MEMORIAS
CONFERENCIAS

CENTRO ALGIA PARA LA
EDUCACIÓN EN SALUD. A. C.

ALCP | ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE CUIDADOS PALIATIVOS

COMECUPS
COLEGIO MEXICANO DE CUIDADOS PALIATIVOS Y SOPORTE



Intervención paliativa en trauma.

DRA. FAVIOLA LUNA LÓPEZ

A pesar de que en las últimas décadas se reconoció que los cuidados paliativos no son exclusivos de patologías oncológicas y se han demostrado el beneficio de extenderlos a enfermedades crónicas; aún existe la incertidumbre y resistencia de iniciar este tipo de tratamiento en pacientes jóvenes, previamente sanos con una enfermedad súbita con poco tiempo de evolución (generalmente horas) donde determinar el pronóstico es todo un reto como lo es el trauma, una de las enfermedades con más mortalidad y secuelas catastróficas dentro de la atención en salud.

Las lesiones por trauma representan una de las principales causas de fallecimientos a nivel mundial en jóvenes sanos, provocando incertidumbre sobre el abordaje en el área de urgencias. Los pacientes que son hospitalizados debido a trauma pueden presentar un estado de gravedad severa y un pronóstico con alto riesgo de fallecimiento inmediato a la lesión, por lo cual, se puede catalogar como una patología severa causando sufrimiento al lesionado y su familia; en este contexto, los cuidados paliativos son una opción de abordaje en conjunto con todo el plan de tratamiento que requieren este tipo de enfermedades, independientemente del objetivo de los procedimientos.

A la par, no podemos olvidar que estas lesiones no siempre comienzan su tratamiento de forma intrahospitalaria; dentro de los diferentes Modelos del Sistema Médico de Urgencia, el personal de prehospital es el primer eslabón con entrenamiento profesional que otorgar atención en el lugar del evento, creando un mayor reto al hablar de Cuidados Paliativos a nivel prehospital; ya desde 1999 el sistema de triage de Homebush reconoce una clasificación en donde la prioridad de atención - en relación con el estado clínico, recursos y pronóstico – serán cuidados terminales para evitar el sufrimiento y brindar una muerte digna.

Asi, la atención paliativa en trauma no solo debe limitarse al tratamiento del dolor o síntomas, es vital para el soporte psico emocional de todos los involucrados de la atención (paciente/familia/personal de salud), además, permite acompañar a la familia en el camino de los informes médicos para realizar concientización de la situación que están viviendo y poder tomar decisiones acorde al pronóstico y evolución del trauma, las cuales llegan a incluir aceptar un estado terminal desde el ingreso del paciente al aérea de choque con lo cual el objetivo del abordaje será otorgar una muerte digna y acompañamiento de la familia.



Calidad de muerte en enfermedad terminal

DCM PATRICIA CALVO SOTO

En la actualidad se da gran importancia a la calidad de vida, la cual en medicina se relaciona con el bienestar, funcionalidad y autonomía del paciente, en la esfera física, psicológica y social. Sin embargo, este concepto no aplica en la fase final de la vida, definida como la situación que precede a la muerte, de forma gradual, y en la que existe deterioro físico, emocional y de la conciencia, sumado a un pronóstico de vida de horas a algunos días, habitualmente menor a una semana.

Es en esta fase cuando debemos hablar de calidad de muerte, sin embargo, no se le da la consideración requerida a pesar de que todos transitaremos por este proceso, el cual sí es de calidad se presentará libre de sufrimiento evitable de acuerdo con nuestros deseos y valores.

Esta calidad la podemos proporcionar sobre todo en enfermos con una enfermedad terminal, avanzada e irreversible, con múltiples síntomas, con gran impacto emocional y pérdida de la autonomía, escasa o nula respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses.

En México, de acuerdo con datos del INEGI 2024, de 406,760 fallecimientos relacionados con enfermedad terminal (enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, insuficiencia renal), únicamente el 3% (12,202) tuvo acceso a personal capacitado en cuidados paliativos.

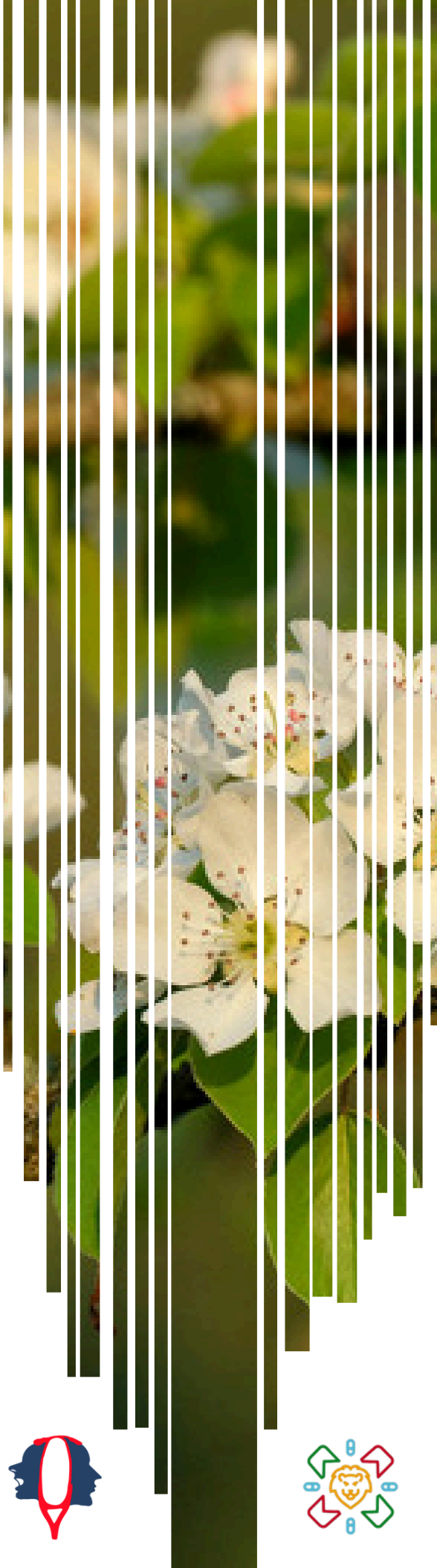
Existen 3 signos y síntomas que se presentan en esta fase en el 90% de los pacientes en las últimas 72 horas de vida: disfagia a líquidos, disminución del nivel de conciencia y disminución de la capacidad funcional, acompañados de otros como: frialdad o palidez nasal, frialdad en extremidades, livideces, cianosis de labios, anuria (300 c.c./24 horas), estertores premortem, apneas mayores a 15 segundos en un minuto, somnolencia y más de 15 horas de sueño en 24 horas, los cuales de acuerdo a la escala de Menten si el paciente presenta al menos 4 de estos signos, fallecerá dentro de las próximas 96 horas en el 90% de los casos.

Los signos y síntomas de esta fase son desconocidos incluso por el personal de salud, sin embargo, su identificación es de vital importancia para poder proporcionar tanto al enfermo como a la familia los cuidados y el acompañamiento necesarios en esta etapa.

