la frecuencia respiratoria;

Métodos conductuales: Lo que al niño le hace al sentir el dolor. Se fundamentan en la observación de la conducta del niño en situación de dolor; y

Métodos de autorreporte: Lo que el niño dice respecto a su dolor. A partir de los tres a cuatro años la mayoría de losniños tiene capacidad para comprender el concepto de dolor, percibir su intensidad e informarlo.

Escalas empleadas de acuerdo con el gr upo etario. En niños menores de cuatro añ os se usan las mediciones conductuales, to mando en cuenta como parte fundamental d e la evaluación el reporte de los padres, fam iliares y/o del equipo de enfermería. El sigui ente paso es revisar los signos vitales, desde el día anterior hasta la nueva visita y así verificar el comportamiento en las horas anteriores. Esta manera deevaluación tambi én se utiliza en pacientes que no se pueden comunicar por alguna alteración o por el est ado de su enfermedad. Una de las escalas más empleadas en la escala de FLACC.

Puntuación	0	1	2
Expresión facial.	Expresión habitual; cara r elajada.	Arruga la nariz; frunce el entrecejo; muecas e sporádicas.	Temblor del me ntón mandíbula tens
Posibilidad de cons uelo.	a gusto de modo espontán eo.	Se le puede consolar.	difícil consolarle .
Llanto.	No hay llanto.	Gimotea, se queja.	Llanto intenso.
Actividad.	Esta acostado y tranquilo.	Se dobla sobre su abdomen; encoje las piernas	Está rígido.
Movimientos de pie rnas.	Piernas relajadas.	Piernas inquietas.	Pataleo intenso .

Nota: 0= no dolor; 1-2= dolor leve; 3-5= dolor moderado; 6-8= dolor intenso; 9-10= máxima dolor imaginable

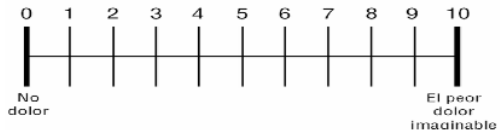
Escala de FLACC indicada en los pacientes menores de 4 años y no colaboradores. Entr e los 4 y los 6 años: la evaluación del dolor puede ser difícil y se debe elegir el elemento que complazca al niño, si es posible la auto evaluación. En este grupo etario, la escala d e elección es la Manual Analógica (MA) ade cuándose el vocabulario del paciente para mayor entendimiento; se realiza mostrando con la mano si el dolor es "chiquito", "media no" o "grandote" y se le pregunta al paciente

Escala Manual Análoga 

Para mayores de seis años, el autorreporte es lo mejor, lo que el niño nos dice respecto de su dolor y cómo lo define.

Escalas numéricas: preguntar cuánto es el d olor de 0 a 10 (0 indica que no duele nada y 10 es el máximo dolor imaginable).

Escala visual análoga: variante de la anterior. Sobre una línea de 10 cm, explicar lo mismo y permitir que el paciente señale cuál es su dolor. Esta escala es más sensible



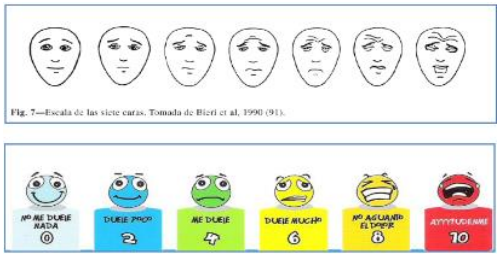


Fig. 7—Escala de las siete caras. Tomada de Bieri et al, 1990 (91).

Escala de las caras revisada
se trata de una escala gráfica con seis caras que van desde una imagen sin dolor a una con mucho dolor. Comparada con otras escalas de caras, es más específica para medir intensidad del dolor.

Severo (más de 7)

Dichas escalas nos permitirán evaluar la intensidad del dolor: Leve (0 a 3);, Moderado (4 a 6); y

Clasificación del dolor. El dolor se clasifica según su fisiopatología, temporalidad e intensidad, de acuerdo con la tabla siguiente:

Fisiopatología		Temporalidad	Intensidad
· Nociceptivo	Somático	· Agudo	· Leve
	Visceral	· Irruptivo	· Moderado
· Neuropático		· Crónico	· Severo
· Dolor mixto			

Escalera analgésica. En 1986 se publicó el artículo Cancer Pain Relief y su publicación derivó en lo que hoy se conoce como la escalera analgésica de la OMS.



Dicha escalera, ha sido motivo de constantes debates, sobre todo en lo que respecta a la población pediátrica,ya que, en el 2012, se establecieron las directrices del manejo del dolor en pediatría con un documento denominado:"Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children", en donde se propone el uso de unaescalera de dos peldaños, sin embargo en los últimos años la tendencia ha sido usar la escalera de tres peldaños (usada también en adultos), en la que se recomienda el uso de tramadol para el tratamiento del dolor moderado, ya que este ha cobrado mejor evidencia en la población pediátrica en los últimos años, sobre todo en algunos lugares en donde no es asequible algún otro opioide fuerte, este fármaco puede ser una opción eficaz para el manejo de dolor moderado.

Estrategias farmacológicas.

El manejo farmacológico en el área pediátrica es complejo debido a las variantes en cuanto a la farmacodinamia y farmacocinética en todos los grupos etarios, además de la evidencia clínica limitada que guíe el uso correcto de muchos fármacos. La mayoría de los medicamentos y de las directrices sobre su uso, es basada en información extrapolada de adultos a la práctica en pacientes pediátricos. Por lo que es importante considerar las características farmacológicas, los mecanismos de acción, los efectos adversos y las indicaciones específicas de cada fármaco para incrementar la seguridad en la elección del tratamiento.

AINES. Dosis recomendadas de Paracetamol en pediatría para manejo del dolor

	Dosis inicial única al inicio de tratamiento (mg/kg)	Dosis de continuación (mg / kg)	Intervalo de dosis (h)	dosis diaria máxima (mg / kg / día)
Oral prematuros 28-30 SDG	20	15	12	35
Infantes prematuros 31 -38 SDG	20	15	12	45
Recién nacido y bebés hasta a 6 meses	20	20	8	60
Niños pequeños> 1 año	30	15	(4-)6	75
Niños> 6 años	30	15	(4-)6	90 Máx. absoluto .
Intravenoso recién nacidos de término y niños con peso <10 kgs	7.5	7.5	(4-)6	30
Niños que pesan: >10 kg y ≤33 y >33 a ≤50 kg	15	15	6	60 Máximo: 2 y 3 g /.día.

Dosis recomendadas de AINES más comunes en pediatría para manejo del dolor. (9)

Medicamento	Tiempo de acción	Dosis pediátrica	Dosis Adulto
Ibuprofeno	0.5 h	6-10 mg/kg cada 6-8 hrs.	200-400 mg cada 4-6 hrs.
Naproxeno	2-4 h	5 mg/kg cada 12 hrs.	250-500 mg cada 6-8 hrs.
Ketorolaco	0.75-1 h	0,25-0,5 mg/kg IV o IM, cada 6 hrs.	Dosis de carga de 30 mg IV, luego 15-30 mg cada 6 hrs.
Metamizol		10-15 mg/kg cada 8 hrs.	1 a 2 gr IV cada 8 hrs.

Opioides. Existen cuatro prácticas fundamentales de optimización del uso de los opioides en niños.

1. Los opioides sólo deben utilizarse para las indicaciones apropiadas y ser prescritos por profesionales capacitados tras evaluar detenidamente los beneficios y los riesgos;

2.El uso de opioides, su impacto en el dolor y sus efectos adversos deben ser continuamente monitoreados y evaluados por profesionales capacitados;

3.El profesional que prescriba la receta debe tener un plan claro para la continuación, disminución o interrupción de la administración de opioides en función de la afección del niño. El niño y la familia deben ser informados del plan y de su justificación; y

4.Debe prestarse la debida atención a la adquisición, el almacenaje y la eliminación de los opioides no utilizados.

Dosis pediátricas de opioides.

Fármaco	Edad	Dosis
Tramadol	> 6 meses	1-2 mg/kg/6-8 hrs Infusión: máximo 6-7 mg/kg/día.
Morfina	Recién Nacidos, lactantes y niños.	IV. SC. Bolos: 0.05-0.1 mg /kg cada 2-4 hrs Oral: 0.15-0.3 mg/kg cada 4 hrs 6 u 8 hrs. Infusión: 0.03 mg/kg /hrs o 0.2-0.5 mg/kg /día
Oxicodona	Lactantes 1- 8 años >8 años	Oral: 50 a 125 mcg/kg/4 hrs Oral: 125- 200 mcg/Kg/4 hrs (Máximo de 5 mg/dosis) Liberación inm. Oral 5 mg cada 12 hrs (Liberación prolongada)
Hidromorfona	1-12 años	IV. SC. Bolos: 0. 0.015 mg/kg cada 2-4 hrs Oral: 0.03-0.06 mg/kg cada 3-4 hrs Infusión: 0.006 mg/kg/hrs
Buprenorfina	Lactantes y niños.	IV Bolos 0.5 a 2 µg/kg/ dosis cada 6- 8 hrs Infusión 6-18 µg / kg / día
Fentanilo	Recién Nacidos, lactantes y niños.	IV Bolos: 0.5-1 µg/kg cada 1-2 hrs Infusión: 0.5-3.0 µg /kg /hrs
Metadona	Recién Nacidos, lactantes y niños.	100 mcg/kg/4 hr VO (Máximo 5 mg/dosis) VO y IV. Después de 3 dosis se continua cada 6 - 12 hrs.

Adyuvantes

Neuromoduladores. Son un grupo de fárm acos, que participan en la disminución del pr oceso fisiopatológico de sensibilización cent ral y periférica, actúan como tratamiento ese ncial para el control del dolor de tipo neurop ático y enalgunos cuadros de hiperalgesia vi sceral. Este conjunto farmacológico es repre sentado por antiepilépticos gabapentinoi des y antidepresivos tricíclicos.

Gabapentioides: actúan como análogos estruc turales del GABA, interactúan de manera select iva con la subunidad alfa-2-
delta de los canales de calcio, modulando el infl ujo de este ión a la célula, reducen la liberación de glutamato y noradrenalina, disminuyen la lib eración de sustancia P y calcitonina e inhiben la hiperexcitabilidad de las neuronas. la Gabapent ina ha demostrado seguridad y efectividad en s u uso en pediatría, requiere una titulación gradu al, con ajuste a dosis optimas, con dosis iniciale s de 10 a 15 mg/ kg / día hasta 50 mg/kg/día. S u principal efecto adverso es el efecto de somn olencia y efecto sedativo de leve a moderado.

Dexmedetomidina: agonista adrenérgico a2. P roporciona analgesia al unir receptores alpha2 en la vía nociceptiva aferentes en el cuerno dor sal de la médula espinal, alterando así la libera ción de la sustancia P. Los efectos adversos m ás representativos son la hipotensión, bradicard ia y sequedad bucal.

Tricíclicos: su mecanismo de acción es el b loqueo de los receptores colinérgicos alfa 1 y alfa 2 adrenérgicos, y H1 y H2, histaminérgicos; bloquean la recaptación de la noradrenalina y de la serotonina, bloqueo de canales de sodio, calcio y activador de c anales de potasio, inhibición de NMDA, dis minución de PGE2 y de la producción del F NT, incrementa la función del receptor GAB A, activa receptores opioides. La dosis pedi átrica es de es de 0,5 a1 mg/kg al acostarse , pudiendo elevarse la dosis hasta 5 mg/kg.

.

Ketamina: Antagonista no competitivo de N MDA, efectos opiáceos débiles, antagonista del receptor NMDA, demuestra actividad en

los receptores opioides, e inhibe la receptaci ón de la dopamina y la serotonina a dosis su banestésica tienenefectos analgésicos y anti hiperalgésico. Sus principales efectos adver sos son: la disforia, alucinaciones, somnolen cia y mareo. La dosis recomendada es de 0. 1 a 0.2 mg / kg/ hr.

Esteroides: En situaciones especiales, el u so de esteroides puede ser de utilidad, com o por ejemplo en tumoraciones que condicio nes hepatomegalia, infiltración al sistema ne rvioso central o periférico, la hipertensión int racraneana, en el dolor óseo refractario ó se cundario a metástasis óseas.

El fármaco de elección en este grupo es la d exametasona con una dosis 0.25 mg-0.5 mg/kg/día.

Estrategias no farmacológicas para manejo de dolor.

Definición: Medidas físicas y psicológicas pa ra disminuir el dolor, empleadas de primera l ínea y como auxiliar en el tratamiento con e nfoque multimodal que incluye el empleo de estrategias no medicamentosas. Se centra e n individualizar las necesidades del paciente y ha demostrado la necesidad de dosis más bajas y menos efectos adversos de los medi camentos.

La mayoría de las estrategias pueden ser lle vadas a cabo por cualquier miembro del equ ipo de salud. Las intervención
s pueden ser de mucho beneficio cuando se requiere la cooperación del paciente para re alización de procedimientos y el empleo de fármacos no es factible.

Los niños menores de 7 años son cognitiva mente inmaduros por lo que las medidas de comodidad física y las actividades de distrac ción son más eficaces que el razonamiento verbal para el control de angustia, y por lo ta nto a mejorar el dolor.

Medidas de comodidad física:

Estimulación oral. Administración de aliment ación mediante succión o solución glucosad a al 25% durante el periodo neonatal;

Contacto físico con los padres. Terapia Can guro (piel con piel) durante procedimientos d olorosos;

Masaje: Superficial, que tiene efecto sobre l os sistemas nervioso y muscular porque mej ora de circulación
local; y profundo, que estimula la circulación disminuye espasmos y tensión muscular;
Medicina física:· Medios físicos (crio o term oterapia);
Neuroestimulación eléctrica transcutánea (T ENS);
Estimulación vibratoria. (Requiere prescripci ón médica); y· Movilización articular, que pu ede emplearse en
conjunto con terapia asistida con animales.
Actividades de distracción. Pueden ser empl eadas en pacientes de distintas edades y ni vel de desarrollo:
Medios electrónicos: juegos de videos, caricaturas, películas, etc.;
Juego: marionetas, juego de imitación, inter activos, lectura de historias, cuentos imaginativos guiados;
Terapia asistida con animales;
Intervenciones conductuales;
Arte: pintura, dibujo, musicoterapia; y
Actividades de relajación:
Aromaterapia con las siguientes recomenda ciones de esencias:Cefalea: menta, lavanda , romero, eucalipto;
Dolor generalizado: pimienta negra, limón, r omero, copaiba;
Ansiedad: naranja, manzanilla, lavanda, sándalo, ylang ylang.
Este tipo de intervenciones cobran vital importancia sobre todo en el contexto del manejo del Dolor Total.

ConclusionesEl paciente pediátrico es un individuo con características psicológicas, anatómicas y fisiológicas diferentes dependiendo de su estado de crecimiento y desarrollo. El manejo del dolor en esta población es un gran reto, el médico debe poseer los conocimientos necesarios para el correcto uso de métodos farmacológicos y sus indicaciones, así como establecer Un manejo psicoafectivo al paciente y su

familia. La instauración del tratamiento siempre debe ser individualizado, en consideración a las características y antecedentes del niño y su enfermedad. El uso de las directrices como las establecidas por la OMS sirven de referencia para la generación de pautas terapéuticas convenientes.