De acuerdo al último estudio de calidad de muerte realizado por la Unidad Económica de Inteligencia a través de la fundación LIEN, se determinaron indicadores relacionados con la calidad de muerte en 80 países: manejo del dolor y malestar, espacio limpio y seguro, trato amable, tratamientos que prolongan la calidad de vida, información clara y oportuna, preguntas suficientes para conocer las necesidades, afrontamiento emocional, buena atención coordinada del equipo médico, respeto a la preferencia de lugar de fallecimiento, contacto con la familia, atención a necesidades espirituales e inquietudes no médicas.

En estudios previos con pacientes, se mencionan otros aspectos relacionados con una muerte ideal, morir en paz, sin dolor, inconsciente, rápido, acompañado, a edad avanzada, en cama.

Los médicos especialistas en cuidados paliativos tenemos la responsabilidad de difundir y educar al personal de salud, familiares de pacientes y comunidad acerca del proceso de morir y todas sus implicaciones para poder hablar sobre la muerte a través de una comunicación empática y directa, a conocer e identificar las preferencias y prioridades de la persona, a respetar los valores familiares, culturales y/o religiosos de cada persona, así como sus decisiones y a tener un plan conjunto cuyo objetivo principal sea proporcionar un confort óptimo al paciente y a la familia, a través del control de síntomas, medidas físicas y ambientales, cubrir las necesidades espirituales y religiosas, acompañar con amor y compasión en los últimos momentos, tanto al enfermo como a la familia.





Pronostico de sobrevida

DR. LN. ALFREDO COVARRUBIAS GÓMEZ

Sobre el pronóstico de sobrevida, quiero iniciar con una reflexión. A mi juicio, existen dos verdades absolutas en la vida humana: para cada principio, existe un final. Por ello, considero que es imprescindible reconocer que el final de la vida humana forma parte de la vida misma, y que, en esa transición, es de esencial humanidad el alivio del sufrimiento.

En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud documentó que 56.8 millones de personas en el mundo requieren de atención paliativa por parte de los profesionales de la salud; sin embargo, solo el 14% de esa población la recibió.

Uno de los elementos que promueven esta penosa situación es el reconocimiento tardío de la población que presenta enfermedades en situación terminal y que requiere atención hacia el final de la vida por un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud.

De acuerdo con la legislación mexicana se define como “todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable, que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida es menor a 6 meses”.

Esta definición, adecuada en el contexto legislativo internacional, establece que los médicos, para poder establecer el diagnóstico de una enfermedad en situación terminal que requiere cuidados paliativos, necesitan pronosticar una sobrevida menor a 6 meses; y, para ello, requieren herramientas o elementos para lograrlo.

La acción de pronosticar considera la transición de la subjetividad a la operatividad, y operativamente, la pronosticación se conceptualiza como “la mejor estimación realizada por el médico acerca de la probable evolución y desenlace de la enfermedad y que se expresa como la probabilidad de que un sujeto viva o conserve el estado funcional durante un período de tiempo específico”.

Ahora bien, este proceso dinámico e iterativo requiere de habilidades clínicas, información clara de la anamnesis y exploración física, así como de elementos de laboratorio y gabinete capaces de orientar al clínico. Lamentablemente, las condiciones clínicas de los enfermos presentan un sinnúmero de variables que impactan en la capacidad pronóstica de los profesionales de la salud.

Existen diferentes escalas pronósticas ya realizadas y documentadas que pueden ayudar a pronosticar la sobrevida de las personas que presentan una enfermedad en situación terminal y que requieren cuidados paliativos por un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud. Estas escalas consideran el diagnóstico, el tratamiento, los hallazgos patológicos, los elementos clínicos, los resultados de la analítica, y el estado nutricional.

Un adecuada pronosticación de la sobrevida hacia el final de la vida beneficia al trinomio enfermo-familia-personal de salud: (i) favorece una mejor toma de decisiones ante la eventual muerte, (ii) promueve la aceptación de la "abstención terapéutica" evitando medidas potencialmente fútiles y que promueven la distanasia, (iii) facilita la identificación del sitio donde la persona desea que ocurra el deceso, y (iv) ayuda a la planificación de las intervenciones de acción inmediata en el caso de que se presente una urgencia o emergencia paliativas.





Más alla del fármaco: Rol del entrenamiento de fuerza en el dolor.

MTRO. LCCD. ALFONSO ISRAEL PÉREZ HERNÁNDEZ

En el panorama clínico actual, el manejo del dolor crónico ha transitado de un modelo puramente biomédico hacia un enfoque biopsicosocial donde el ejercicio de fuerza se erige como una intervención neurobiológica de primer orden. Dada esta información, conviene analizar cómo el entrenamiento de carga progresiva actúa sobre los mecanismos de modulación del sistema nervioso central y periférico, ofreciendo una alternativa eficaz y basada en evidencia frente al manejo farmacológico tradicional.

La base de esta intervención reside en la integración de teorías clásicas y contemporáneas. Mientras que la Teoría de la Compuerta (Melzack y Wall) explica la inhibición del dolor a nivel medular mediante el estímulo de fibras mecanorreceptoras A–β durante el movimiento, la Teoría de la Neuromatriz (Neuromatrix) nos permite comprender el dolor como una respuesta de supervivencia del cerebro ante una amenaza percibida. El entrenamiento de fuerza interviene en este proceso activando la Vía Descendente Inhibitoria del dolor; este sistema, al ser estimulado por el esfuerzo muscular, dispara la liberación de opioides endógenos y endocannabinoides en la sustancia gris periacueductal, logrando lo que la ciencia denomina Hipoalgesia Inducida por el Ejercicio (EIH).

Un pilar fundamental para la dosificación terapéutica es el Principio del Tamaño de Henneman o Ley de Henneman. La evidencia reciente sugiere que para lograr cambios significativos en la plasticidad neural y la liberación de mioquinas antiinflamatorias (como la IL–6 aguda), es imperativo alcanzar umbrales de activación de unidades motoras de alto umbral (Fibras Tipo II). En pacientes con alta sensibilización o dolor agudo, donde las cargas elevadas no son toleradas, la Restricción del Flujo Sanguíneo (BFR) se presenta como una herramienta disruptiva. El BFR permite simular condiciones de fatiga y estrés metabólico con cargas mínimas (20-30% de 1RM), activando los mecanismos analgésicos centrales sin comprometer la integridad mecánica de tejidos inflamados o post-quirúrgicos.

Finalmente, se propone un modelo de Escalera de Progresión que guía al clínico desde la fase de desensibilización inicial hasta el "blindaje" del paciente. Este proceso comienza con la habituación al movimiento, progresa hacia la estimulación metabólica para activar la farmacia interna, continúa con la mecanotransducción para la reparación de tejidos y culmina en el entrenamiento de fuerza máxima. Este último escalón es crucial para la reorganización cortical, permitiendo que el cerebro "re-mapee" las zonas afectadas y recupere la autoeficacia. En conclusión, el entrenamiento de fuerza en 2026 no se limita a la mejora de la masa muscular, sino que representa una herramienta de reprogramación del sistema nervioso indispensable para la resiliencia y la recuperación funcional del paciente con dolor.



Manejo fisioterapéutico del dolor en el paciente postrado en cama

LTF. ÁNGEL HERNÁNDEZ LÓPEZ

El dolor crónico representa un problema de salud pública que afecta entre el 10 y el 30% de los adultos, con mayor prevalencia en mujeres. En 2020, se estimó que 619 millones de personas sufrían dolor lumbar a nivel mundial, cifra que podría aumentar a 843 millones para 2050 debido al envejecimiento y crecimiento poblacional. Las enfermedades no transmisibles como lumbalgia, dolor cervical, migraña y artritis son las principales causas de discapacidad, siendo la lumbalgia indiferenciada la principal causa mundial de años perdidos por discapacidad.

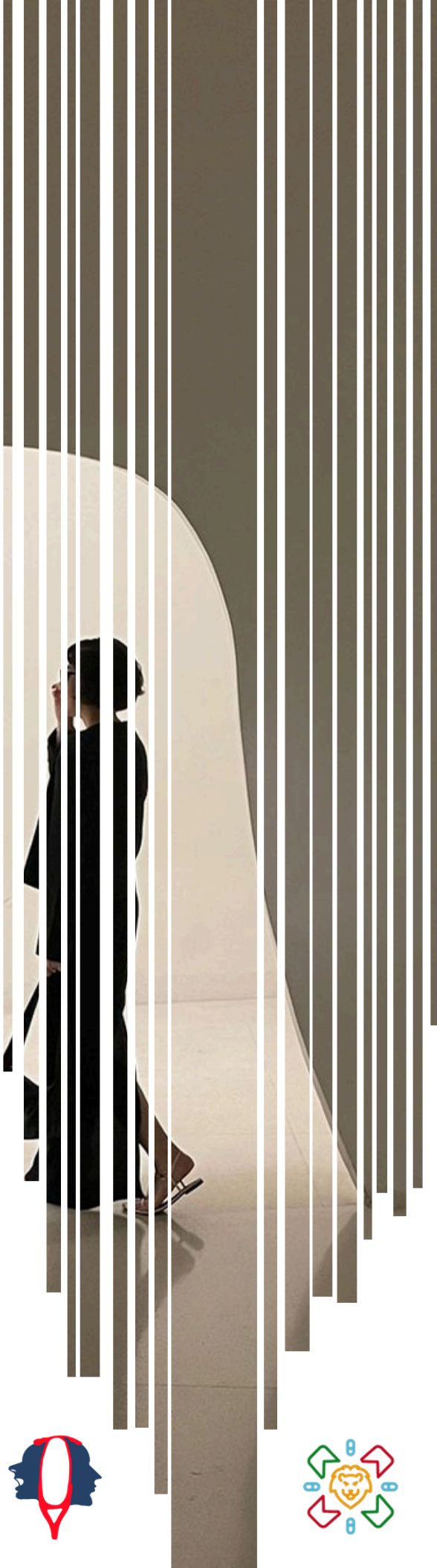
El dolor impacta múltiples dimensiones de la vida, limitando las actividades básicas e instrumentales, así como la participación social y laboral. En Latinoamérica, la investigación sobre dolor crónico ha identificado temas frecuentes como fibromialgia, dolor neuropático, calidad de vida y depresión, evidenciando la relación entre dolor y discapacidad.

En pacientes postrados en cama, el dolor es común, especialmente en personas con movilidad limitada o institucionalizadas. Hasta el 73.7% de residentes en unidades de larga estancia reportan dolor, asociado a comorbilidades, discapacidad y alteraciones cognitivas. Los principales desafíos en la atención incluyen la subevaluación del dolor, capacitación insuficiente del personal en herramientas observacionales y el tratamiento inadecuado, especialmente en personas con demencia o temor a efectos secundarios de analgésicos. Se destaca la necesidad de protocolos estandarizados que integren la evaluación regular del dolor como signo vital.

El manejo fisioterapéutico se centra en promover la movilidad e independencia, así como en la valoración funcional y el control del dolor. Las intervenciones principales incluyen la electroestimulación (TENS y corriente interferencial), que han demostrado alivio a corto plazo, aunque su efecto disminuye con el tiempo y no existe evidencia sólida para el dolor crónico. El ultrasonido terapéutico se utiliza tradicionalmente para contracturas musculares y dolor articular, pero la evidencia actual no respalda su uso como intervención principal para dolor crónico.

La kinesiofobia, o miedo al movimiento, está relacionada con la discapacidad y el empeoramiento funcional, por lo que las estrategias terapéuticas incluyen educación en dolor, terapia de exposición dirigida, intervenciones psicológicas y ejercicio terapéutico guiado.

En conclusión, el dolor es multifactorial y debe abordarse de manera integral, combinando técnicas y considerando factores emocionales, sociales y culturales. El enfoque biopsicosocial es clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes postrados.





Impacto de la microbiota en el ejercicio

DR. LN. ALFREDO COVARRUBIAS GÓMEZ

La microbiota intestinal tiene un impacto significativo en la fisiología relacionada con el ejercicio, tanto en la adaptación como en el rendimiento deportivo; aunado a ello, influye en la absorción de nutrientes, en la integridad de la barrera intestinal y en la respuesta inflamatoria. Estos factores son clave para la recuperación y la adaptación al entrenamiento.

El ejercicio regular modifica la composición y diversidad de la microbiota intestinal, lo que se asocia con beneficios en la inmunidad, la homeostasis energética y la regulación metabólica. En atletas, se observa una mayor diversidad microbiana, especialmente de bacterias productoras de ácidos grasos de cadena corta (SCFA).

Existen diversas intervenciones que modulan la microbiota, como el uso de probióticos, que han mostrado mejoras en la absorción de nutrientes, la reducción de síntomas gastrointestinales y mejor optimización de la función inmunológica, lo que puede traducirse en mejor rendimiento y recuperación tras el ejercicio intenso.

Estudios experimentales en modelos animales han demostrado que la alteración de la microbiota inducida por el entrenamiento aeróbico mejora la capacidad de resistencia y la actividad mitocondrial muscular, mientras que la disrupción de la microbiota (por ejemplo, mediante antibióticos) atenúa estos beneficios.

La relación es bidireccional: el ejercicio modifica la microbiota y, a su vez, una microbiota saludable puede potenciar la capacidad de ejercicio mediante la producción de metabolitos beneficiosos, la modulación del eje intestino-cerebro y la mejora de la resiliencia ecológica intestinal. Sin embargo, el ejercicio extremo puede aumentar la permeabilidad intestinal y alterar la microbiota de forma transitoria, lo que puede provocar síntomas gastrointestinales benignos.

Por ello, es conveniente considerar que existen suplementos que modifican o afectan la microbiota intestinal, entre ellos se incluyen: probióticos, prebióticos, antibióticos, sinbióticos y, en algunos contextos, aditivos alimentarios como emulsificantes. Los efectos secundarios observados suelen ser leves y transitorios, pero existen riesgos específicos según el tipo de intervención y el perfil atleta.