Bibliografía:

1. Loeser JD, Treede RD. The Kyoto protocol of IASP basic pain terminology. Pain 137(3), 473–477 (2008).
2. Turabi A and Plunkett AR. The application of genomic and molecular data in the treatment of chronic cancer pain. Journal of Surgical Oncology. (2012);105(5):494-501.
3. Firoozi M and Rostami R. Sensitivity to pain in children with acute lymphoblastic leukemia (ALL). Iranian Journal of Cancer Prevention. (2012);5(2):74-80.
4. Morphine is a drug with a high hepatic extraction coefficient; consequently, morphine clearance is determined by hepatic blood flow. (2016)
5. Drake R, Anderson BJ, van den Anker JN, Zernikow B. Managing persisting pain in children with medical illnesses: another frontier unexplored. Peadiatr. Anaesth. 23(5), 381–384 (2013).
6. Milani B, Magrini N, Gray A, Wiffen P, Scholten W. WHO calls for targeted research on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Evid. Based Child. Health 6, 1017–1020 (2011).
7. Collins JJ. Management of symptoms associated with cancer: pain management. In: Cancer In Children And Adolescents. Carroll WL, Finlay JL (Eds.). Jones & Bartlett, MA, USA, 541–546 (2010).
8. Martin DP, Bhalla T, Beltrn R, Veneziano G, Tobias JD. The safety of prescribing opioids in pediatrics. Expert Opin. Drug Saf. 13(1), 93–101 (2014).
9. Julia Downing, Satbir Singh Jassal, Lulu Mathews, Hanneke Brits & Stefan J Friedrichsdorf, Pediatric pain management in palliative care, Pain Manag. (2015) 5(1), 23–35
10. Jonkman K, Dahan A, van de Donk T, Aarts L, Niesters M, van Velzen M. Ketamine for pain. F1000Res. 2017;6.
11. Joel AP, Maher DP, Cohen SP. Ketamine: miracle drug or latest fad? Pain Manag. 2017. doi: 10.2217/pmt-2017-0022.

12. Tutelman, Chambers, Stinson. Pain in Children with Cancer: Prevalence, Characteristics, and Parent Mnagement. The Clinical Journal of Pain Publish Ahead of Print (2017)
13. Howard RF, Wiener S, Walker SM. Neuropathic pain in childrenArch Dis Child 2014;99:84-89
14. Candido, Kusper, Knezevic, et. al. New Cancer Pain Treatment Options, Curr Pain Headache Rep (2017) 21:12DOI 10.1007/s11916-017-0613

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO CON METÁSTASTASIS POR CÁNCER DE PRÓSTATA

Ángel de Jesús Castillo



CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO CONMETÁSTASIS POR CÁNCER DE PRÓSTATA

CASTILLO SALAS ÁNGEL DE JESÚS

CONTACTO CELULAR:
2299039064
E MAIL: ancasa87@gmail.com

FORMACIÓN PROFESIONAL

CURSO DE POSGRADO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MEDICINA: MEDICINADEL DOLOR Y PALIATIVA.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE.
2019 - 2020
CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA, CAPÍTULO CUIDADOS PALIATIVOS 2020 – 2025.
ACREDITACIÓN 0163.

ESPECIALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA
UNIVERSIDAD VERACRUZANA CÉDULA PROFESIONAL NO. 10047729
CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJO NACIONAL DE CERTIFICACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA, A.C. NO. 10594 (VIGENTE). 2021-2025.

LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO
UNIVERSIDAD VILLA RICA CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.CÉDULA PROFESIONAL NO. 7688462

ACTIVIDAD LABORAL

HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD ISSSTE VERACRUZ, VER.MÉDICO ANESTESIÓLOGO

PRÁCTICA PRIVADA EN MEDICINA DEL DOLOR Y PALIATIVA VISITA DOMICILIARIA Y EN HOSPITALES PRIVADOS EN LA ZONACONURBADA VERACRUZ-BOCA DEL RÍO, VER.

SOCIEDADES A LAS QUE PERTENEZCO

- FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ANESTESIOLOGÍA A.C.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DEL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR
- COLEGIO MEXICANO DE ANESTESIOLOGÍA A.C.
- COLEGIO DE ANESTESIÓLOGOS DEL ESTADO DE VERACRUZ, A.C.

RESUMEN

El cáncer de próstata es una enfermedad compleja que afecta a millones de hombres en todo el mundo, predominantemente en regiones con alto índice de desarrollo humano. Se diagnostica con mayor frecuencia en los hombres y la segunda causa principal de muerte por cáncer en los hombres en los Estados Unidos seguido del pulmonar.[4]

Los pacientes con enfermedad localizada con un riesgo de recurrencia de bajo a intermedio generalmente tienen un resultado favorable de supervivencia general del 99 % durante 10 años si la enfermedad se detecta y trata en una etapa temprana.[1]

Los factores de riesgo del cáncer de próstata incluyen sexo masculino, edad avanzada, antecedentes familiares positivos, aumento de estatura, obesidad, hipertensión, falta de ejercicio, niveles de testosterona persistentemente elevados, exposición al agente naranja y origen étnico.[2]

Los avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata han mejorado la capacidad de estratificar alos pacientes por riesgo y han permitido a los médicos recomendar terapias según el pronóstico del cáncer y la preferencia del paciente.[2] El tratamiento inicial con quimioterapia puede mejorar la supervivencia en comparación con la terapia de

privación de andrógenos. Laabiraterona, la enzalutamida y otros agentes pueden mejorar los resultados en hombres con cáncer depróstata metastásico resistente a la terapia hormonal tradicional. Ocasionando también mútiples efectos secundarios como:disminución de la líbido, problemas urinarios, disfunción eréctil, pérdida de orina/incontinencia, infertilidad, fatiga,alteraciones gastrointestinales.

El cáncer de próstata avanzado a menudo progresa a pesar de la ablación de andrógenos y luego seconsidera resistente a la castración e incurable.[3]

Los sitios comunes de diseminación metastásica en el cáncer de próstata avanzado incluyen la diseminación locorregional a los ganglios linfáticos (99 %) y al hueso (84 %). Los sitios poco comunes de metástasis incluyen ganglios linfáticos distantes (10,6 %), vísceras (~10 %) y el cerebro y laduramadre (<2 %).[3]

El tratamiento paliativo puede aliviar el dolor y ayudar a controlar otros síntomas y puede incluir:

- Radioterapia.
- Farmacoterapia.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Alimentación.
- Actividad física.
- Terapias complementarias: masaje, aromaterapia,acupuntura.[5]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Shahneen, S. (2021). Prostate cancer. The lancet, (398), 1075-1090.
2. Litwin MS, Tan H. The Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer: A Review. JAMA. 2017;317(24):2532–2542. doi:10.1001/jama.2017.7248
3. Rebello, R.J., Oing, C., Knudsen, K.E. et al. Prostate cancer. Nat Rev Dis Primers 7, 9 (2021). https://doi.org/10.1038/s41572-020-00243-0
4. Leslie SW, Soon-Sutton TL, Sajjad H, et al. Prostate Cancer. [Updated 2022 Oct 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470550/
5. Prostate Cancer Foundation of Australia and Cancer Council Australia PSA Testing Guidelines Expert Advisory Panel, Clinical Practice Guidelines for PSA Testing and Early Management of Test-detected Prostate Cancer,viewed 14 September 2021, available from: wiki.cancer.org.au/australia/Guidelines:PSA_Testing

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO
ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

ABORDAJE NUTRICIONAL COMO TERAPÉUTICA ANALGÉSICA EN EL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO

Alfredo Covarrubias



ABORDAJE NUTRICIONAL COMO TERAPÉUTICA ANALGÉSICA EN EL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO

Dr. LN. Alfredo Covarrubias

Médico Cirujano especialista en Anestesiología con alta especialidad en Medicina del Dolor y postgraduado en Medicina Paliativa e Intervencionismo en Medicina del Dolor y Paliativa. Licenciado en Nutrición Aplicada. Instructor físico grupal (CONOCER-CONADE) Médico Especialista Adscrito al Departamento de Medicina del Dolor yPaliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán

Sabemos que la alimentación forma parte de la sociedad humana, la cual se ha preocupado desde tiempos inmemoriales sobre el impacto que esta tiene en su salud, la cosmovisión, el contexto social, lo aprendido en el seno familiar, la religión, la cultura, el área geográfica en la que se encuentran la persona son algunos aspectos importantes sobre la forma en que consume alimentos. Los alimentos cubren tres esferas importantes; la biológica, la hedónica y la social; desde el punto de vista biológico pues se come para obtener los nutrientes necesarios y desarrollar las funciones vitales, desde el punto de vista hedónico pues se encuentra el deseo de comer y el placer que da el comer y desde el punto de vista social se come para estar saludable por convivir con las otras personas y por las creencias religiosas que las personas tienen sobre comer.

La dieta por definición es todo aquello que las personas ingieren, existen diferentes definiciones con respecto a lo que es la dieta, sin embargo, sabemos que la dieta correcta se caracteriza por ser completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada. Adecuada para el grupo poblacional en el cual se encuentra dirigida, variada porque tiene cada uno de los grupos necesarios para satisfacer las necesidades fisiológicas, suficiente por que tiene la cantidad de energía necesaria para cubrir los requerimientos de una persona, inocua porque no está diseñada para hacer daño ni causar enfermedades, equilibrada con respecto a las proporciones entre macronutrientes y micronutrientes y completa por que utiliza todo lo necesario para que el sujeto viva en forma adecuada.

Los elementos nutricionales que están involucrados en la generación de enfermedades se encuentran relacionados con el déficit de exceso de macronutrientes o micronutrientes, asi como alteraciones disbióticas del microbiota y el impacto de la nutrí genética y la nutrigenómica sobre el individuo.

Durante el último siglo se ha identificado en forma importante mente que el consumo de azúcar y el consumo de calorías se ha elevado en forma muy significativa en las poblaciones humanas, algunos autores consideran a la obesidad como la manifestación clínica de la adicción a dietas calóricamente densas con un elevado contenido de azucares refinados y de grasas polisaturadas. Es importante pensar entonces que la alimentación tiene un impacto sobre la genética, las hormonas, la inmunidad, la biología cerebral y el microbiota, de tal forma que no resulta fatuo el identificar que la alimentación puede tener un papel importante sobre el alivio del dolor y la generación del dolor.

Se ha identificado que aquellas personas que mantienen un índice de masa corporal entre niveles normales tienen menor impacto biomecánico sobre el esqueleto axial, los músculos que lo rodean disminuyendo el dolor musculoesquelético, pero de igual forma tiene un impacto importante en la expresión génica que favorece la disminución de diversos dolores. Las dietas con exceso de carbohidratos y lípidos se asocian a alteraciones anivel neuropático y a estados inflamatorios crónicos que pueden precipitar la presencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y/o el desarrollo de un estado obeso génico. Las alteraciones en los micronutrientes por ejemplo el déficit de vitamina B se asocia a neuropatías, existen diversas condiciones clínicas donde la función de esta vitamina se encuentra alterada, como en aquellos pacientes con diabetes mellitus que consumen fármacos como la metformina o bien aquellos pacientes que tiene altos consumos de alcohol. El consumo de omega 3, el consumo de ácido gama linolénico han demostrado claros efectos antinflamatorios, asi como los aponificables del aguacate y la soya, las cerezas y la cafeisina han demostrado efectos potencialmente analgésicos, es importante entonces identificar que todo aquello que ingerimos puede tener un efecto claro en la forma en la que se desarrolla el dolor, pero también en la forma en la que lo controlamos.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

DOLOR TOTAL EN EL NIÑO

Enjie F. El Din Ismail



DOLOR TOTAL EN PEDIATRÍA

Dra. Enjie Fakhr-el Din Ismail Paz

El concepto de “dolor total” está a la base de los fundamentos de la atención en cuidados paliativos. Con él, la fundadora del movimiento buscó capturar las diferentes facetas involucradas en el sufrimiento del paciente con necesidades paliativas. En estos pacientes un estado de salud muy precario se funde con estados psicológicos y emocionales negativos, una situación social adversa y formas de sufrimiento espirituales o existenciales. El llamado a un cuidado holista cobra especial relevancia en los cuidados paliativos dada su vocación de alivio y acompañamiento en busca de la mayor calidad de vida a pesar de la presencia de una enfermedad limitante para la vida o, incluso, del tránsito hacia la muerte. Los organismos internacionales han declarado a la población infantil como una población vulnerable en lo que respecta a su dolor y sufrimiento.

Introducción

Los profesionales de la salud que otorgan cuidados paliativos se enfrentan con aspectos de la naturaleza humana que la cultura contemporánea tiende a invisibilizar o negar. Los dolores propios suelen avergonzar, el sufrimiento suele verse como un motivo de derrota y la muerte se trata como un tema tabú del que parecemos sorprendidos cada vez que (inevitablemente) ocurre. Cuando estas cosas le ocurren a una niña o un niño, el velo del tabú es más fuerte, ya que es inherente a la condición humana la defensa del niño, el niño siempre es símbolo de vida, de futuro, de esperanza, por lo que el proceso de salud enfermedad, el sufrimiento e incluso la muerte se vuelven procesos mucho más dolorosos para la familia y la sociedad.

Los cuidados paliativos conciben al dolor, el sufrimiento y la muerte de una manera particular, así como los deberes de la medicina y de los profesionales de la salud hacia ellos. Sin embargo, por la naturaleza de su misión hay poblaciones que resultan más vulnerables a no recibir cuidados paliativos oportunos. Una de ellas es la población infantil.

1. Cuidados paliativos y dolor total

formas de sufrimiento, siendo ahora una categoría más amplia dentro de los cuales se hayan los cuidados al final de la vida. La Organización Mundial para la Salud ha ofrecido la siguiente definición:

Los cuidados paliativos son un acercamiento que mejora la calidad de vida de pacientes (adultos y niños) y familias que enfrentan los problemas asociados a una enfermedad amenazante para la vida, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y una correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas,

sean físicos, psicosociales o espirituales (Global Atlas of Palliative Care 2020)

Los cuidados paliativos son un modelo de atención multidisciplinar cuyo objetivo es el alivio del sufrimiento relacionado con enfermedades que amenazan la vida. A pesar de que su historia inició como un modelo atención para pacientes terminales, a través del tiempo nos hemos dado cuenta de que esta estrategia de atención parece ofrecer un trayecto de la enfermedad más amigable, resultando útil para el alivio de diversas

El acento que hay en esta caracterización de las diversas facetas del sufrimiento del paciente con necesidades paliativas (físicas, psicológica, social o espiritual) es un reflejo de la naturaleza del modelo de atención. Los cuidados paliativos tienen una concepción particular del el dolor y el sufrimiento del paciente, así como acerc a de la manera correcta de qué hacer frente a ellos. Cicely Saunders fue la fundadora del movimiento de hospice y de cuidados paliativos. En la base de este modelo de atención está el concepto de “dolor total”. Concepto que Saunders construye a partir de su experiencia con pacientes al final de vida.