Suzetrigina: Una alternativa potencial en el manejo del dolor

DR. EDGARD ALEJANDRO GUERRERO TAVARES

El manejo del dolor ha sido un reto desde el inicio de la humanidad. En la búsqueda de opciones farmacológicas es necesario equilibrar la analgesia con el riesgo de efectos adversos. Ante la crisis de opioides y el gran número de muertes que ha generado en los últimos años, la comunidad médica ha estado explorando nuevas alternativas para el manejo del dolor.

Wood et al. propusieron a los bloqueadores de los canales de sodio dependientes de voltaje específicos, como una vía prometedora para el manejo del dolor, los cuales se expresan tanto a nivel del sistema nervioso central como periférico, teniendo un papel clave en la transmisión de impulsos dolorosos.

Esto lo logran al inhibir selectivamente estos canales reduciendo la sensación de dolor con un mínimo o nulo impacto en otras funciones fisiológicas. Inicialmente, las investigaciones se centraron en el canal Nav 1.7 los cuales se expresan en neuronas sensoriales periféricas, pero el desarrollo de fármacos bloqueadores específicos de Nav 1.7 estuvo plagado de múltiples desafíos por su selectividad limitada, lo que complicó su traslado a la clínica.

Ante estas dificultades, los investigadores comenzaron a enfocarse en una proteína similar implicada en la propagación del potencial de acción: Nav1.8; la cual también se expresa en todo el sistema nervioso sensorial periférico incluyendo el ganglio de la raíz dorsal, siendo responsable de propagar las señales de dolor desde la periferia hacia el SNC. En 2024, Wang et al. lograron el desarrollo clínico de una molécula 31,000 veces más selectiva del canal Nav 1.8: suzetrigina.

Tuvieron que pasar más de 25 años para que FDA aprobara un nuevo tratamiento analgésico para el manejo de dolor agudo de intensidad moderada a severa, marcando un hito en la medicina al tratarse del primer analgésico de una nueva clase, después de la aprobación de los COX-2 a finales de los 90`s.

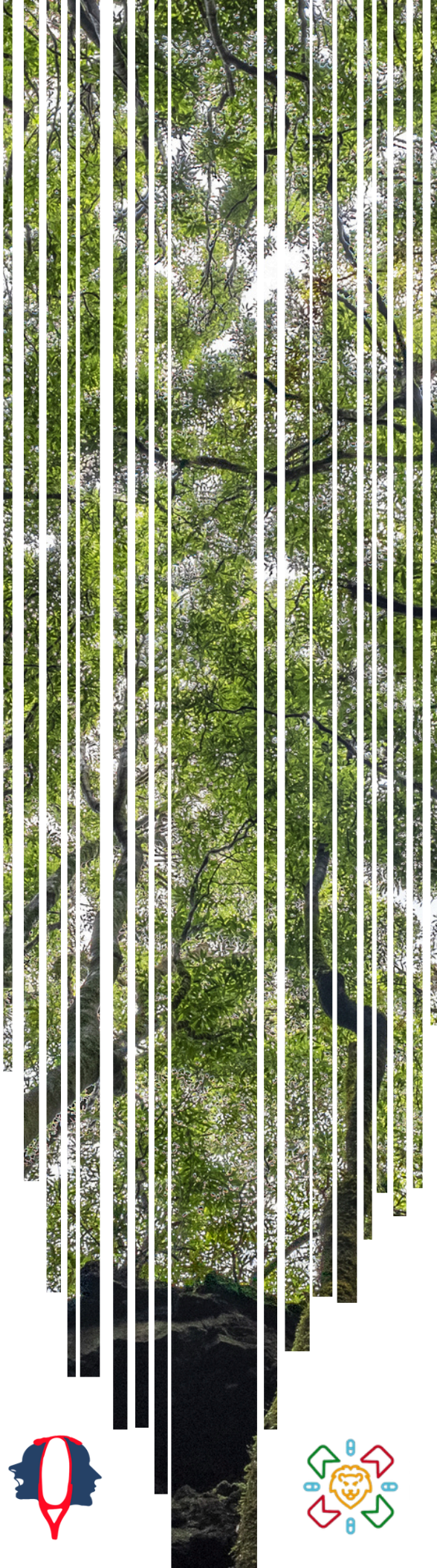
La suzetrigina se administra por vía oral, absorbiéndose gradualmente y alcanzando concentraciones plasmáticas máximas a los 180 minutos, tiene una unión a proteínas alta (>90%), con selectividad periférica por lo que su penetración a SNC es muy limitada, con una vida media cercana a las 24 hrs.

Su metabolismo es hepático mediado por CYP3A4, con un metabolito activo M6-SUZ. Se elimina principalmente a través de heces y por orina. Al ser un fármaco de reciente aprobación, requiere una vigilancia clínica específica para maximizar su eficacia y garantizar la seguridad del paciente.

Tiene un buen perfil de seguridad. Al no actuar sobre SNC no causa depresión respiratoria, sedación profunda, adicción y/o dependencia física. Sus principales efectos adversos son prurito, espasmos musculares, aumento de CPK y rash.

Aunque por el momento solo cuenta con aprobación para su uso en dolor agudo posoperatorio de intensidad moderada a severa, se están desarrollando ensayos clínicos sobre la eficacia y seguridad de la suzetrigina en pacientes con dolor asociado a neuropatía diabética periférica dolorosa.

La suzetrigina representa un avance significativo en el manejo del dolor, al actuar de manera específica sobre canales de sodio dependientes de voltaje Nav 1.8, ofreciendo un enfoque novedoso para el manejo eficaz de dolor agudo posoperatorio y bien tolerado.





Papel del CANNABIS y fármacos relacionados en el alivio de dolor

DR. JOSE EDGAR PEREZ MELENDEZ

El dolor crónico tiene una incidencia entre el 20 y 30% en la población en general. En las manifestaciones crónicas dolorosas se encuentra el dolor neuropático crónico. Esta forma de presentación se presenta hasta en un 50% en aquellos sujetos que reportan insatisfacción en su tratamiento.

El cannabis de uso medicinal y recreativo proviene de las hojas secas, las flores, los tallos y las semillas de la planta *Cannabis sp.;* actualmente se habla de 3 tipos principales, C. sativa, C. índica y C. ruderalis; sin embargo, existen más subtipos y combinaciones de la planta.

Se ha documentado que las plantas de Cannabis contienen al menos 125 cannabinoides diferentes; entre los cuales destacan el cannabidiol (CBD) y el tetrahidrocannabinol (THC) como los 2 principales. Aunado a ello, se propone la utilidad de otros cannabinoides relevantes incluyendo el CBG (neuroprotector), CBN (sedante) y CBC (antiinflamatorio).