El concepto de dolor total hace referencia a aquellas relaciones causales entre el dolor y y los estados psicológicos, emocionales, espirituales y sociales que han sido Identificadas como susceptibles de ser intervenidas por el modelo de atención paliativa multidisciplinar. los estados psicológicos, emocionales, espirituales y sociales que han sido Identificadas como susceptibles de ser intervenidas por el modelo de atención paliativa multidisciplinar. Esto nos invita como trabajadores de la salud a definir el concepto de “dolor total” como aquel que involucra a aquel sufrimiento que obedece a unas dimensiones que van más allá de las estrictamente biomédicas.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

PATRONES DE PRESCRIPCIÓN, DESCELANCES CLÍNICOS Y REDUCCIÓN DE ANALGÉSICOS ASOCIADOS AL USO DE FORMULAS MAGISTRALES DE CANNABIS EN PACIENTES COLOMBIANOS CON DOLOR CRÓNICO

Guillermo Moreno-Sanz



Patrones de prescripción, desenlaces clínicos y reducción de analgésicos asociados al uso de fórmulas magistrales de cannabis en pacientes colombianos con dolor crónico

Doctor Guillermo Moreno Sanz Director Científico, Khiron Life Sciences Corp.

Autor de más de 25 artículos científicos y 3 patentes que describen el papel del sistema endocannabinoide en la percepción del dolor. Es licenciado en Bioquímica y Química Orgánica de la Universidad de Zaragoza, y obtuvo su doctorado en Neurociencias en la Universidad Complutense de Madrid en España. Adquirió una amplia experiencia internacional con becas de larga duración en los Países Bajos, Italia y los Estados Unidos, donde ha desarrollado la mayor parte de su carrera en la Universidad de California, Irvine,trabajando con el profesor Daniele Piomelli, donde descubrió una nueva clase de analgésicos cannabinoides carentes de psicoactividad no deseada. Participó en la elaboración del informe de 2017 "Los efectos del cannabis y los cannabinoides en la salud" de las Academias Nacionales de Ciencias. Posteriormente se trasladó a España y fundó Abagune Research, una empresa privada que proporciona asesoramiento científico, soluciones de investigación y servicios de desarrollo de productos a los reguladores, divulgadores y operadores de la industria internacional del cannabis.

PALABRAS CLAVE

Cannabis, cannabinoides, fórmula magistral, dolor crónico, THC, CBD

INTRODUCCIÓN

El uso terapéutico de cannabinoides en el tratamiento del dolor crónico sigue siendo controvertido debido a i) la escasa evidencia clínica encontrada en ensayos clínicos aleatorizados (ECAs);ii) la naturaleza heterogénea de la indicación clínica; y iii) la amplia gama de productos medicinales a base de cannabis utilizados en estudios clínicos experimentales y observacionales.

OBJETIVOS

En este estudio buscamos evaluamos los desenlaces clínicos reportados por pacientes en una cohorte de adultos diagnosticados con dolor crónico de diversa etiología, que recibieron tratamiento adyuvante con fórmulas magistrales orales derivadas de cannabis entre mayo y septiembre de 2021 en la clínica Zerenia en Bogotá, Colombia.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio de cohorte de conveniencia, observacional y retrospectivo. Los participantes completaron un breve cuestionario para capturar el grado de mejoría clínica y la aparición de efectos secundarios asociados al tratamiento. Los prescriptores dispusieron de cuatro fórmulas magistrales orales con distintas concentraciones relativas de THC y CBD, preparadas a partir de extractos monovarietales de cannabis. Los datos clínicos se obtuvieron del sistema de gestión hospitalaria Gomedisys (Bogotá, Colombia) y se analizaron con el software libre Jamovi V2.2.2.

RESULTADOS

La mayoría de los participantes (N=2112) fueron mujeres (76,1%) con una edad media de 58,7 años, y el 92,5% reportaron algún grado de mejoría en su síntoma primario. Más del 99% de las prescripciones correspondieron a tan solo dos fórmulas magistrales que contenían cantidades relativas de THC y

CBD de 1:25 y 1:1, respectivamente. El grado de mejoría registrado fue similar entre ambas formulaciones. Se encontraron diferencias específicas por sexo en los patrones de prescripción, enlas que los pacientes hombres reportaron inicialmente una menoreficacia y migraban preferentemente al quimiotipo 1:1 conforme avanzaba el tratamiento. La mayoría de los participantes (70%) no relataron efectos secundarios asociados al tratamiento y los que se notificaron fueron leves, como somnolencia (13,0%), mareos (8,1%), los cuales se mitigaron con el avance deltratamiento.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados constituyen laprimera evidencia médica publicada sobre el uso clínico del cannabis medicinal en Colombia y sugieren que las formulaciones magistrales orales a base de cannabis representan una opción terapéutica segura y eficaz como coadyuvante en el manejo del dolor crónico.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

MANEJO DE DOLOR EN METÁSTASIS ÓSEAS

Rebeca Almazán



MANEJO DEL DOLOR EN METÁSTASIS ÓSEAS

DRA. REBECCA JAEL ALMAZAN GONZALEZ

Como médicos algologos que tenemos contacto con los pacientes oncológicos debemos tener conocimiento de que en el cáncer las metástasis Oseas representan un alto porcentaje en incidencia dependiendoel Ca. del paciente, siendo los tumores sólidos los que más comúnmente hacen metástasis a hueso. Próstata: 70% Mama 60-70% Pulmón, Vejiga: 30%. Se cuenta con dos tipos de metástasis óseas las cuales son osteoliticas y osteoclasticas. La fisiología del dolor óseo es independiente de la fisiopatología de la producción de metástasis óseas, esta tiene un complejo desarrollo de múltiples mediadores inflamatorios los cuales condicionan su inicio agudo, asícomo su cronificación, e incluso el dolor irruptivo que suele presentarse conlas metástasis óseas de manera frecuente. Dentro de toda labibliografía encontramos múltiplesmanejos para el dolor por metástasis óseas sin embargo no se encuentra ningún protocolo establecido, se tiene en cuenta la escalera analgésica de la OMS y el uso de la radioterapia, pero considero adecuado que por medio de un consenso de equipo multidisciplinario de las diferentes especialidades que trabajamos con pacientes oncológicos debería establecerse un protocolo tanto inicial como de seguimiento en el manejodel dolor. El dolor por metástasis óseas se divide en dos: C Dolor de inicio o primario y C Dolor consecutivo

o secundario. Se tiene que hacer una HC adecuada, así como un correcto y meticuloso interrogatorio acerca de las características del dolor como en todo paciente con dolor, indagando con la nemotecnia que todos conocemos: ALICIA.

Dentro del manejo de dolor del cual estamos tratando puede separarse en cuatro principalmente: -Farmacológico -Bifosfonatos -Radioterapia -Intervencionismo algologico.

REFERENCIAS

Ismya, J. (2020). Management of cancer pain with analgetic adjuvant and weak opioid in prostatecancer bone metastases: A case series.

felice, f. (2017). the role of radiation therapy in bone metastases management. *oncotarjet*,*8*(15).

Abrahamsson* Malmo¨, P. A. (2004). Pathophysiology of BoneMetastases in Prostate Cancer. European Urology Supplements, 3. https://doi.org/10.1016/j.eursup.2004.09.001

R.E. Marx (Ed.) (2018)Oral and Intravenous Bisphosphonate□Induced Osteonecrosis of the Jaws: History, Etiology, Prevention, and Treatment. Quintessence Publishing Co Inc, Second edition Hanover Park, IL.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

Marcela Samano



FÁRMACOS INTRAVENOSOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

Dra. Marcela Sámano García

El dolor neuropático es un dolor definido como el dolor que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial (Finnerup N, 2015).

Las guías y consensos internacionales al día de hoy han propuesto dentro de los tratamientos farmacológicos de las primeras tres líneas son los Antidepresivos tricilcicos, Inhibidores de recaptura de serotonina, Gabapentinoides, Opioides donde se incluye con mayor evidencia tramadol y posteriormente morfina, lidocaína 5% en parches y capseicina parche 8% y específicamente para neuralgia del trigémino bloqueadores de canalesde sodio. (Plancarte R 2021).

Dentro otros tratamientos analgésicos que se han investigado en el dolor neuropático esta Lacosamida, Topiramato, Cannabinoides y Levetiracitam ; todos estos fármacos con evidencia en contra o sin evidencia suficiente para poder recomendarlos como tratamiento en el dolor neuropático (Finnerup N, 2015).

Todos los fármacos antes mencionados que han sido utilizados en el dolor neuropático y recomendados son para el manejo de dolor neuropático al día de hoy son vía oral o vía transdérmica, estos últimos limitándose a dolor neuropático localizado (DNL) , por lo que los pacientes que no se pueda utilizar

estas vías, no sea un DNL o estas terapias no tengan una respuesta se necesitan terapias alternativas como son las terapias parenterales como esla vía intravenosa.

Dentro de los fármacos utilizados en la vía intravenosa, en dolor neuropático son: antagonista NMDA especialmente la ketamina, Lidocaína, alfas agonistas tanta clonidina y dexmedetomidian, Magnesio, La cosamida, Valproato y opioides. (shanthanna H, 2012).

Dichos fármacos se utilizan normalmente cuando el control del dolor no se logra con las primeras líneas de manera significativa, por lo que existe un sesgo en utilidad dentro de dolor neuropático de leve o moderada intensidad. Han demostrado ser eficaces en exacerbaciones de dolor neuropático en algunos pacientes con un adecuado control del dolor, siendo en un gran número de casos a corto plazo y en algunos casos a largo plazo. En la mayoría de estos fármacos intravenosos para el dolor neuropáticos no se ha encontrado una dosis fija efectiva, así como el tiempo de perfusión y la periodicidad necesaria lograr un adecuado control del dolor sobre todo a largo plazo (Eisenberg E,2019).

REFERENCIAS.

Finnerup, N. B., Attal, N., Haroutounian, S., McNicol, E., Baron, R., Dworkin, R. H. & Wallace, M. (2015). Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, *14*(2), 162-173

Plancarte-Sánchez, R., Samano-García, M., Guillén-Núñez, M. D. R., & Equihua-Ortega, A. (2021). Dolor neuropático localizado. *Gaceta médica de México*, *157*(3), 315-322.

Shanthanna, H. . (2012). Intravenous Therapies in the Management of Neuropathic Pain: A review on the Use of Ketamine and Lidocaine in Chronic Pain Management. IntechOpen, 51, 41-80

Eisenberg E. Vulfons S. (2019). Neuropathic Pain Pharmacotherapy. En Bonica's Management of Pain (4197-4259). EEUU: Wolters Kluwer.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRÍCOS EN ENFERMEDADES RARAS

Jorge Ramos



Cuidados Paliativos Pediátricos en Enfermedades Raras

Dr. Jorge Alberto Ramos-Guerrero

- FORMACIÓN
  - Médico Cirujano y Partero (Universidad de Guadalajara);
  - Especialista en Pediatría (Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"; Universidad de Guadalajara);
  - Maestro en Desarrollo Humano (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; I.T.E.S.O);
  - Master Universitario de Medidas de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico (Universidad de Salamanca, España);
  - Doctorante en Salud Pública, (Universidad Cuauhtémoc).

- ACTUAL
  - Adscrito Pediatra Paliativista a Servicio de Cuidados Paliativos y Dolor, Hospital General de Occidente (HGO), Zapopan, Jalisco.
  - Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Paliativa y del Dolor, Sede HGO, Universidad de Guadalajara, Programa Nacional de Posgrados, CONACYT.

    Sistema Nacional de Investigadores, Candidato.

Se estima que de 3.5-5.9% de la población mundial de tal manera que 263-446 millones de personas están afectadas por una *enfermedad rara* (eR) globalmente en cualquier punto del tiempo (Nguengang, et al., 2020).

Estas patologías que tienen baja prevalencia individual[1], son heterogéneas en su naturaleza y son numerosas (n=6,172, Orphanet, 2022), iniciando hasta en 70% en la edad pediátrica con una expresión clínica variable que va desde

síntomas leves a condiciones crónicas, complejas, que *limitan o amenazan la vida*, con una alta carga de síntomas y que requieren cuidados constantes.

Aunque muy pocas de las eR cuentan con tratamientos curativos o modificadores de la enfermedad es posible brinda un abordaje paliativo los cuales desde la interdisciplinariedad que busca aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de la persona y su familia, desde la sospecha diagnóstica, en toda la trayectoria de vida y si es el caso al final de esta y el seguimiento al duelo de los cuidadores (Lynn, et al., 2016).

Se presentan elementos clave en la provisión de cuidados paliativos para personas en edad pediátrica con eR que limitan o amenazan la vida y para sus familias.

Referencias

Adams, L. S., Miller, J. L., & Grady, P. A. (2016). The Spectrum of Caregiving in Palliative Care for Serious, Advanced, Rare Diseases: Key Issues and Research Directions. Journal of palliative medicine, 19(7), 698–705.

Nguengang, et al., (2020). Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. European journal of human genetics : EJHG, 28(2), 165–173.

Orphanet (2021) Portal sobre enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Accesado 01/11/22. Disponible https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php

Together for Short Lives (2018). A Guide to Children's Palliative Care (Fourth Edition)

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

USO APROPIADO DE AINES

José Luis Carmona



Uso apropiado de los AINES

José Luis Carmona Rodríguez

Medico anestesiólogo, Medicina del dolor y Medicina de cuidados paliativos

Los analgésicos simples y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluyen un grupo heterogéneo de fármacos que se caracterizan por poseer una acción analgésica, antipirética y/o antiinflamatoria común, aunque en grados muy diversos. La selección de un fármaco u otro puede depender de muchos factores (experiencia de uso, preferencia del médico o paciente, precio, disponibilidad), pero desde el punto de vista farmacológico, la selección depende básicamente de su efectividad y de su seguridad. Los AINE son fármacos recomendables para tratar el dolor y la inflamación en las enfermedades reumáticas deben utilizarse, en la medida que la enfermedad de base lo permita, en ciclos cortos de tratamiento.

El margen de toxicidad de estos fármacos es diverso y los riesgos deluso a corto plazo pueden ser exagerado específicamente, que la probabilidad de disfunción renal, sangrado, falta de unión ósea, complicaciones gástricas, y finalmente, la disfunción cardíaca no parece aumentar significativamente cuando los AINE se usan adecuadamente. La toxicidad gastrointestinal está ampliamente reconocida de los AINE y del AAS, mientras que el riesgo con paracetamol es mucho menor y no se considera gastro lesivo. La toxicidad renal de los AINE puede ser muy grave en pacientes convenientemente hidratados con una función renal normal, los AINE pueden producir retención de sodio y de agua de forma inicial, pero suele ser un efecto transitorio.

Si hay restricción sódica, uso de diuréticos y otras condiciones que disminuyan el volumen circulatorio (insuficiencia cardíaca, cirrosis hepática con ascitis, insuficiencia renal o síndrome nefrótico), pueden presentarse efectos adversos más frecuentes y graves. La toxicidad hepática donde la aspirina (AAS) y los salicilatos administrados regularmente en dosis superiores a 50mg/kg pueden producir hepatotoxicidad moderada. La toxicidad hematológica el metamizol puede producir discrasias sanguíneas potencialmente graves, como la agranulocitosis, aunque en una frecuencia muy baja (5-8 casos por millón de habitantes y año), y se ha prohibido en muchos países (Estados Unidos, Reino Unido…). A causa de la toxicidad, no está indicado en tratamientos crónicos. La toxicidad cardiovascular asociado al rofecoxib motivó la retirada del mercado de dicho coxib, contraindicando el uso de los coxib en pacientes con enfermedad arterial periférica, enfermedad isquémica cardíaca, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular, y precaución en los pacientes con riesgo cardiovascular.