El antecedente histórico documentado sobre la utilización de Cannabis tiene sus primeros reportes en la farmacopea descrita en el libro del “emperador amarillo” Shen Nung, a quien, además, se le considera el padre de la medicina china. En su libro escrito en 2737 a. C habla de plantas medicinales y describe el uso medicinal de la marihuana. Su utilización fue tan importante que la encontramos también en la farmacopea china denominada Rh-Ya en 1500 a. C.

Más o menos al mismo tiempo cerca del 1500 a. C. se menciona la utilización medicinal de esta planta en el Papiro Ebers escrito por los egipcios. Continuando un poco de historia, en el año 500 a. C. el cáñamo es introducido en el norte de Europa por parte de los escitas (confirmando probablemente los relatos de Herodoto), e incluso sobre el año 200 a. C., encontramos menciones en textos de la antigua Grecia sobre los beneficios del cannabis para tratar multitud de enfermedades.

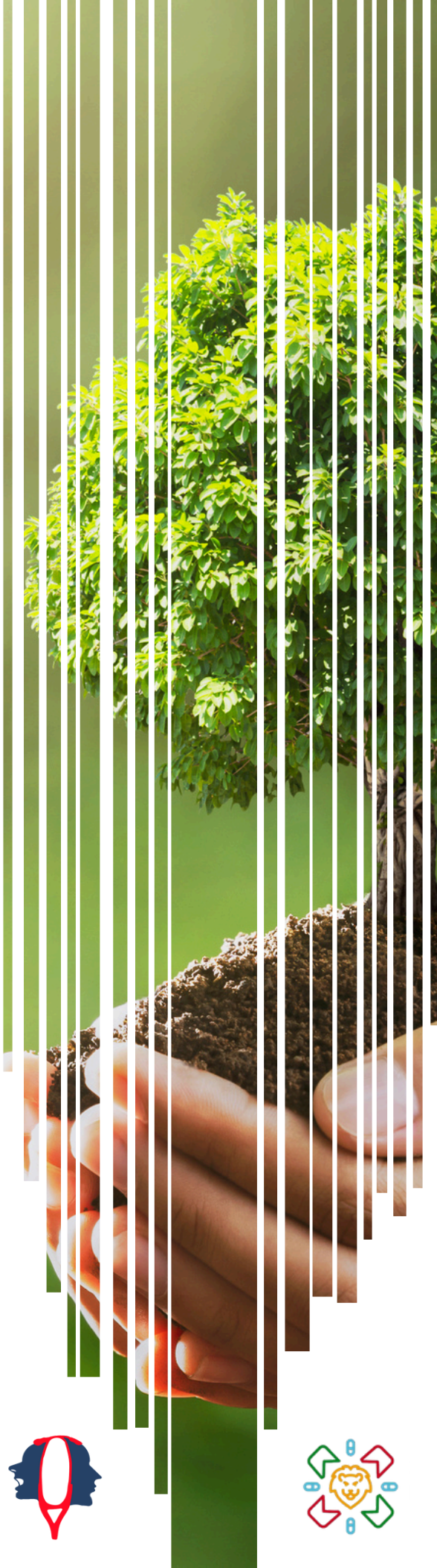
Ahora para entender cómo funciona el cannabis debemos entender el sistema endocanabinoide y los endocannabinoides (eCBs); los cuales son moléculas que el cerebro y otros órganos sintetizan, e inducen posiblemente efectos similares a los observados con la marihuana.

Los eCBs cumplen diversas funciones que van desde hacernos sentir placer hasta inhibir la sensación de dolor; y participan en generar apetito, sueño y deseos sexuales, entre otras.

Los principales eCBs son: (i) la anandamida (activa a los receptores CB1 y CB2), (ii) la oleamida (además de activar al CB1 también activa a receptores serotoninérgicos, como el 5HT2) y (iii) el 2-araquidonilglicerol ó 2-AG (que es el eCB natural más abundante en el cerebro, y que también activa a los CB1 y CB2).

Ahora, entendiendo todo lo anterior, podemos pensar por qué el cannabis medicinal se puede usar para todo "dolor" y muchas manifestaciones que se presentan en los enfermos de dolor crónico o en cuidados paliativos; sin embargo, su uso carece de estudios de relevancia o que tengan un rigor científico estricto. Por tal motivo, hasta la fecha NO ES POSIBLE realizar una recomendación clara y concreta al respecto.

Existen algunos productos derivados del cannabis a nivel farmacológico. La nabilona es un cannabinoide sintético, análogo del THC, que presenta mayor selectividad por los receptores CB1, actualmente autorizado en Australia, Canadá, Reino Unido o Irlanda se comercializa bajo el nombre de Cesamet®. Otro de los productos es Epidyolex® un derivado de CBD, formulado en solución oral con menos de 1% de THC, usado como adyuvante, junto a clobazam, para el tratamiento del síndrome de Lennox-Gastaut, el síndrome de Dravet y la esclerosis tuberosa.



El dronabinol es usado para tratar la náusea y los vómitos ocasionados por la quimioterapia y se puede usar como alternativa aún en estudio para tratar la pérdida de apetito y la pérdida de peso, en las personas que han adquirido el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

Sativex®, un extracto normalizado de hojas y flores de Cannabis sativa, que contiene una mezcla de cannabinoides (THC y CBD), está indicado en la actualidad para el tratamiento paliativo de la rigidez en las extremidades en pacientes con esclerosis múltiple.

Al momento, todo lo debemos considerar como una terapia ALTERNATIVA al dolor crónico asociado a patologías como el cáncer, enfermedades autoinmunes, síndrome de desensibilización central y en general cualquier patología que NO CEDA ante un tratamiento convencional.

Se debe continuar con estudios serios y con rigor científico para poder establecer estas recomendaciones así como estandarizar sus usos dosis y vías de administración, por lo que ha sido, es y será un tema muy complejo y muy controvertido en el campo del dolor y paliativo.





Papel del nutriólogo en la atención de un enfermo en situación terminal.

DRA. EDHY MAYCELIA GUTIÉRREZ ESPINOSA

La responsabilidad profesional de la nutrición, considerando a esta última como un derecho humano establecido, debe formar parte de los cuidados paliativos integrales siempre que su objetivo sea conseguir o mantener el estado de bienestar del paciente.

En la situación de enfermedad terminal, el papel del Nutriólogo dentro del equipo interdisciplinario toma una relevancia fundamental en la toma de decisiones con implicancias bioéticas desde dos esferas básicas: las necesidades del enfermo y sus cuidadores primarios y el consenso con otros profesionales en el proceso de atención nutricia ligado al tratamiento médico.

Mantener la nutrición y la hidratación, siempre que la vía oral sea útil, que no implique máximo esfuerzo para el paciente y que no se requiera el uso de métodos agresivos para su aplicación, deberá considerarse siempre una decisión correcta y una obligación ética, por más deteriorado que se encuentre el paciente y por más próxima que se prevea la muerte.