Ningún AINE ha demostrado ser superior a otro AINE y la eficacia de los AINE tradicionales y es semejante a la de los COXIB. El enfermo candidato a recibir un trasplante renal por definición tiene anormalidades importantes en la tasa de filtración glomerular ya que durante el postoperatorio presenta alto riesgo de trombosis e isquemia renal; este grupo de fármacos (AINE y COXIB), carece de indicación en este grupo de enfermos.

Conclusión: Los AINES deben administrarse, en la medida que la enfermedad de base lo permita, En ciclos cortos de tratamiento y a las dosis bajas posibles, siempre dentro de su rango de eficacia y vigilando de manera específica las complicaciones digestivas, cardiovasculares, renales, hepáticas y hemáticas

REFERENCIAS

Chang et al. Are NSAIDs Safe? Assessing the Risk-Benefit Profile of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drug Use in Postoperative Pain Management. The American Surgeon. 2021, Vol. 87(6) 872–879. DOI: 10.1177/0003134820952834

Giustino Varrassi. Joseph V. Pergolizzi . Pascal Dowling. Antonella Paladini Ibuprofen Safety at the Golden Anniversary: Are all NSAIDs the Same? A Narrative Review. Adv Ther (2020) 37:61–82 https://doi.org/10.1007/s12325-019-01144-9

Sung Jae Shin, et al. NSAID-induced enteropathy. Intest Res 2017;15(4):446-455 https://doi.org/10.5217/ir.2017.15.4.446

Túlio Ricardo Couto de Lima Souza, Graziella Silvestre Marques, Amanda Carla Quintas de Medeiros Vieira and Juliano Carlo Rufino de Freitas (2012). State of the Art of Anti-Inflammatory Drugs, Pharmacotherapy, Dr. Farid Badria (Ed.), ISBN: 978-953-51-0532-9. http://www.intechopen.com/books/pharmacotherapy/state-of-the-art-of-anti-inflammatory-drugs

Yaxley J. et al. Non-steroidal anti-inflammatories and the development of analgesic nephropathy: a systematic review RENAL FAILURE, 2016. VOL. 38, NO. 9, 1328–1334. http://dx.doi.org/10.1080/0886022X.2016.1216708

Covarrubias-Gómez A. Manejo del dolor postoperatorio en el enfermo con trasplante renal. Revista Mexicana de Anestesiología. Volumen 32, Suplemento 1, abril-junio 2009.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

INSOMNIO Y SU IMPACTO NEGATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Alejandro Vargas



IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Dr. Alejandro Vargas Bermúdez. Costa Rica

El insomnio es uno de los síntomas más olvidados en Cuidados Paliativos. Su prevalencia en pacientes con cáncer es mayor (a veces el triple) en comparación a la población en general. En una revisión sistemática realizada por Nzwalo et al, la mediana general de la prevalencia del insomnio en pacientes con enfermedad avanzada incluidos en los estudios analizados fue del 49,5 %[1]. Mercadante et al, describen que hasta un 67% de los pacientes admitidos en unidades de Cuidados Paliativos presentan insomnio con una intensidad de moderada a severa y solamente un 16.1% de leve intensidad[2]

Según el Modelo de las 3P, existen varios factores etiológicos para el insomnio en pacientes con cáncer avanzado.

Estos se agrupan en tres categorías principales: predisponentes (adultos mayores, sexo femenino, historia personal/familiar, antecedentes psiquiátricos), precipitantes (tratamiento oncológico, hospitalización, síntomas mal controlados, medicamentos) y perpetuanes (conductas inapropiadas al dormir)[3].

Este trastorno del sueño tiene impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes oncológicos, ya que se correlaciona directamente con otros síntomas como: ansiedad, depresión, fatiga, somnolencia y dolor[4-5]. Además, según un metaanálisis publicado por Strom et al, el insomnio se asocia con peor respuesta al tratamiento oncológico, menor tiempo en la progresión y disminución de la sobrevida de algunos pacientes[6].

Es importante realizar una evaluación frecuente del insomnio en los pacientes con cáncer, además del tratamiento adecuado basado en medidas no farmacológicas (primera línea); así como del tratamiento farmacológico correcto, que evite la cronificación y los efectos negativos de esta patología.

Referencias Bibliográficas

1. Nzwalo I et al. Systematic Review of the Prevalence, Predictors, and Treatment of Insomnia in Palliative Care. Am J Hosp Palliat Care. 2020. 37(11): 957-69
2. Mercadante S et al. Insomnia in patients with advanced lung cancer admitted to palliative care services. Int J Clin Pract. 2021. 75: e14521
3. Jakobsen G et al. An Update on Prevalence, Assessment, and Risk Factors for Sleep Disturbances in Patients with Advanced. Cancer—Implications for Health Care Providers and Clinical Research. Cancers (Basel). 2022.14(16): 3933
4. Asok A et al. Prevalence and risk factors of insomnia in solid tumor patients in a tertiary care hospital. Clin Epidemiol Glob Health. 2022.15: 101014
5. Galvin K et al. The relationship between sleep hygiene, mood, and insomnia symptoms in men with prostate cancer. Support Care Cancer. 2022. 30(5): 4055-64
6. Strom L. et al. Sleep During Oncological Treatment– A Systematic Review and Meta-Analysis of Associations With Treatment Response, Time to Progression and Survival. Front. Neurosci. 2022. 16: 817837

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

SCRENING DEL IMPACTO AFECTIVO EN LOS PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Alejandra Rodríguez



IMPACTO AFECTIVO EN EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: SCRENNING PREVENTIVO DE COSTOS SANTARIOS

Psicóloga Lic. Alejandra Rodríguez

Doctoranda en Psicología, Magíster en Psicología Clínica, Magíster en Docencia Universitaria, Diplomada en Psicología Médica, Diplomada en Docencia Universitaria, Directora del Centro del Dolor CHILE, Miembro Directorio ACHED-CP, comisión Psicología ACHED-CP y FEDELAT

Resumen:

La participación de los factores psicológicos en la experiencia dolorosa tiene incuestionable evidencia. Justamente es una experiencia personal, por lo cual, la Psicología, ciencia experta en el comportamiento individual, tiene un papel preponderante. Factores cognitivos, afectivos, personalidad y manejo del estrés, se articulan en circuitos recursivos (Nijs et al., 2016; Cuyul & Araya, 2019; Raja et al., 2020; Alcántara et al., 2022). La misma definición de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) en el 2020, recalca que es una experiencia emocional (Raja et al, 2020).

Se describen afectos involucrados con evidencia en esta experiencia como la desesperanza; miedo; ansiedad; sentimiento de injusticia; sentimiento de incontrolabilidad; pena; rabia (Rodríguez, 2021). La relevancia de una pesquisa oportuna de la intensidad y presencia de estas variables radica en la prevención de los costos sanitarios estudiados en el dolor crónico no oncológico tales como trastornos del ánimo depresivo, trastornos ansiosos, kinesiofobia, entre otros (Espinoza et al., 2017).

Referencias:

1.Alcántara Montero, A., Pacheco de Vasconcelos, SR, & Hernández Alvarado, PM (2022). Modelo conceptual de las consideraciones biopsicosociales en el manejo del dolor crónico. *Atención primaria*, *54* (7). Publicación anticipada en línea: doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102350

2.Cuyul, I., Araya, F. (2019). Influencia de los factores psicosociales en la experiencia de dolor musculoesquelético: una revisión de la literatura. *Rev Soc Esp Dolor, 26*(1). 44-51.

3. Nijs,J., Goubert, D., Ickmans, K. (2016). Recognition and treatment of Central Sesitization in Chronic Pain Patients: Not limited to specialized care. *Journal of Orthopaedic & Sports physical Therapy,46* (12), 1024-1028.

4. Espinoza, M., Repetto, P., Cabieses, B.,Vargas, C.,Zitko, P. (2017). Propuesta de Política Pública para el manejo del Dolor Crónico Musculo Esquelético. *Propuestas de políticas públicas.*

5. Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976–1982.

6. 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. *El Dolor*. Asociación Chilena para el estudio del dolor, 73, 16-25.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

BIOÉTICA Y DOLOR

Margarita Otero



BIOÉTICA Y DOLOR

Dra. Margarita Otero

Médica Cirujana por la Universidad Anáhuac Norte

Maestra en Bioética por la Universidad Anáhuac Norte

Estudios en Fertilidad Natural

Diplomado en Cuidados Paliativos

Docente de las materias de Bioética y Cuidados Paliativos en atención primaria.

¿Quién es el enfermo paliativo con dolor?, ¿Cómo tratar el dolor de las personas? Sin duda recordar la definición de la IASP acerca del dolor, entendido como "una experiencia sensorial y emocional desagradable que puede estar asociada o ser similar a un daño tisular real o potencial", es una primera aproximación. (1)

Este concepto relacionado con la Bioética (2), vista como como un puente que une los saberes científicos con los éticos (3), favorece la apertura al diálogo que refresca la ética médica y la lleva a un terreno de concreción práctica.

Las reflexiones Bioéticas centradas en la persona observada como un ser multidimensional –esto es ente físico, emocional, social y espiritual– garantiza no fragmentar el abordaje de los pacientes ni caer en reduccionismos. Ello respeta la dignidad ontológica del ser.

En el manejo del dolor resulta conveniente considerar términos como lo son libertad, debilidad, vulnerabilidad y fragilidad. Además, existen principios Bioéticos que orientan las reflexiones y salvaguardan la integridad de la persona. (4)

La atención individualizada favorece la relación humana y digna, que respeta la autonomía centrada en un consentimiento informado pleno. Sin duda, actuar con prudencia asegura el abordaje ético del paciente y, en este quehacer, se centra el tratamiento del dolor para aliviar el sufrimiento. (5)

El dolor de los pacientes es real y por lo tanto, es necesario adecuar el esfuerzo terapéutico. Para tal efecto se debe valorar la intención de los tratamientos, el procedimiento y su resultado. Complementar esta visión con los principios de doble efecto, solidaridad y no discriminación reafirma el manejo del dolor centrado en la persona (6) y por ende, en el acompañamiento del enfermo y su familia. Ello es fundamental en la gestión de los cuidados paliativos. (7)

El dolor limita de manera drástica la calidad de vida y el bienestar de las personas que lo padecen, pues puede estar presente las 24 horas de los 365 días del año.

En este sentido, resulta prioritario encontrar el balance entre el rigor científico y la sensibilidad ética a través de la evaluación y tratamiento multidimensional del paciente sin perder de vista el concepto de dolor total. (8) Recordemos en todo momento que “El insuficiente alivio del dolor es la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas” (9)

REFERENCIAS:

(1) Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, *161*(9), 1976–1982. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

(2) Potter, V. R. (1970). Bioética, la ciencia de la supervivencia. *Biology and Medicine*, *14*(1), 127-153.

(3) Van Rensselaer Potter, p. H. D. Bioética puente, bioética global y bioética profunda.

(4) Tarasco, M. Gómez, J.E. (2023). *Introducción a la Bioética de Kuthy-Villalobos*. Méndez Editores.

(5) Bátiz, J. (2021). *Bioética y cuidados paliativos*. San Pablo.

(6) Sgreccia, E. (2009). *Manual de Bioética* (Vol. 1). Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

(7) Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. 20 agosto 2020. Consultado 06 noviembre 20221. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

(8) Fajardo-Chica, D. (2020). Sobre el concepto de dolor total. Revista de Salud Pública, *22*(3).

(9) Gómez, M. Grau, J.A. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Arán Ediciones.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO
ALGIA
DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

SÍNDROME POST-MASTECTOMÍA INDIFERENCIADO

Giancarlo Ferretiz López



SÍNDROME POST MASTECTOMÍA

Dr. Giancarlo Ferretiz López.
Anestesiólogo Oncólogo/Algólogo.
Hospital General León, Hospital Aranda de la parra

Profesor Adjunto del Servicio de Anestesiología Turno Matutino del Hospital General León.
Staff Médico del Hospital Aranda de la Parra León Guanajuato.

Profesor e Instructor
Curso PTC(Primary Trauma Care)
EvaLa (Educacion Via Aerea Latinoamerica (Mexico)
ALGIA (Curso avanzado de apoyo y control de dolor)

Miembro Fundador de SMAO (Sociedad Mexicana de Anestesiología Oncológica)
Colegiado y Federado (21A 241)
CERTIFICADO ANESTESIOLOGIA 11501 VIGENCIA (2027)

Anestesiólogo/ Egresado Hospital Universitario Puebla
Anestesiólogo Oncólogo/ Egresado Instituto Nacional de Cancerología.
Algólogo/ Egresado Instituto Nacional de Cancerología.

Miembro de Sociedades Médicas (6)
Publicaciones Nacionales e Internacionales (18)
Participación y publicación de Libros (8)

El dolor persistente después de la mastectomía se informó por primera vez en año de 1978. Desde entonces, este fenómeno se ha denominado síndrome de dolor posterior a la mastectomía o por sus siglas en ingles Post Mastectomy Pain Syndrome (PMPS) [(1).] Actualmente se describen como: un dolor que se produce después de cualquier cirugía de mama; es de, al menos, intensidad moderada, presenta características neuropáticas, se localiza en la mama, pared torácica, axila, o brazo ipsilateral, tiene una duración mínima de 6 meses, ocurre al menos el 50 % del tiempo y puede ser exacerbado por los movimientos de la cintura escapular.

Este es probablemente secundario a una lesión del nervio intercostobraquial y/o intercostales durante la disección a nivel axilar, lo que explica las características neuropáticas de este dolor [(2)]. El SDPM aparece en la nueva clasificación ICD-11 como un subgrupo de Dolor Crónico Post Quirúrgico. [(3)]

Su incidencia de presentación va de un 40 hasta un 52% de las pacientes después de la cirugía de mama **[(3)]**, entre los factores de riesgo para el desarrollo de SDPM destacan los siguientes:

a) Mujeres jóvenes

b) Cirugía más extensa con disección de los ganglios linfáticos axilares

c) Radioterapia

d) Quimioterapia neurotóxica

e) Localización del tumor en el cuadrante superior externo de la mama

f) Dolor postoperatorio agudo inmediato,

g) Dolor crónico preexistente

h) Factores psicosociales como estrés, ansiedad y depresión.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes se manifiestan en forma de dolor de mama fantasma, dolor en sitio de incisión o dolor neuropático en la pared torácica anterior/lateral, la axila o la cara interna de la región superior del brazo **[(5)]**,

Por lo que se clasificara de acuerdo con su presentación en 4 categorías a) Dolor de mama fantasma, b) Neuralgia Intercostobraquial c) Dolor Miogeno e) Dolor por Neuroma [6] Por lo que es importante realizar una adecuada exploración física de estos pacientes para poder descartar otras patologías que pudieran tener manifestaciones clínicas similares es decir sus diagnósticos diferenciales como lo serian por nombrar algunos como lo es la recidiva del tumor, fractura de costillas, neuropatía por quimioterapia, plexopatia por radioterapia o el Pinzamiento de la raíz del nervio torácico [8]

Exploración física.

Se realizar inicialmente con una adecuada inspección general con el objetivo de evaluar la atrofia muscular, la asimetría y las masas macroscópicas. A nivel de región de hombro se tendrá que evaluar la movilidad función y restricción del hombro, a nivel de piel y herida quirúrgica debemos tener en cuenta la cicatriz, fibrosis, dolor a la palpación de la cicatriz, neuromas, infección y recidiva de neoplasias malignas. A nivel linfática para evaluar la linfadenopatía en las cadenas linfáticas no diseccionadas. La exploración neurológica incluye maniobras motoras de la cintura escapular, especialmente en los nervios motores potencialmente afectados por la cirugía mamaria (toracodorsal, torácico largo, pectoral medial y lateral). Las pruebas sensitivas deben incluir todos los dermatomas mamarios T1-T5. Se debe prestar especial atención a los dermatomas torácicos posteriores, ya que pueden indicar una enfermedad de la columna vertebral. [8]

Las principales limitaciones en la exploración física incluyen la pérdida de movilidad del hombro en la abducción y rotación externa, la restricción en los pectorales menor y mayor reduce la flexión y la extensión. Las limitaciones en la elevación de peso reducen la capacidad para realizar tareas domésticas (aspirar, lavar la ropa), tareas diversas (reponer productos en estantes) y actividades profesionales [8]

Síntomas.

Los síntomas asociados con el SDPM en mayor porcentaje son los de tipo neuropático los cuales se incluyen sensación de descargas, punzadas, ardor y sensación parestesia en la mama, la axila o la cara interna del brazo, además se acompaña de síntomas de rigidez y congestión en la axila, el dolor se agrava con el movimiento del hombro, el estiramiento, el esfuerzo y el contacto directo con la ropa [7].

Estudio de imagen.

Por las características de la evolución y sintomatología de esta patología es necesario el apoyo con estudios de imagen los que nos ayudaran a excluir otras causas de dolor y diagnósticos diferenciales como lo serian por nombrar algunos como lo es la recidiva del tumor, fractura de costillas, neuropatía por quimioterapia, plexopatia por radioterapia o el Pinzamiento de la raíz del nervio torácico. Las neoplasias malignas recidivantes se pueden excluir mediante mamografía, ecografía, resonancia magnética o tomografía de emisión de positrones.

Tratamiento.

La etiología del PMPS es compleja y poco conocida, pero se sugiere principalmente que es el resultado de una lesión quirúrgica de los principales nervios periféricos en la axila y/o la pared torácica durante la disección de los ganglios linfáticos axilares [9].

El tratamiento inicial se inicia en el perioperatorio, esto incluye la minimización de la disección, las técnicas de conservación de nervios y el alivio del dolor de forma inmediata [10]. Entre las opciones con las que se cuenta es la administración de gabapentina oral preoperatoria y los bloqueos del nervio paravertebral han demostrado resultados efectivos para disminuir el dolor postoperatorio agudo [11]

Por lo general, el alivio inmediato del dolor postoperatorio se consigue mediante un uso acertado de opioides, antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol.

En un estudio se observó que la pregabalina en una dosis única de 75 mg antes de la operación y 12 horas después de la operación reducía el dolor [11].

Hay múltiples grupos de fármacos útiles en el manejo del dolor neuropático presente en esta patología ya que en algunos protocolos de estudio como con el uso de **Antidepresivos** en el estudio de **Kalso** y colaboradores investigaron el efecto de la **amitriptilina** sobre el dolor neuropático en pacientes que habían recibido tratamiento por cáncer de mama v dosis inicial de amitriptilina fue de 25 mg/día y se fue aumentando a 100 mg/día en 4 semana donde Ocho de 15 pacientes tuvieron una disminución de más del 50 % en la intensidad del dolor con una dosis mediana de 50 mg de amitriptilina. La cantidad de actividades diarias perturbadas por el dolor y el efecto del dolor en la vida diaria también se redujeron significativamente con amitriptilina [(12)].

La **venlafaxina** tiene un perfil de efectos adversos más favorable que la amitriptilina (13). Tasmut et al. (14) demostraron que la venlafaxina fue bien tolerada, no tuvo efectos secundarios considerables y tuvo un efecto analgésico significativo en mujeres con síndrome post mastectomía

Los opioides son utilizados en aproximadamente 12% de las supervivientes de cáncer de mama, de las cuales 5% reciben opioides potentes. No deben ser considerados la primera línea de manejo en el dolor neuropático no maligno y mucho menos en el de origen maligno, ya que no hay datos suficientes sobre su uso crónico en pacientes supervivientes de cáncer [(15)]

Tratamiento tópico.

Watson y Evans [(16)] demostraron en su estudio publicado en los noventa que la capsaicina tópica tiene un efecto general estadísticamente significativo sobre él la presencia de dolor en el síndrome post mastectomía, solo que refieren que la sensación de ardor presentado fue un efecto adverso frecuente, lo que comprometió la naturaleza doble ciego del ensayo. Además, lo confirma un estudio doble ciego más reciente que ha demostrado que el parche dérmico de capsaicina de alta concentración (8%) produce una reducción sostenida del dolor en pacientes con neuralgia pos herpética y,

por lo tanto, también se sugiere como tratamiento del síndrome post mastectomía [17].

Rehabilitación.

Desde el punto de vista de la rehabilitación, es parte fundamental en el tratamiento del síndrome post mastectomía el cual inmediatamente después de la operación, con el objetivo principal de identificar los límites funcionales. Evidentemente, la restricción de la movilidad del hombro es un factor importante en las limitaciones funcionales. La rehabilitación del hombro comienza con el estiramiento del complejo pectoral y el músculo dorsal ancho, seguido de aumento de movilidad glenohumeral y, por último, el reentrenamiento escapulohumeral.

El fortalecimiento de las extremidades superiores comienza una vez que se recupera la movilidad completa del hombro. El conjunto de grupos musculares específicos para posterior entrenamiento con pesas incluye el músculo dorsal ancho, el trapecio, los estabilizadores de la escápula, el manguito de los rotadores y el deltoides.

El entrenamiento con pesas debe realizarse con pesas ligeras y un número elevado de repeticiones. Como fase final de la rehabilitación es la capacitación específica para diversas tareas, desde actividades cotidianas básicas hasta tareas domésticas, tareas laborales y actividades de ocio. La terapia manual puede ser útil para disminuir el tejido cicatricial y las adherencias. En los estudios preliminares sobre yoga y la terapia de estimulación eléctrica cutánea, se ha descrito una mejoría potencial del dolor en esta población [18]

Tratamiento quirúrgico.

Dentro de las últimas tendencias en el tratamiento de esta patología se ha sugerido que la inyección de grasa tiene mecanismos regenerativos, lo que puede dar como resultado una mejora en la diferenciación del tejido y una mayor suavidad de la cicatriz. Se ha demostrado que la inyección de grasa reduce el dolor en las cicatrices de quemaduras y mejora el control del dolor en condiciones de dolor neuropático similares al PMPS [19,20].

Se conoce que las células madre mesenquimales inducen la liberación de tejido fibrótico junto con la liberación del nervio a través de la regeneración de grasa y tejido conjuntivo laxo así como la inhibición de la inflamación inducida por radioterapia, que puede inducir analgesia [20].

Tratamiento Alterno.

Una opción presente para los pacientes con disfunción progresiva del hombro y movilidad dolorosa, las inyecciones locales en el espacio subacromial pueden ser beneficiosas incluye bloqueos nerviosos regionales para el control del dolor [21]

Algunas técnicas como el bloqueo del nervio intercostobraquial se han introducido como un posible complemento para el tratamiento del dolor relacionado al síndrome pos-mastectomía [21], el bloqueo del plano del serrato se están investigando en la actualidad como posible método para el control del SDPM [22].

Y la acupuntura se puede utilizar para tratar muchos de los síntomas relacionados con la cirugía de cáncer de mama, incluyendo dolor muscular y nervioso, alteración de la sensibilidad, limitación de la movilidad y linfedema [23]

Conclusiones

La presentación del dolor crónico en estos pacientes se de intensidad moderada a severa de complejo neuropático lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento inicial por lo que es importante realizar estrategias integrales con el objetivo de la prevención con medidas que están al alcance de todos los centros hospitalarios que atienden este tipo de pacientes, ya que este sigue presente años después de efectuado el tratamiento quirúrgico, por lo que resalta la importancia de identificar, tratar y vigilar a largo plazo a las pacientes. Por lo que con la evidencia descrita en la literatura el síndrome post mastectomía es una complicación con alta prevalencia, misma que se incrementará dada la mayor incidencia de cáncer de mama y la mayor supervivencia que se ha logrado en estas pacientes.

Bibliografía.

1. Waltho D, Rockwell G. Post–breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach — a review of the literature and discussion. Canadian Journal of Surgery. 2016;59(5):342-350.)
2. Brackstone M. A review of the literature and discussion: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach. Can J Chir. 2016;59(5):294-5. DOI: 10.1503/cjs.012016.
3. Schug SA, Lavand-homme P, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. Pain. 2019;160(1):45-
4. Alves Nogueira Fabro E, Bergmann A, do Amaral E, Silva B, et al. Post-mastectomy pain syndrome: incidence and risks. *Breast*. 2012;21:321-325
5. Meijuan Y, Zhiyou P, Yuwen T, et al. A retrospective study of postmastectomy pain síndrome: incidence, characteristics, risk factors, and influence on quality of life. *Scientific World Journal*. 2013;2013:159732.
6. Jung BF, Ahrendt GM, Oaklander AL, Dworkin RH. Neuropathic pain following breast cancer surgery: proposed classification and research update. *Pain*. 2003;104:1-13.
7. Smith WC, Bourne D, Squair J, et al. A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *Pain*. 1999;83:91-95
8. Meijuan Y, Zhiyou P, Yuwen T, et al. A retrospective study of postmastectomy pain síndrome: incidence, characteristics, risk factors, and influence on quality of life. *Scientific World Journal*. 2013;2013:159732.

9. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. Lancet 2006;367:1618–25.
10. Taira N, Shimozuma K, Ohsumi S, et al. Impact of preservation of the intercostobrachial nerve during axillary dissection on sensory change and health-related quality of life 2 years after breast cancer surgery. *Breast Cancer*. 2014;21:183.
11. Kim SY, Song JW, Park B, et al. Pregabalin reduces post-operative pain after mastectomy: a double blinded, randomized, placebo-controlled study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2011;55:290-296
12. Kalso E, Tasmuth T, Neuvonen PJ. Amitriptyline effectively relieves neuropahic pain following treatment of breast cancer. Pain 1996;64:293–302.
13. Muth EA, Moyer JA, Haskins JT, et al. Biochemical, neurophysiological, and behavioral effects of Wy-45,233 and other identified metabolites of the antidepressant venlafaxine. Drug Dev Res 1991;23:191–9.
14. Tasmuth T, H€artel B, Kalso E. Venlafaxine in neuropathic pain following treatment of breast cancer. Eur J Pain 2002;6: 17–24.
15. Steyaert A, Forgot P, Dubois V, Lavand`homme P, De Kock M. Does the perioperative analgesic/anesthetic regimen influence the prevalence of chronic pain after mastectomy. J Clin Anesth. 2016;33;20-5. doi:10.1016/j.jclinane.2015.07.010
16. Watson CP, Evans RJ. The postmastectomy pain síndrome and topical capsaicin: a randomized trial. Pain 1992;51: 375–9.
17. Backonja M, Wallace MS, Blonsky ER, et al. NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomised, double-blind study. Lancet Neurol 2008;7:1106–12.
18. Fakhari S, Atashkhoei S, Pourfathi H, et al. Postmastectomy pain syndrome. *Int J Womens Health*. 2017;5:18-23.

19. Caviggioli F, Maione L, Forcellini D, et al. Autologous fat graft in postmastectomy pain syndrome. Plast Reconstr Surg 2011;128:349–52.
20. Rigotti G, Marchi A, Gali_e M, et al. Clinical treatment of radiotherapy tissue damage by lipoaspirate transplant: a healing process mediated by adipose-derived adult stem cells. Plast Reconstr Surg 2007;119:1409–22.
21. Wisotsky EM, Saini V, Kao C. Ultrasound-guided intercostobrachial nerve block for intercostobrachial neuralgia in breast cancer patients: a case series. *PM R*. 2016;8:273-277
22. Takimoto K, Nishijima K, Ono M. Serratus plane block for persistent pain after partial mastectomy and axillary node dissection. *Pain Physician*. 2016;19(3):E481-E486
23. Dos Santos S, Hill N, Morgan A. Acupuncture for treating common side effects associated with breast cancer treatment: a systematic review. *Medical Acupuncture*. 2010;22:81.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

ABORDAJE NUTRICIONAL COMO TERAPÉUTICA ANALGÉSICA EN EL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO

Alfredo Covarrubias



ABORDAJE NUTRICIONAL COMO TERAPÉUTICA ANALGÉSICA EN EL ENFERMO CON DOLOR CRÓNICO

Dr. LN. Alfredo Covarrubias

Médico Cirujano especialista en Anestesiología con alta especialidad en Medicina del Dolor y postgraduado en Medicina Paliativa e Intervencionismo en Medicina del Dolor y Paliativa. Licenciado en Nutrición Aplicada. Instructor físico grupal (CONOCER-CONADE) Médico Especialista Adscrito al Departamento de Medicina del Dolor yPaliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán

Sabemos que la alimentación forma parte de la sociedad humana, la cual se ha preocupado desde tiempos inmemoriales sobre el impacto que esta tiene en su salud, la cosmovisión, el contexto social, lo aprendido en el seno familiar, la religión, la cultura, el área geográfica en la que se encuentran la persona son algunos aspectos importantes sobre la forma en que consume alimentos.

Los alimentos cubren tres esferas importantes; la biológica, la hedónica y la social; desde el punto de vista biológico pues se come para obtener los nutrientes necesarios y desarrollar las funciones vitales, desde el punto de vista hedónico pues se encuentra el deseo de comer y el placer que da el comer y desde el punto de vista social se come para estar saludable por convivir con las otras personas y por las creencias religiosas que las personas tienen sobre comer.

La dieta por definición es todo aquello que las personas ingieren, existen diferentes definiciones con respecto a lo que es la dieta, sin embargo, sabemos que la dieta correcta se caracteriza por ser completa, equilibrada, inocua, suficiente, variada y adecuada. Adecuada para el grupo poblacional en el cual se encuentra dirigida, variada porque tiene cada uno de los grupos necesarios para satisfacer las necesidades fisiológicas, suficiente por que tiene la cantidad de energía necesaria para cubrir los requerimientos de una persona, inocua porque no está diseñada para hacer daño ni causar enfermedades, equilibrada con respecto a las proporciones entre macronutrientes y micronutrientes y completa por que utiliza todo lo necesario para que el sujeto viva en forma adecuada.

Los elementos nutricionales que están involucrados en la generación de enfermedades se encuentran relacionados con el déficit de exceso de macronutrientes o micronutrientes, así como alteraciones disbióticas del microbiota y el impacto de la nutrí genética y la nutrigenómica sobre el individuo.

Durante el último siglo se ha identificado en forma importantemente que el consumo de azúcar y el consumo de calorías se ha elevado en forma muy significativa en las poblaciones humanas, algunos autores consideran a la obesidad como la manifestación clínica de la adicción a dietas calóricamente densas con un elevado contenido de azucares refinados y de grasas polisaturadas. Es importante pensar entonces que la alimentación tiene un impacto sobre la genética, las hormonas, la inmunidad, la biología cerebral y el microbiota, de tal forma que no resulta fatuo el identificar que la alimentación puede tener un papel importante sobre el alivio del dolor y la generación del dolor.