Es una tendencia cada vez más pertinente considerar a la nutrición y a la hidratación como terapias que proporcionan bienestar y eliminan el sufrimiento pero que difícilmente revierte el proceso de desnutrición ya existente, no mejora la supervivencia y no evita las complicaciones, pero que a su vez encuentra una connotación poderosa desde el punto de vista espiritual ya que es frecuente que la familia considere que el deterioro del enfermo es debido a la malnutrición, por lo que es importante considerar dentro de la atención integral paliativa el acompañamiento desde el principio y permanente para dar a entender al enfermo y a su familia, que la falta de ingesta que se puede llegar a producir es una consecuencia de la enfermedad, que es normal o esperada su presencia en los estados terminales avanzados, y que no es la causa de este deterioro rápido y progresivo que presenta el enfermo, que se debe mantener el enfoque de no sólo centrarse en la cantidad de alimento, sino en la indicación de nutrimentos específicos y en su eficacia.

Las decisiones apropiadas sobre la utilización de cualquier forma de soporte vital, que pueda mejorar la calidad de vida, incluidas la nutrición y la hidratación, requieren una prudente reflexión por parte del equipo multidisciplinar desde la bioética y considerar indispensable la presencia del Nutriólogo en dicho equipo multidisciplinar, quién con base a la evidencia científica debe ser el responsable de realizar la planificación del soporte nutricional para el paciente y sus familias o cuidadores para que se adapten lo mejor posible a la situación y puedan comprender el proceso de evolución del tratamiento nutricio, que podría evitar complicaciones y hacer que el deterioro sea menos rápido, pero a su vez tomar la mejor decisión cuando el paciente no pueda ejercer su autonomía y la muerte se manifieste próxima.





De lo biológico a lo espiritual: SANA, un camino integral para el alivio del dolor

MTRA. SUSANA RUIZ RAMÍREZ
MTRA. MAYRA ALEJANDRA MORA MIRANDA
LIC. JULIANA SÁNCHEZ TÉLLEZ

En 2020, la International Association for the Study of Pain (IASP) actualizó la definición de dolor, describiéndolo como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular real o potencial. De manera innovadora, esta actualización incorporó una serie de notas explicativas que subrayan que el dolor no es equivalente a la nocicepción, sino que constituye una experiencia personal y subjetiva, modulada por factores biológicos, psicológicos y sociales. Cuando esta experiencia ocurre en el contexto de una condición de salud que amenaza o limita la vida, se vuelve aún más evidente la necesidad de abordarla desde una perspectiva biopsicosocial y espiritual.

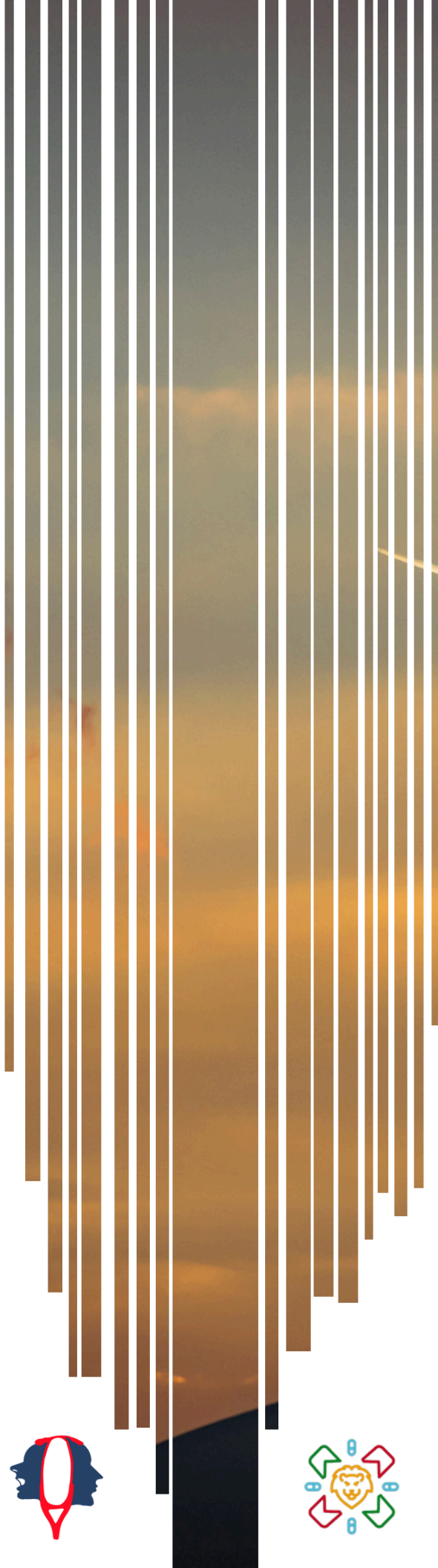
En este marco, se propone el acrónimo **SANA** como una estrategia práctica y estructurada para el personal de salud, retomando el concepto de dolor total desarrollado por Cicely Saunders, el cual integra las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del sufrimiento humano.
La S corresponde a Sistematizar la evaluación del dolor y otros síntomas, enfatizando la importancia de una valoración clínica integral, continua y contextualizada. Se sugiere que el profesional de la salud seleccione herramientas de evaluación prácticas y funcionales que permitan una adecuada caracterización de la semiología del dolor.

La **A** hace referencia a Analizar los factores que influyen en la experiencia dolorosa, incorporando aspectos emocionales y cognitivos. En esta línea, se invita a integrar instrumentos que faciliten la identificación de las emociones del paciente, así como la detección de patrones cognitivos como la catastrofización, los cuales pueden intensificar la vivencia del dolor.

La **N** alude a Nutrir la relación médico–paciente–familia a través de una comunicación compasiva, basada en la escucha activa, la validación emocional y la transmisión clara y sensible de información difícil.

Estos elementos resultan fundamentales para la construcción de confianza y la toma de decisiones compartidas, destacándose la utilidad de protocolos estructurados para la comunicación de malas noticias.

Finalmente, la **A** de Acompañar enfatiza la integración de la dimensión espiritual y existencial en la atención clínica, reconociendo el sufrimiento espiritual y la relevancia de la presencia terapéutica, así como del cultivo de una humanidad compartida, como vías para aliviar el sufrimiento tanto del paciente como del propio profesional de la salud.





Alimentación e hidratación al final de la vida. Recomendaciones fundamentadas.

DRA. EDHY MAYCELIA GUTIÉRREZ ESPINOSA

El soporte nutricional constituye una modalidad de tratamiento aceptada desde el punto de vista médico, moral y legal en la totalidad de los pacientes con alguna esperanza, aunque sea mínima, de supervivencia. A diferencia de otros tratamientos médicos, la alimentación y la hidratación tienen en nuestra cultura un significado simbólico. El ser humano se caracteriza por su capacidad de dar sentido a las cosas a través de símbolos o de funciones simbólicas, entre ellas el lenguaje, que señalan cuáles son las acciones humanas significativas.

Dar de comer y beber es una acción humana significativa de respeto a la vida y de cuidado a nuestros semejantes. El síndrome anorexia-caquexia que aparece comúnmente en la situación de enfermedad terminal suele tener un origen multifactorial, en donde están implicados mediadores metabólicos, efectos colaterales de los tratamientos administrados, infecciones, factores mecánicos, hormonales, psicológicos, entre otros.