Se ha identificado que aquellas personas que mantienen un índice de masa corporal entre niveles normales tienen menor impacto biomecánico sobre el esqueleto axial, los músculos que lo rodean disminuyendo el dolor musculoesquelético, pero de igual forma tiene un impacto importante en la expresión génica que favorece la disminución de diversos dolores.

Las dietas con exceso de carbohidratos y lípidos se asocian a alteraciones a nivel neuropático y a estados inflamatorios crónicos que pueden precipitar la presencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y/o el desarrollo de un estado obeso génico. Las alteraciones en los micronutrientes por ejemplo el déficit de vitamina B se asocia a neuropatías, existen diversas condiciones clínicas donde la función de esta vitamina se encuentra alterada, como en aquellos pacientes con diabetes mellitus que consumen fármacos como la metformina o bien aquellos pacientes que tiene altos consumos de alcohol. El consumo de omega 3, el consumo de ácido gama linolénico han demostrado claros efectos antinflamatorios, así como los aponificables del aguacate y la soya, las cerezas y la cafeisina han demostrado efectos potencialmente analgésicos, es importante entonces identificar que todo aquello que ingerimos puede tener un efecto claro en la forma en la que se desarrolla el dolor, pero también en la forma en la que lo controlamos.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

BLOQUEOS GUIADOS POR USG EN TRAUMA DE EXTREMIDADES

Ernesto Arriaga



BLOQUEOS REGIONALES EN TRAUMA DE EXTREMIDADES EN LA SALA DE URGENCIAS

Dr. Ernesto Arriaga Morales
Especialista en medicina de urgencias, jefe de urgencias de Hospital San Ángel Inn Sur, Profesor ALGIA

Una de las principales causas de visitas a la sala de urgencias es el dolor, en el caso de esta presentación, ahondaremos sobre el tratamiento de los pacientes con trauma de extremidades; de manera tradicional los pacientes de trauma en la sala de urgencias reciben medicamentos analgésicos por vía intravenosa o vía oral/sublingual, sin embargo, en el caso del trauma de extremidades se puede optar por la aplicación de bloqueos regionales o locales para el tratamiento del dolor.

Una de las técnicas recientemente ha ganado popularidad es la administración de lidocaína dentro de la capsula articular del hombro para el tratamiento de las luxaciones anteriores del hombro. Arjun Sithamparapillai y colaboradores realizaron una revisión sistemática y meta-análisis en el cual evaluaron 12 estudios clínicos que incluyen 630 pacientes, concluyendo que el tratamiento tiene una efectividad simular a la sedación intravenosa, con menor tasa de efectos adversos, menor tiempo de estancia en la sala de urgencias y sin diferencia en la apreciación del dolor, por lo tanto lo consideran una alternativa de gran relevancia, en especial en pacientes con contraindicaciones para la administración de sedación intravenosa o de alto riesgo de complicaciones.

Los bloqueos de hematoma en el caso de las fracturas de radio y/o cubito son otra excelente opción terapéutica que puede combinarse con analgésicos intravenosos y reduce de manera importante la necesidad de sedación; en el caso de las lesiones de extremidades, también se pueden contemplar bloqueos selectivos los nervios radial, cubital y medial para lograr un efecto similar en casos donde el bloqueo de hematoma no sea una opción; en el caso de los dedos los bloqueos interdigitales son una excelente opción con un excelente alivio del dolor. Para extremidades inferiores los bloqueos más útiles son los del nervio femoral, aunque existen diferentes opciones de acuerdo con la lesión a tratar.

Estas técnicas requieren de experiencia en el uso de ultrasonido y de punciones guiadas, requieren una adecuada selección de pacientes candidatos, pero en general son una importante alternativa terapéutica que minimiza riesgos durante la atención de pacientes con trauma de extremidades.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO
ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

ADYUVANTES ANALGÉSICOS ¿CUAL ES SU EFICACIA EN LA EVIDENCIA ACTUAL?

Emmanuel Ponce



ADYUVANTES ANALGÉSICOS ¿CUÁL ES SU EFICACIA EN LA EVIDENCIA ACTUAL?

Dr. Emmanuel Ponce

Anestesiología. IMSS Monterrey / UDEM

Medicina del Dolor y Paliativa INCMN "Salvador Zubirán" / UNAM

Un adyuvante analgésico es un fármaco con indicación para otra condición médica con un efecto agregado analgésico. También se considera adyuvante a cualquier fármaco que se puede sumar a un tratamiento analgésico con opioide para mejorar su eficacia y disminuir efectos adversos.

Antiespasmódicos.

Los antiespasmódicos son considerados fármacos de primera línea para dolor abdominal y síndrome de intestino irritable. Los principales mecanismos de acción son anticolinérgicos/antimuscarínicos, bloqueadores de los conductos de Ca y relajantes directos de la musculatura intestinal. La hioscina (anticolinérgico) y el Pinaverio (bloqueador de conductos de Ca), mostraron eficacia en cuanto al control de dolor abdominal en periodos de 3 semanas a 1 mes.

Relajantes musculares.

Este es otro grupo que por su heterogeneidad se entiende poco y se tienen pocos lineamientos en su uso. Fármacos como el dantrolene o el baclofén tiene indicación en la espasticidad mientras quE ciclobenzaprina, metacarbamol, orfenadrina, clorzoxazona y carisoprodol están marcados con idicación en el espasmo. Fármacos relajantes como el diazepam y la tizanidina pueden ser utilizados en ambas condiciones.

Vitamínicos y suplementos.

Vitamina B/ Complejo B. Es una vitamina estudiada desde hace más de 70 años que se ha asociado en diversos estudios preclínicos y algunos clínicos con efectos analgésicos. Los modelos más estudiados para su uso son en dolor neuropático y lumbalgia con resultados son variados con efectos analgésicos moderados. Vitamina D. Utilidad principalmente en modelos de dolor diseminado como en fibromialgia con algunos reportes positivos, aunque se investiga sus propiedades en otros modelos de dolor. Se ha establecido algunas relaciones clínicas importantes que señalan su potencial eficacia.

Otros suplementos. Se tienen estudios preclínicos y clínicos de utilización de Zinc, Sulfato de magnesio, cúrcuma, ácido alfa lipoico y hierba de San Juan se han intentado para manejo de dolor con resultados variables.

Sulfato de Magnesio

El uso de Sulfato de magnesio para el manejo de dolor agudo y crónico debe considerarse como una alternativa para cefaleas y en algunos modelos del dolor postoperatorio con resultados variados. Tomar en cuenta las características del paciente y efectos adversos para su prescripción.

Esteroides

Fármacos ampliamente utilizados como adyuvantes analgésicos, su uso local, intraarticular y epidural está mejor documentado. En cuanto a su uso sistémico está asociado a tratamiento de dolor oncológico y contexto paliativo, con poca evidencia en otros escenarios de dolor agudo y crónico.

Conclusiones

El uso de los adyuvantes analgésicos es un apartado en crecimiento Son necesarios más estudios y evidencias para poder hacer recomendaciones formales o incluirlos en guías de práctica clínica.

Bibliografía

Mitra, R. & Jones, S. (2011). Adjuvant Analgesics in Cancer Pain: A Review. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, 29(1), 70-79. https://doi.org/10.1177/1049909111413256

Lussier, D. & Portenoy, R. K. (2015). Adjuvant analgesics. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 577-588. https://doi.org/10.1093/med/9780199656097.003.0097

Horgas, A. L. (2017). Pain Management in Older Adults. Nursing Clinics of North America, 52(4), e1-e7. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.08.001

Brenner, D. M. & Lacy, B. E. (2021). Antispasmodics for Chronic Abdominal Pain: Analysis of North American Treatment Options. American Journal of Gastroenterology, 116(8), 1587-1600. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001266

Chang, W. J. (2020). Muscle Relaxants for Acute and Chronic Pain. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 31(2), 245-254. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2020.01.005

Buesing, S. (2019). Vitamin B12 as a Treatment for Pain. Pain Physician, 1(22;1), E45-E52. https://doi.org/10.36076/ppj/2019.22.e45

Habib, A. M., Nagi, K., Thillaiappan, N. B., Sukumaran, V. & Akhtar, S. (2020). Vitamin D and Its Potential Interplay With Pain Signaling Pathways. Frontiers in Immunology, 11. https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00820

Abdelrahman, K. M. & Hackshaw, K. V. (2021). Nutritional Supplements for the Treatment of Neuropathic Pain. Biomedicines, 9(6), 674. https://doi.org/10.3390/biomedicines9060674

Kaye, A. D., Granier, A. L., Garcia, A. J., Carlson, S. F., Fuller, M. C., Haroldson, A. R., White, S. W., Krueger, O. L., Novitch, M. B. & Cornett, E. M. (2020). Non-Opioid Perioperative Pain Strategies for the Clinician: A Narrative Review. Pain and Therapy, 9(1), 25-39. https://doi.org/10.1007/s40122-019-00146-3

Shin, H. J., Na, H. S. & Do, S. H. (2020). Magnesium and Pain. Nutrients, 12(8), 2184. https://doi.org/10.3390/nu12082184

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

COMUNICACIÓN EFECTIVA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Fernando Anaya



COMUNICACIÓN EFECTIVA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Fernando Ángeles Anaya

Licenciado en Fisioterapia Universidad Anáhuac Cancún
feranaya.contacto@gmail.com Cel: 5540091082
Licenciado en Fisioterapia por la Universidad Tecnológica de México.

Diplomado en Cuidados Paliativos por parte de la Universidad Nacional Autónomade México – Fundación Carlos Slim y por la Universidad Anáhuac México, Diplomado internacional en Cannabis Medicinal por el Tecnológico de Monterrey, Curso Pedagogía de la Muerte por la Universidad Autónoma de Madrid.

Docente de la Licenciatura en Fisioterapia de la Universidad Anáhuac Cancún, Docente del Curso internacional en Cuidados Paliativos de la Universidad Nacional de la Plata - Argentina, Miembro del Centro ALGIA para la educación en salud, Coordinador del equipo de Fisioterapia de la Fundación Mexica de MedicinaPaliativa y Alivio del Dolor en cáncer A.C.

Ponente en distintos foros y congresos a nivel nacional e internacional.

Lic. Fernando Ángeles Anaya feranaya.contacto@gmail.com

Cuando nos comunicamos, lo hacemos desde nuestros afectos, desde nuestro conocimiento, nuestra inteligencia, nuestros valores, y desde toda nuestra personalidad. La comunicación efectiva en cuidados paliativos es fundamental y abarca al paciente, la familia y al equipo interdisciplinario, en una relación dinámica y constante.

Si bien la transmisión de información es importante, la comunicación la trasciende. Durante la transmisión de información se genera una situación donde unos tienen el poder y el controlde esta información y otros son agentes pasivos receptores de ella. La comunicación “con el paciente”, en cambio, implica participación, intercambio, compartir y puesta en común de la situación. Implica un compromiso del equipo interdisciplinario en su disposición a una escucha activa para comprender y compartir las necesidades y emociones del paciente.

La empatía es la base de la buena comunicación y se define como la capacidad de escuchar activamente los sentimientos y emociones, y entender los motivos que los generan situándose en el lugar del otro.

El respeto por las diferencias entre costumbres, creencias y tradicioneses parte de la comunicación eficaz. Para ello, también es necesario recordar que no solo nos comunicamos a través de palabras,sino que decimos cosas con nuestra mirada, con el tono de la voz, con la ropa que usamos, con nuestra manerade llevar el cabello, con nuestros gestos, con la postura de nuestro cuerpo, con la distancia a la cual estamos de nuestro interlocutor, con la disposición de los asientos y hasta conel silencio.

Podemos asegurar entonces, que la personalidad de la persona que secomunica influye en los efectos de su mensaje. Por eso afirmamos que es imposible hablar de comunicación en medicina si no hablamos de compasión, respeto, solidaridad y otros valores.

En este trabajo teórico se ofrecen algunos elementos generales sobre la comunicación, se caracterizan la empatía y la capacidad de resonancia. El objetivo es brindar herramientas comunicativas a los profesionales de la salud. Se aplican los conocimientos de la Inteligencia Emocional a la comunicación con personas sanas, personas enfermas y sus familiares, y se brindan algunos principios y recursos comunicativos para los profesionales de nuestro sector en el ejercicio de hacer más humanos nuestros servicios.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO
ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

EVIDENCIA ACTUAL DE LOS CANNABINOIDES EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

Maria Fernanda Arboleda



EVIDENCIA ACTUAL DE LOS CANNABINOIDES EN EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

Dra. María Fernanda Arboleda Castro
Anesthesiology
Pain Medicine and Palliative Care
Medical Cannabis Research
Consulting and Medical Advisor
Associate Research Director Santé Cannabis, Montreal, Canada

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más frecuente encontrar personas que acuden a la consulta médica solicitando información acerca de tratamientos con medicinas basadas en cannabinoides. De hecho, según encuestas realizadas a oncólogos en los Estados Unidos (Braun et al., 2018)(Zylla et al., 2018), en el 78% de los casos, es el paciente quien trae el tema para discusión. Sin embargo, menos del 30% de los médicos se consideran lo suficientemente informados o conocedores para hacer recomendaciones acerca de los beneficios y/o riesgos de la terapia cannabinoide, y el 85% desearían más educación en esta área del conocimiento.

Durante décadas, la prescripción de cannabinoides con fines terapéuticos ha estado restringida y controlada en cada jurisdicción por marcos regulatorios específicos. Lo anterior ha limitado el desarrollo de investigación clínica, y la comercialización de los cannabinoides para uso medicinal. Sin embargo, en los últimos años, se ha observado un avance crítico a nivel mundial, que abre el espectro y

favorece el uso seguro y la prescripción responsable de cannabis medicinal en diferentes condiciones clínicas. Adicionalmente, las nuevas regulaciones han permitido un crecimiento exponencial en la investigación clínica relacionada con el uso de cannabinoides en diferentes patologías, como es el caso del dolor crónico, la epilepsia refractaria, espasticidad en esclerosis múltiple, anorexia en VIH/SIDA, trastorno de ansiedad social, entre otras (Arboleda & Prosk, 2021) (Arboleda et al., 2020).

OBJETIVOS DE LA CONFERENCIA:

Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos principales de la conferencia titulada "Evidencia actual de los cannabinoides en el manejo del dolor agudo y crónico", en el marco del Congreso Latinoamericano Algia 2022 son los siguientes:

1.- Mencionar los **principales retos** para la prescripción de cannabinoides.

2.- Recordar algunas generalidades de la planta de cannabis y **consideraciones fundamentales para su uso en la práctica clínica.**

3.- Comentar por qué se habla de **medicina cannabinoide** en la actualidad.

4.- Resumir la evidencia disponible para el uso de cannabinoides en el manejo del **dolor agudo** y enfatizar en lo que establece la evidencia para su uso en el **dolor crónico**.

LO QUE ESTAREMOS REVISANDO DURANTE LA CONVERSACIÓN:

En síntesis, se estarán discutiendo los siguientes aspectos:

La situación legal en el mundo está evolucionando; por lo tanto, cada vez más pacientes tendrán acceso a cannabis medicinal. Es fundamental manejar las expectativas de los pacientes y sus familias.

Es importante reconocer las diferencias entre el THC y el CBD, principales compuestos de la planta de cannabis.

Es necesario familiarizarse con los diferentes productos de cannabis medicinal, vías de administración, dosis de iniciación y titulación y estrategias para la supervisión del tratamiento El uso de cannabinoides está limitado por falta de evidencia clínica de buena calidad en el contexto del dolor agudo. Es crítico seguir desarrollando investigación pues solo contamos con 7 estudios en los últimos 40 años (Stevens & Higgins, 2017)(Beaulieu, 2007)(de Médicis & Tétrault, 2007).

En su mayoría, los estudios clínicos apoyan el uso de THC para el control del dolor crónico neuropático. Sin embargo, las conclusiones siguen siendo divergentes y existen múltiples áreas de debate relacionadas con la investigación en cannabis medicinal (Campbell et al., 2019) (Ware, 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Arboleda, M. F., & Prosk, E. (2021). Practical Recommendations for the Use of Medical Cannabis. In S. N. Narouze (Ed.), *Cannabinoids and Pain* (pp. 153–165). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-69186-8_21

Arboleda, M. F., Prosk, E., Cyr, C., Gamaoun, R., & Vigano, A. (2020). Medical cannabis in supportive cancer care: Lessons from Canada. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *28*(7), 2999–3001. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05403-2

Beaulieu, P. (2007). Cannabinoids for postoperative pain. *Anesthesiology*, *106*(2), 397; author reply 397-398. https://doi.org/10.1097/00000542-200702000-00028

Braun, I. M., Wright, A., Peteet, J., Meyer, F. L., Yuppa, D. P., Bolcic-Jankovic, D., LeBlanc, J., Chang, Y., Yu, L., Nayak, M. M., Tulsky, J. A., Suzuki, J., Nabati, L., & Campbell, E. G. (2018). Medical Oncologists' Beliefs, Practices, and Knowledge Regarding Marijuana Used Therapeutically: A Nationally Representative Survey Study. *Journal of Clinical Oncology*, JCO.2017.76.1221. https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.1221

Campbell, G., Stockings, E., & Nielsen, S. (2019). Understanding the evidence for medical cannabis and cannabis-based medicines for the treatment of chronic non-cancer pain. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. https://doi.org/10.1007/s00406-018-0960-9

de Médicis, E., & Tétrault, J.-P. (2007). Cannabinoids for postoperative analgesia? *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthesie*, *54*(2), 155; author reply 155. https://doi.org/10.1007/BF03022014

Stevens, A. J., & Higgins, M. D. (2017). A systematic review of the analgesic efficacy of cannabinoid medications in the management of acute pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *61*(3), 268–280. https://doi.org/10.1111/aas.12851

Ware, M. A. (2018). Medical Cannabis Research: Issues and Priorities. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *43*(1), 214–215. https://doi.org/10.1038/npp.2017.222

Zylla, D., Steele, G., Eklund, J., Mettner, J., & Arneson, T. (2018). Oncology Clinicians and the Minnesota Medical Cannabis Program: A Survey on Medical Cannabis Practice Patterns, Barriers to Enrollment, and Educational Needs. *Cannabis and Cannabinoid Research*, *3*(1), 195–202. https://doi.org/10.1089/can.2018.0029

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

TALLER BIOÉTICA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Elvira Llaca/Margarita Otero



TALLER DE BIOÉTICA CLÍNICA PARA CONGRESO ALGIA

Dra. Margarita Otero Lamas

Dra. Elvira Llaca García

Introducción a la Bioética

La Bioética se define desde 1978 como el estudio sistemático de la conducta humana en los campos de lasalud y el cuidado de la vida analizados a la luz de los principios.

La Bioética se caracteriza por ser una interdisciplina laica y universal que intenta responder de manera adecuada los problemas complejos generados por la actuación humana.

Desde su inicio, la Bioética ha pretendido crear un puente entre la ciencia y el humanismo, entre el desarrollo y el respeto por cada uno delos vivientes. Los principios de la Bioética más conocidos son la Autonomía, Beneficencia, Justicia y no Maleficencia, surgidos en EstadosUnidos en 1974, bajo el nombre de Principalísimo.

Las diversas cosmovisiones humanas han establecido principios diferentes, que tienen su equivalencia en los cuatro principios

anteriores, sin duda los más prácticos y conocidos globalmente.

Bioética Clínica

La Bioética Clínica tiene el objetivo de identificar, analizar y buscar una forma de solución de los problemas éticos que aparecen en la atención de un enfermo en particular Bioética Clínica abarca desde la necesidad de cuidar a los sujetos de investigación, hasta la mejor resolución de las situaciones conflictivas que aparecen en la prevención, curación, rehabilitación y paliación de la enfermedad y todas las situaciones que se generen alrededor de estas acciones médicas.

El Método en Bioética Clínica

La Bioética en su carácter de disciplina Universal tiene principios que son también universales. Estos son muy generales para poder aplicarse a una situación particular y para esto surge la casuística que consiste en estudiar cada caso como único y diferentes. Existen muchos métodos para deliberación en Bioética Clínica, hemos seleccionado el de Jonsen queanaliza cuatro aspectos esenciales delproblema Clínico:

las indicaciones delmédico, las preferencias del paciente, calidad de vida y contexto en donde se desarrolla la acción clínica y en dondese encuentra el enfermo.

Análisis de caso

Aplicaremos el método de Jonsen, también llamado de los cuatro tópicos para analizar un caso clínico y conoceruna herramienta de gran utilidad en los problemas clínicos cotidianos, para el análisis de casos en los Comités Hospitalarios de Bioética y en la Consultoría en Bioética.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

TALLER CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

Alfredo Covarrubias



TALLER CUIDADOS DOMICILIARIOS

PARTICIPAN:

Dr. LN. Jorge U. Báez

Dr. Emmanuel Ponce

LE. Edwin B. Nicasio

LE. Odalis Salgado
LE. Esp. Emma Capultitla
Dr. LN. Alfredo Covarrubias

Médico Cirujano especialista en Anestesiología con alta especialidad en Medicina del Dolor y postgraduado en Medicina Paliativa e Intervencionismoen Medicina del Dolor y Paliativa. Licenciado en Nutrición Aplicada.

Instructor físico grupal (CONOCER-CONADE)

Médico Especialista Adscrito al Departamento de Medicina del Dolor yPaliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

El nacimiento y la muerte son consideradas una de las verdades absolutas de los seres humanos. En este sentido el morir forma parte de la vida, es importante considerar los eventos que pueden presentarse en los últimos día s de vida de una persona. En México las principales causas de muerte son, en el 2018 El COVID, Las enfermedades cardiovasculares, Las enfermedades resultantes de la diabetes meritus y los tumores malignos.

Se ha identificado que en los últimos días de vida de una persona solo un cuarto de la población a nivel internacional recibe atención en salud al final de la vida, al momento de identificar las condiciones en que ocurre al final de la vida existen diferentes estrategias que debemos tener en consideración. primero definir que es una enfermedad paliativa. Este tipo de enfermedades se caracterizan por ser avanzadas, progresivas, activas y con un pronóstico de vida limitado. Cuando ese pronóstico de vida es menor a seis meses, se habla de una enfermedad paliativa en situación de terminalidad.

Es importante pesar que este tipo de enfermedades paliativas en situación de terminalidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud son susceptibles a recibir cuidados paliativos. Considerando a los cuidados paliativos como el manejo integral de los enfermos paliativos en situación de terminalidad, atendiendo el alivio del dolor y de otros síntomas físicos, psicológicos y espirituales, queafecten no solo al paciente si no a su familia. Siendo el objetivo final mejorara las condiciones de vida, pero también las condiciones en las cuales ocurra el evento final.

Para el químico es muy conveniente conocer los cambios fisiológicos que se presentan hacia el final de la vida, de acuerdo con David Hui Colaboradores, se identificaron que los síntomas más frecuentes al final de la vida son la disfagia, hiporexia, anorexia, disnea, dolor deterioro cognitivo asociado a enfermedad, entre otros. Los profesionales de la salud entonces deben considerar que al final de la vida de los pacientes se presentan mecanismos fisiológicos que disminuyen el

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

apetito de las personas, aun lado a la pobre ingestade sólidos, de semisólidos se puede presentar disminución en la ingesta de líquidos secundario a un deterioro cognitivo, favorecido por la propia enfermedad por los cambios hidroelectrolíticos por los cambios acido básicos y por diversas causas. Entre las que se encuentran también la postración, la presencia del dolor y cambios a nivel de la comunicación mesencefalocortical, derivados de la presencia de sustancias toxicas como los azoados al momento que se presenta insuficiencia renal o derivados del metabolismo del amonio como en el paciente que tiene falla hepática. Diversos cambios cardiovasculares se presentan hacia el final de la vida que incluyen la hipotensión arterial lo cual condicionara la sensación de frio en las porciones distales de las extremidades así mismo puede exsarservar la presencia de nausea e inclusive vomito. Estos elementos en conjunto ponen de manifiesto que hacia el final de vida de los enfermos que se encuentra en domicilio se deben procurar diversos cuidadostendientes a que las condiciones en las cuales se encuentran sean menos desfavorables y más tolerables con la finalidad de garantizar un deceso en buenas condiciones.

Dentro de los cuidados de agonía se encuentran el cuidado de los ojos para evitar que se mantengan abiertos y se presenten ulceras corniales la aplicación de lágrimas artificiales o de ungüentos para permitir la oclusión palpebral, el cuidado de las fosas nasales para evitar sequedad y lesión de la mucosa, cuidado a la vía oral que

ncluye la limpieza de la cavidad oral de las piezas dentarias que se encuentren presentes y favorecer la hidratación de la mucosa, cuidado de la piel evitando o previniendo la formación de posible ulceraciones o escaras, cuidado de sondas y de estomas tendiente a que no presenten secreción y se encuentren funcionales y drenando en forma adecuada. Rehabilitación de extremidades, esta rehabilitación consiste en promover los movimientos normales de la articulación para evitar posibles antilosis o limitación funcional de las articulaciones que

pudieran condicionar o exsarservar el dolor, cambios de posición, los cambios de posición además de favorecer la prevención de ulceras y escaras condicionan también que en el paciente con disminución de la albumina hipoalbuminemia no se presenten edemas importantes relacionados con la posición. Aun lado a todo lo anterior es importante tener en cuenta que si los pacientes presentan derrames pleurales es conveniente mantener la cama en posición de semifowler para evitar lesión de las articulaciones hay que permitir la colocación de una almohadilla por debajo de hueco poplíteo para evitar la presencia de lesiones ligamentarías y anquilosis que pudieran ser molestas y dolorosas. Así mismo es conveniente colocar tenis de bota siempre que sea posible para evitar que el pie se mantenga en posición de equino y limitar la presencia de anquilosis de tobillo, así como la presencia de ulceraciones a nivel del talón. Todas estas entre otras series de medidas son consideraras en conjunto cuidados de agonía y sonpotencialmente brindadas por profesionales de la salud de las ares de enfermería, o bien cuidadores y/o familiares. Dentro de las eventualidades que sean mencionado existe el deterioro cognitivo asociado a la presencia enfermedad también llamado delirium esta eventualidad clínica condiciona que muchos pacientes tengan imposibilidad de deglutir sólidos y líquidos, este fenómeno se denomina disfagia, cuando esto ocurre y tenemos una limitación para canalizar una vía periférica o para la administración de fármacos por vía intravenosa se pueden utilizar técnicas como la administración subcutánea de fármacos y de líquidos, para la administración subcutánea de fármacos se utilizan dispositivosdenominados, dispositivos subcutáneos que corresponde a la inserción de una mariposa o aguja de punzo con teflón, para que se administren medicamentos directamente hacia el tejido subcutáneo, o bien líquidos para la hidratación. La hidratación del enfermo por vía subcutánea se denomina hipodermoclisis.

El fundamento por el cual se considera la absorción de estos medicamentos o de líquidos es debido a que a nivel hipo dermal se encuentra una red vascular capilar denominada red de capilares y eso favorece una absorción predecible tanto de fármacos como de líquidos. La colocación de los dispositivos subcutáneos puede ser en diferentes zonas entre las cuales se encuentra la piel torácica al nivel del cuadrante superior externo del cuadrante que se delimita por una línea imaginaria que sigue la clavícula, la línea media del esternón, el quinto espacio intercostal y la línea axilar interior. Ese cuadrante al dividirlo en cuadrantes se selecciona el cuadrante superior externo debido a su cercanía con la fosa acromial, la cual tiene la capacidad de recolectar hasta 500ml. De acuerdo con diversos autores ydiversos estudios. Otra vía para la administración de fármacos, pero no para la hidratación es la colocación del dispositivo subcutáneo en el área de los otros autores sugieren la colocación de estos dispositivos al nivel del muslo en la porción media del cuádriceps, como pueden darsecuenta existen diferentes localizaciones en las cuales pueden ser colocados estos dispositivos subcutáneos, y su finalidad será la posibilidad de subministrar fármacos para mejorar los síntomas que afectan a los enfermos en sus últimos días.

La colocación de dispositivos subcutáneos tiene indicaciones y contraindicaciones la indicación más importante es la disfagia en enfermos en los cuales no se puede realizar la administración de fármacos por vía novenosa. Entre las contraindicaciones se encuentran la presencia de ulceraciones, la presencia de edema de la piel, la presencia de eritema o infecciones cutáneas. Así como estados de hipoperfusión severa en pacientes potencialmente inestables cardiovascularmente. Es importante que el químico tenga la sensibilidad suficiente para abordar al enfermo y a su familia en los últimos días de vida, debido a que este momento es un momento de transición de vida para ese grupo familiar o ese paciente enfermo. Por lo cual tenemos que ser empáticos, amables, considerar que dentro de los momentos del deterioro cognitivo

el enfermo puede manifestar enojo, puede manifestar malestar e incomodidad, sin que esto signifique sufrimiento o una agresión hacia la familia, simplemente traduce que hay una intoxicación por sustancias o por deficiencias de micronutrientes a nivel encefálico, a un lado a ello es conveniente que los familiares y el enfermos reciban un manejo multidisciplinario entre los cuales debe participar el psicólogo, el rehabilitador físico, el nutriólogo, el personal de enfermería, así como aquellos otros profesionales de la salud que se han requeridos. Debido a que en este momento de transición se pueden movilizar emociones que requieren técnicas de afrontamiento eficientes, la evaluación del estado nutricional y de la potencial alimentación en aquellos pacientes que son funcionales, pero tienen limitación en la ingesta, aquellos pacientes que requieren diversas técnicas de rehabilitación tanto en momentos tempranos de su enfermedad como en las etapas finales y de orientación a los familiares para realizarla, necesariamente de personal de enfermería o en su efecto de cuidadoras y cuidadores los cuales ayudaran a la administración de fármaco y a proporcionar los cuidados generales del final de vida, también denominados cuidados de agonía.

4TO CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

MEMORIAS

CONGRESO LATINOAMERICANO ALGIA 2022

TALLER SOBRE ACTUALIZACIÓN EN FARMACOLOGÍA DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Diana Catalina Velilla E.



INTERACCIONES FARMACOLOGICAS, PACIENTE POLIMEDICADO Y CUIDADOS PALIATIVOS

Andrés Noriega

La organización mundial de la salud (OMS) define la polimedicación como “la toma de múltiples medicamentos al tiempo, o la toma de un número excesivo de los mismos”. Si miramos de cerca este enunciado, el real problema es que, desde edades superiores a los 65 años, más del 90% de la población tendría dos o más comorbilidades, lo cual haría que tuvieran algún grado de prescripción múltiple.