La provisión de alimentos o agua por la boca, simplemente para humedecer las mucosas para comodidad, se considera parte de los cuidados básicos de los pacientes. Es obligación de los profesionales de la salud asegurar que estos cuidados les sean proporcionados
a todos los pacientes, a menos que ellos activamente se nieguen.

Por lo tanto, el alimento y el agua siempre se deberán ofrecer, a menos que el procedimiento de alimentación represente una carga inaceptable para el paciente. La imposibilidad de conseguir un aporte nutritivo aceptable constituye un factor de mal pronóstico en la situación de enfermedad terminal y produce un gran impacto emocional en el enfermo y en su familia. Después de la disnea, la falta de ingesta es el problema que más distrés físico y emocional produce en los pacientes. En estos casos, la estrategia terapéutica fundamental a aplicar será hacer que el enfermo y su familia se adapten y comprendan la implicancia del problema, haciendo uso de una comunicación adecuada para no forzar la alimentación y presentando las técnicas más viables para proveer sustancias con propiedades energéticas o de reemplazo estructural: lípidos, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, electrolitos, oligoelementos y agua, a través de alimentos de cada región buscando mantener la seguridad alimentaria y nutricional y con fórmulas químicamente definidas por la industria farmacéutica, seleccionando la vía de acceso más pertinente para cada caso.

Cuando no se dan estas condiciones, cuando el paciente es incapaz de alimentarse por sí mismo, no responde a ningún tratamiento y cualquier sistema de nutrición artificial no mejora su calidad de vida incluso llegando a empeorarla, conviene aclarar que, desde el punto de vista ético, tiene el mismo valor no iniciar un tratamiento que interrumpirlo cuando ya no se considera necesario o útil, por lo que requerirá, la mayoría de las veces, de una reflexión prudente por parte del equipo multidisciplinar, valorando muy bien la relación entre perjuicios y beneficios que supone el seguir aplicándola y llegando a un consenso con el enfermo y sus familiares que deben estar en todo momento correctamente informados de la situación para que puedan participar en la toma de decisiones.

En ausencia de familiares, amigos o cuidadores primarios institucionales, el equipo multidisciplinar deberá tomar la decisión que considere más adecuada sobre la base de los intereses del paciente, de ahí la gran relevancia de mantener la constante formación de los equipos integrados donde el profesional de la Nutrición no sea un agente externo o aleatorio sino pieza concreta del abordaje paliativista.





Errores frecuentes en el manejo del dolor crónico en el primer nivel... y cómo evitarlos

DRA. MARIEL DEL RIO PARRA

El dolor crónico representa una causa importante de consulta en la atención primaria y su manejo eficaz puede marcar una diferencia sustancial en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, en la práctica cotidiana existen errores frecuentes que comprometen la seguridad y la efectividad del tratamiento, especialmente cuando no se utilizan criterios diagnósticos precisos o se aplican terapias con riesgos no ponderados. Esta ponencia se enfoca en tres áreas clave: el subtratamiento del dolor neuropático, el uso indiscriminado de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y la prescripción inadecuada de tramadol.

Uno de los errores más prevalentes es el subtratamiento del dolor neuropático, a menudo confundido con dolor nociceptivo puro. El dolor neuropático se caracteriza por descriptores clínicos específicos como ardor, descargas eléctricas y alodinia, y puede ser identificado rápidamente mediante cuestionarios validados como el DN4, que ha demostrado utilidad clínica para distinguirlo de otros tipos de dolor con alta sensibilidad y especificidad, facilitando así decisiones terapéuticas más precisas. El uso sistemático de herramientas como el DN4 permite al médico general sospechar dolor neuropático en consulta breve y orientar el tratamiento con coadyuvantes más apropiados.

Otro error común es el abuso de AINEs sin evaluar adecuadamente los riesgos asociados, especialmente en pacientes mayores o con comorbilidades cardiovasculares, gastrointestinales o renales. Aunque los AINEs son eficaces para ciertas condiciones musculoesqueléticas, su uso prolongado puede aumentar significativamente la probabilidad de eventos adversos graves como úlceras gastrointestinales, insuficiencia renal o eventos cardiovasculares, lo que subraya la importancia de usarlos a la menor dosis efectiva y por el menor tiempo necesario. La manipulación inadecuada de tramadol es otro problema frecuente.

Este analgésico, aunque tradicionalmente percibido como una alternativa más segura a opioides más fuertes, posee un perfil de efectos adversos y riesgo de uso prolongado que no debe subestimarse. Estudios recientes sugieren que los beneficios analgésicos de tramadol pueden ser modestos y que su uso continuo puede asociarse a un incremento de efectos adversos serios, incluidos eventos cardiovasculares, así como a riesgos de dependencia y mal uso, lo cual debe guiar decisiones clínicas más cautelosas.

En consonancia con las guías clínicas contemporáneas, el manejo del dolor crónico en atención primaria debe centrarse en una evaluación estructurada del tipo de dolor y en una estrategia terapéutica multimodal que priorice opciones no opioides cuando sea posible, establezca objetivos funcionales claros y considere riesgos individuales de cada paciente.

Las recomendaciones actuales para el uso de opioides, incluida la prescripción de tramadol, enfatizan que estos medicamentos deben considerarse solo cuando los beneficios esperados superan los riesgos, y siempre con seguimiento estrecho y diagnóstico confirmado.

En conclusión, evitar estos errores frecuentes —subtratar el dolor neuropático, abusar de AINEs sin considerar riesgos y prescribir tramadol sin criterios claros— puede mejorar significativamente los resultados clínicos en pacientes con dolor crónico en la atención primaria.

Un enfoque basado en la evidencia, el uso de herramientas diagnósticas breves y la implementación de planes de manejo individualizados son esenciales para optimizar la atención y la seguridad del paciente.





Cuidados en el enfermo en agonía

DR. JORGE U. BAEZ BAÉZ

Debemos tener presente que, durante los últimos días de vida de un paciente, este requerirá de una atención continua y especializada, enfocada en la prevención de síntomas y favoreciendo en todo momento el confort y la tranquilidad del enfermo y los familiares.

Esta atención puede proporcionarse en el hospital o en el domicilio, considerando que para que se realice en este último, los familiares o el cuidador deben estar preparados y contar con el equipo que se requiera para brindar una atención de calidad, además, deberán contar con la asesoría continua del médico tratante. El familiar o cuidador debe estar capacitado en la identificación, atención y prevención de los síntomas y complicaciones que pudieran presentarse en este periodo, de acuerdo a los diferentes cambios que se espera se presenten.

Los cuidados no deben ser improvisados sino aplicados bajo un plan diseñado por el personal de salud y explicado al cuidador o familiar, procurando que se cubran todas las necesidades del paciente y la familia de tal forma que el proceso sea lo menos angustioso posible. Dentro de las posibles medidas tenemos las siguientes:

Ansiedad, agitación, delirium: Mantenga un ambiente tranquilo, hable suavemente, evite televisión en la recámara por los destellos y cambios en la intensidad de ruido, acompañamiento constante.