La mayoría de las definiciones concuerdan en que cinco o más fármacos al tiempo es polimedicación en sí, y diez o más sería polimedicación excesiva. En la mayoría de los estudios, se usa el corte de cinco medicamentos, ya que en este punto hay un aumento estadístico de efectos adversos de cualquiera de las medicaciones, interacciones fármaco/fármaco y fallas en la adherencia (incluyendo errores de la administración).

En una aproximación practica a los pacientes de cuidados paliativos y de hospicio, debemos diferenciar ambos grupos. Si bien, el soporte sintomático es la piedra angular del manejo, Los cuidados paliativos se suministran a cualquier persona con una enfermedad crónica, debilitante y con carga sintomática importante.

El cuidado de Hospicio usualmente se da en los últimos 6 meses de vida, incluso menos en contextos donde se dejan de suministrar terapias específicas de

la enfermedad (tratamientos modificadores de enfermedad o de aumento de la sobrevida).

Dicho lo anterior, hay una delgada línea (a veces difícil de definir), entre el cuidado paliativo y hospicio. A pesar de tener un marco filosófico similar, es bien sabido que los cambios propios de la progresión de enfermedades hacen que las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los medicamentos sean poco predecibles. Con lo anterior, laaparición interacciones Fármaco/Fármaco y enfermedad/fármaco. Varios modelos de deprescripción disponibles nos muestran formas de aproximarnos al problema, sin embargo, la complejidad clínica y pisco social de estos pacientes es única, por lo que el enfoque debe tener unos principios comunes, pero siempre individualizando el manejo.

En la presentación aprenderemos de forma práctica, el enfoque basado en Metas de manejo (GOC, siglas en inglés Goals Of care), Trayectoria de vida (LE, siglas Life expectancy) y tiempo para el beneficio del medicamento (TTO, siglas en inglés, Time To Benefit). Visto de forma un poco más sencilla, es la intersección de preferencias del paciente y su familia, preferencias médicas, sobreviva y real beneficio de fármacos prescritos en una línea temporal. Esto pondría en evidencia que medicamentos como antirresortivos en osteoporosis, antihipertensivos, anticoagulantes, hipolipemiantes, hipoglucemiantes, suplementos vitamínicos, inhibidos de bomba de protones, etc.; podrían tener muy pocoo ninguno beneficio en pacientes con deterioro marcado por enfermedades crónicas y ningún beneficio (con muy pocas excepciones) en el final de la vida (<6 meses).

Referencias

1. Schenker Y, Park SY, Jeong K, Pruskowski J, Kavalieratos D, Resick J, Abernethy A, Kutner JS. Associations Between Polypharmacy, Symptom Burden, and Quality of Life in Patients with Advanced, Life-Limiting Illness. J Gen Intern Med. 2019 Apr;34(4):559-566.
2. Yeh A, Sun AZ, Chernicoff H. Polypharmacy in Hospice and Palliative Care. Clin Geriatr Med. 2022 Nov;38(4):693-704.
3. Meyer-Junco L. Time to Deprescribe: A Time-Centric Model for Deprescribing at Endof Life. J Palliat Med. 2021 Feb;24(2):273-284.
4. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. Mayo Clin Proc. 2021 Jan;96(1):242-256.
5. Schenker Y, Park SY, Jeong K, Pruskowski J, Kavalieratos D, Resick J, Abernethy A, Kutner JS. Associations Between Polypharmacy, Symptom Burden, and Quality of Life in Patients with Advanced, Life-Limiting Illness. J Gen Intern Med. 2019 Apr;34(4):559-566.

Sharma M, Loh KP, Nightingale G, Mohile SG, Holmes HM. Polypharmacy and potentially inappropriate medication use in geriatric oncology. J Geriatr Oncol. 2016Sep;7(5):346-53

ANALGESIA MULTIMODAL EN EL PACIENTE SIN VIA ORAL

Dr. Leonardo Peñaranda

Anestesiólogo, subespecialista en medicina del dolor y cuidados paliativos
Cúcuta, Colombia

La **analgesia multimodal** consiste en usar una variedad de medicamentos y técnicas, combinadas con intervenciones no farmacológicas, los objetivos de esta son: Lograr un adecuado control del dolor, aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida, reducir la morbimortalidad y evitar el desarrollo de dolor crónico.

En la presentación se abordarán todas las estrategias, tanto farmacológicas, como no farmacológicas, basadas en la evidencia, para el manejo multimodal del dolor en el paciente sin vía oral. Iniciando desde el contexto del dolor agudo postoperatorio en pro de fortalecer dichos manejos para lograr los objetivos descritos y en donde se incluyen las recomendaciones de manejo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio; posteriormente se abordarán las recomendaciones de manejo en dolor crónico, principalmente oncológico, donde se describirán todas las vías alternas de administración de fármacos con mayor grado de recomendación en la literatura actual, las cuales incluyen, la vía subcutánea, intravenosa, enteral, transdérmica, sublingual, bucal y rectal, en la población de cuidados paliativos. Finalmente se describirán las recomendaciones de manejo multimodal en los tipos de dolor específico más frecuentes en el paciente oncológico, dentro de ellos están, el dolor neuropático, dolor óseo y el dolor refractario; allí se expondrán las técnicas de intervencionismo analgésico incluidas en el marco de la analgesia multimodal en los pacientessin vía oral.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA ANALGESIAEN LA PACIENTE EMBARAZADA

Dr. Eduardo Acosta

Especialista en Medicina Familiar, Especialista en Derecho Médico

Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo

El embarazo trae consigo cambios farmacocinéticos que pueden representar un riesgo a la diada materno fetal y los clasificadores farmacológicos de riesgo presentan muchas limitaciones que no permiten el adecuado manejo de dolor en las pacientes. Existe una expectativa de mayor consumo en este grupo poblacional relacionado con factores como mayor edad, comorbilidades, dolor crónico. Así mismo, hay mayor tasa de uso crónico de analgésicos y específicamente opioides en mujeres en edad reproductiva.

La intervención médica se ha caracterizado por miedo y subtratamiento como consecuencia de la falta de estudios que permitan mejorar la evidencia, ya que los existentes no permiten establecer con claridad una relación causal presentando múltiplessesgos y factores de confusión. Es fundamental diferenciar los escenarios de consumo analgésico que van desde el paciente con consumo de analgésicos previos a la concepción por condiciones dolorosas preexistentes al embarazo, condiciones dolorosas de instauración durante el periodo gestacional(relacionadas o no con el embarazo) odurante la lactancia.

Se requiere una historia clínica completa, definir la causa y tratarla como principal medida analgésica, contemplando la posibilidad de manejo no farmacológico o uso de analgésicos a las mínimas dosis efectivas y por el tiempo más corto posible, involucrando al paciente en la toma de decisiones.

La mayoría de los analgésicos no causan aborto espontaneo, aunque se han descrito asociaciones que deben evaluarse con cautela y en general se ha visto unleve aumento en el riesgo de malformaciones congénitas si usan enel primer trimestre; se deben evitar los AINES en el último trimestre y existe un riesgo de síndrome de abstinencia neonatal con la exposición crónica a opioides.

INFUSIONES DE COADYUVANTES PARA MANEJO DELDOLOR

Nora Marcela Mendoza
Anestesióloga, Especialista Dolor y Cuidado Paliativo

McS Educación Médica

Introducción: Las infusiones analgésicas de algunos agentes intravenosos han sido conocidas por generar alivio en varias condiciones de dolor crónico, principalmente en el manejo de dolor neuropático. Algunas terapias han sido estudiadasextensamente e incluso cuentan con guías de manejo, sin embargo, otras tienen menos datos que soporten su uso (1).

Lidocaína: La activación de los canales de sodio voltaje dependientes, que es bloqueada por la lidocaína, tiene un rol en la patogénesis del dolor tanto inflamatorio como neuropático (2). La dosis y velocidad de infusión requerida es debatida, y variable según el modelo de enfermedad que seanalice.

Algunas patologías para las cuales ha mostrado efectividad en su uso intravenoso son: neuralgia postherpética y dolor neuropático periférico, síndrome doloroso regional complejo, eritromelalgia, fibromialgia, crisis dolorosas en anemia de células falciformes entre otras (3). Ha mostrado efectividad y seguridad en escenarios pediátricos, medicina de urgencias y es factible su uso subcutáneo (4). Para el dolor agudo operatorio ha sido desarrollado un consenso internacional (5), haciendo énfasis en garantizar la seguridad de la intervención.

Ketamina: Ejerce su efecto analgésico a través de múltiples vías: Antagonismo al receptor NMDA (n- metil-d-aspartato), efectoanticolinérgico, entre otros (3).

Existe evidencia que apoya el uso de ketamina en dolor agudo, crónico, alteraciones del ánimo y sedoanalgesia en cuidado crítico. Asimismo, puede ser de utilidad para la desensibilización a opioides. Existen guías de manejo para su uso en dolor agudo (6) y en dolor crónico (7). Si bien en la literatura clásicamente se le ha atribuido un papel en prevención de dolor crónico, las últimas publicaciones en este sentido han puesto a debate dicha indicación (8). Sin embargo, su utilidad en dolor crónico está bien documentada, particularmente en escenarios con alta prevalencia de dolor neuropático como neuralgia postherpética, fibromialgia, síndrome doloroso regional complejo, y diversos tipos de cefalea. En dolor nociceptivo, hay algunos estudios de utilidad en dolor por isquemia en enfermedad vascular periférica, con resultadosmixtos (6).

Magnesio: El magnesio es un catión divalente, esencial para diversas funciones fisiológicas, al cual se le ha encontrado utilidad analgésicaparticularmente en dolor neuropático. En el sistema nervioso, el Mg ejerce una función antagónica al receptor deNMDA, inhibiendo la entrada de ionesal canal lo que resulta en menor hipersensibilidad al dolor. En neuralgia postherpética, un RCT demostró su superioridad frente al placebo para reducir puntajes de dolor. Asimismo, en escenarios de dolor lumbar crónico con elemento neuropático (3), cefaleas (incluyendo migraña), síndrome doloroso regional complejo y neuropatía periférica dolorosa. Algunos estudios recientes han investigado su administración en terapia con combinación con lidocaína y ketamina, con resultados prometedores. En este sentido si bienla evidencia es más escasa, el papel del Mg en dolor neuropático es prometedor, con un excelente perfil de seguridad (9).

Bibliografía:

1. McMullin PR, Hynes AT, Arefin MA, Saeed M, Gandhavadi S, Arefin N, et al. Infusion Therapy in the Treatment of Neuropathic Pain. Curr Pain Headache Rep [Internet]. 2022;26(9):693–9.Available from: https://doi.org/10.1007/s11916-022-01071-5
2. Kosharskyy B, Almonte W, Shaparin N, Pappagallo M, Smith H. Intravenous infusions in chronic pain management. Pain Physician. 2013;16(3):231–49.
3. Abd-Elsayed AA. Infusion therapy. Vol. 1. Springer; 2019.
4. Hawley P, Fyles G, Jefferys SG. Subcutaneous Lidocaine for Cancer-Related Pain. J Palliat Med. 2020;23(10):1357–64.
5. Foo I, Macfarlane AJR, Srivastava D, Bhaskar A, Barker H, Knaggs R, et al. The use of intravenous lidocaine for postoperative pain and recovery: international consensus statementon efficacy and safety. Anaesthesia. 2021;76(2):238–50.
6. Schwenk ES, Viscusi ER, Buvanendran A, Hurley RW, Wasan AD, Narouze S, et al. Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Acute Pain Management From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. Reg Anesth Pain Med. 2018;43(5):456–66.
7. Cohen SP, Bhatia A, Buvanendran A, Schwenk ES, Wasan AD, Hurley RW, et al. Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Chronic Pain From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine,and the American Society of Anesthesiologists. Reg Anesth Pain Med. 2018;43(5):521–46.
8. Carley ME, Chaparro LE, Choinière M, Kehlet H, Moore RA, Van Den Kerkhof E, et al. Pharmacotherapy for the Prevention of Chronic Pain after Surgery in Adults: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. Anesthesiology. 2021;135(2):304–25.
9. Urits I, Jung JW, Amgalan A, Fortier L, Anya A, Wesp B, et al. Utilization of magnesium for thetreatment of chronic pain. Anesthesiol Pain Med. 2021;11(1):1–10.

AVANCES EN FARMACOLOGÍA DE OPIOIDES

Marta Ximena León

Los opioides han sido ampliamente utilizados como agentes terapéuticos para manejo de dolor moderado a severo y agudo o crónico, sin embargo estos medicamentos tienen limitaciones por los efectos adversos que pueden producir entre ellos tolerancia, adicción, depresión respiratoria entre otros (Alok *P, Craig S. Opioid Analgesia and Opioid induce side efects: A review.Pharmaceuthicals 2021,14,1091)*.

Se han planteado diferentes líneas de investigación en opioides para buscar medicamentos que generen una buena respuesta analgésica con la menor cantidad de efectos adversos. Entre estas opciones se está trabajando en farmacogenómica de opioides donde la información farmacogenómica examina cómo las variantes genéticas naturales y/o los perfiles de expresión genética afectana la respuesta a la medicación, lo que permite a los médicos seleccionar medicamentos específicos para lograr la máxima eficacia con el mínimo daño basado en función del perfil genómico de la persona *(Wong, A.K., Somogyi, A.A., Rubio, J. et al. The Role of Pharmacogenomics in Opioid Prescribing. Curr. Treat. Options in Oncol.* ***23****, 1353–1369 (2022)).*

Al examinar la respuesta individual a los opioides, se han observado efectos farmacogenéticos en los transportadores de opioides, los receptores, las vías de transducción, las enzimas de los eurotransmisores y las enzimas que metabolizan los fármacos como el CYP2D6, lo cual podría generar información para una prescripción personalizada de estos medicamentos.

(*Kumar S, Kundra P. Pharmacogenetics of opioids: a narrative review.Anaesthesia 2019, 74, 1456–1470), (Magarbeh L, Gorbovskaya I. Reviewing pharmacogenetics to advance precision medicine for opioids . Biomewdicine & Pharmacotheraphy , 142 (2021))*

Otro campo de investigación reciente en opioides son las moléculas mixtas no selectivas, las cuales exploran como un ligando puede impulsar una vía de señalización sobre otra. En este aspecto tenemos sustancias que pueden bloquear las vías de B- arrestina, impulsando la vía de proteína G y así generar efectos analgésicos similares a los opioides convencionales con menos depresión respiratoria y menor nausea / vómito. En este grupo se encuentra el medicamento Oliceride aprobado por FDA en 2020. *(Azzam A, McDonald J. Hot topics in opioid pharmacology: mixed and biased opioids. British Journal of Anaesthesia, 122 (6) (2019). (Che T, Biased ligands at opioid receptors: Current status and future directions. Science signaling 2021)*

Los opioides disponibles y los que se encuentran en experimentación tienen efectos adversos, pero su aplicación clínica debe estar basadas en las necesidades individuales de los pacientes y en el riesgo/beneficio del medicamento particular. Los avances en la farmacología de los opioides son un campo de desarrollo de investigación a futuro.