Anorexia: Mantener húmedos labios y boca (agua té de manzanilla sin azúcar), con un atomizador, comprender que el paciente no come porque no lo necesita

Fatiga: No gastar la energía en necesidades no reales, no insistir en actividades que generen fatiga, ya que en ocasiones las hacen por no defraudarlos a pesar de su malestar.

Dolor: Acomodar almohadas o cobertores, ajustar tratamiento farmacológico y preferir vías no invasivas.

Ojos, piel y boca: Aplicar lágrimas artificiales, lavado de dientes diario y en forma gentil , en caso de lesiones gingivales emplear cepillos para bebé y no usar dentífrico, aplicación de labial de crema de cacao, baño diario, secar con cuidado, especialmente pliegues, aplicar crema lubricante, usar jabones con potencial irritativo bajo

Fisioterapia: Ejercicios de flexión articular pasiva para, uso de férulas en tobillos y manos para evitar artrosis.

Cuidado de estomas y sondas: La protección de los estomas es impermeable, limpiar la piel adjunta al estoma en forma gentil y con jabón neutro, secado con tejido suave que no deje filamentos, no aplicar crema en el sitio de colocación del adhesivo, en caso de estoma traqueal colocar apósito hidrocelular para traqueostomía, en el caso de los hombres la sonda se fija en el abdomen para evitar fístulas pene-escrotales, cambio mensual o trimestral, vigilar color de la orina, en caso de estar turbia, avisar a médico.

Es importante identificar potenciales complicaciones, riesgos, y otras consideraciones con la finalidad de “prevenir el futuro” por ello el cuidador deberá reportar siempre: presencia de espasticidad, dolor, evacuaciones, datos de infecciones respiratorias o urinarias, estado de estomas y sondas etc.





Cuidados Paliativos en Enfermedad Renal Crónica

DRA. YAGESLY GERALDINNE GONZÁLEZ BARRIENTOS

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como las anomalías de la estructura o función renal, presentes durante un mínimo de 3 meses, representa un grave problema de salud pública en México y en el mundo, su impacto se refleja en la alta demanda de recursos humanos, económicos y de infraestructura que su tratamiento requiere.

La Kidney Disease: Improving Global Outcomes clasifica la ERC según la causa, la tasa de filtración glomerular categoría G1-G5 y albuminuria (A1-A3).
La categoría G5 corresponde a la enfermedad renal crónica terminal y se define por un filtrado glomerular menor de 15 ml/min/1,73 m2; los pacientes en este estadio son los candidatos a valorar las opciones de tratamiento (sustitutivo versus conservador).

Uno de los retos más relevantes en la actualidad consiste en cómo y en qué momento insertar la visión paliativa de los pacientes con ERC. Existe un modelo de organización de cuidados paliativos renales propuesto por la Sociedad Española de Nefrología en conjunto con la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, donde se recomienda ampliamente la toma de desiciones compartida por el paciente, el equipo multidisciplinario así como núcleo familiar, respecto a iniciar tratamiento de reemplazo renal o manejo conservador, ya que independientemente de la función renal exite una serie de factores pronósticos que debemos tener en cuenta a la hora de valorar la idoneidad de un tratamiento; tales como los criterios globales de supervivencia, herramientas predictoras de mortalidad (Cohen, REIN, Bansal) y sobretodo llevar como estandarte la medicina centrada en la persona.

Durante la evolución de la enfermedad renal crónica, los cuidados paliativos son un valioso pilar para lograr la calidad de vida, ya sea brindando cuidados de soporte o bien en los cuidados al final de la vida.

Almutary, et al. & Brown, et al. mencionan que las personas con ERC avanzada viven con alrededor de 20 síntomas simultáneos, las revisiones sistemáticas respaldan estas cifras, sin embargo, la población que más se ha estudiado es la que se encuentra en terapia de reemplazo renal. Existe escasa evidencia disponible sobre la prevalencia de los síntomas en pacientes en manejo conservador.

Para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad renal es de suma importancia la identificación oportuna de los síntomas con instrumentos validados (ESAS-RENAL-r) y ofrecer estrategias de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas, además, es indispensable para todo el personal de salud conocer a profundidad los escenarios posibles del final de vida y promover las directrices anticipadas.





Datos Clínicos de Final de Vida en Cuidados Paliativos

DRA. JAZMÍN BRAND GALINDO

La identificación precisa de la etapa final de la vida es un pilar fundamental en la práctica clínica de los cuidados paliativos. En los países desarrollados, aproximadamente el 75% de los fallecimientos están vinculados a enfermedades crónicas progresivas (como cáncer avanzado, insuficiencia cardíaca terminal y demencias), lo que exige una alta competencia profesional para reconocer los signos de muerte inminente.

El reconocimiento temprano no solo mejora la calidad del cuidado, sino que facilita la toma de decisiones informadas, el ajuste terapéutico oportuno y la reducción de intervenciones fútiles. Sobre esto, existen herramientas para la predicción de supervivencia (últimos días):

1. **Escala de Menten**: Identifica signos de agonía, como frialdad nasal y de extremidades, livideces, cianosis, anuria, estertores, apneas y somnolencia prolongada. Un puntaje ≥ 4 sugiere que el 90% de los pacientes fallecerá en las próximas 96 horas.
2. **Signos de Mori**: Identifica signos precoces y signos tardíos.
3. **Estudio IPDS**: Con el "Investigating the Process of Dying Study" (IPD) se identificaron 10 signos físicos más frecuentes en el final de la vida.
4. **Signos Clínicos de Joseph Shega**: identifican tanto signos clínicos como signos emocionales.

El enfoque debe transitar de lo curativo a lo paliativo, priorizando el confort y la dignidad. Las intervenciones prioritarias incluyen:

1. **Sedación Paliativa**: Uso de fármacos con acción sedante capaces de controlar síntomas refractarios o urgencias paliativas.
2. **Adecuación del Esfuerzo Terapéutico**: Acciones enfocadas a proporcionar medidas proporcionales y evitar la obstinación terapéutica.
3. **Acompañamiento**: Favorecer el confort del enfermo y además favorecer una comunicación honesta y compasiva con la familia para reducir su angustia.

La atención en los últimos días utiliza un modelo holístico y multidisciplinar. La medicina paliativa no pretende agregar días de vida, sino agregar vida a los días que quedan. El éxito de esta etapa radica en combinar la competencia técnica con una presencia compasiva que asegure una muerte digna.



Protocolos de Indicación y selección de opioides para su uso racional en el ler nivel de atención médica.

DR. GIANCARLO FERRETIZ LÓPEZ

El abordaje y tratamiento del dolor es un reto al que se hace frente a diario en las consultas de atención primaria, así como en el área de Urgencias. En la mayoría de los casos registrados en atención médica de urgencias no quirúrgicas son los pacientes con la presencia de dolor crónico que suelen padecer diferentes trastornos de adaptación como ansiedad, dificultades para retornar al trabajo, dependencia, disfunción sexual, problemas de autoestima y estrés postraumático, lo cual se ha visto relacionado con el abuso de sustancias.

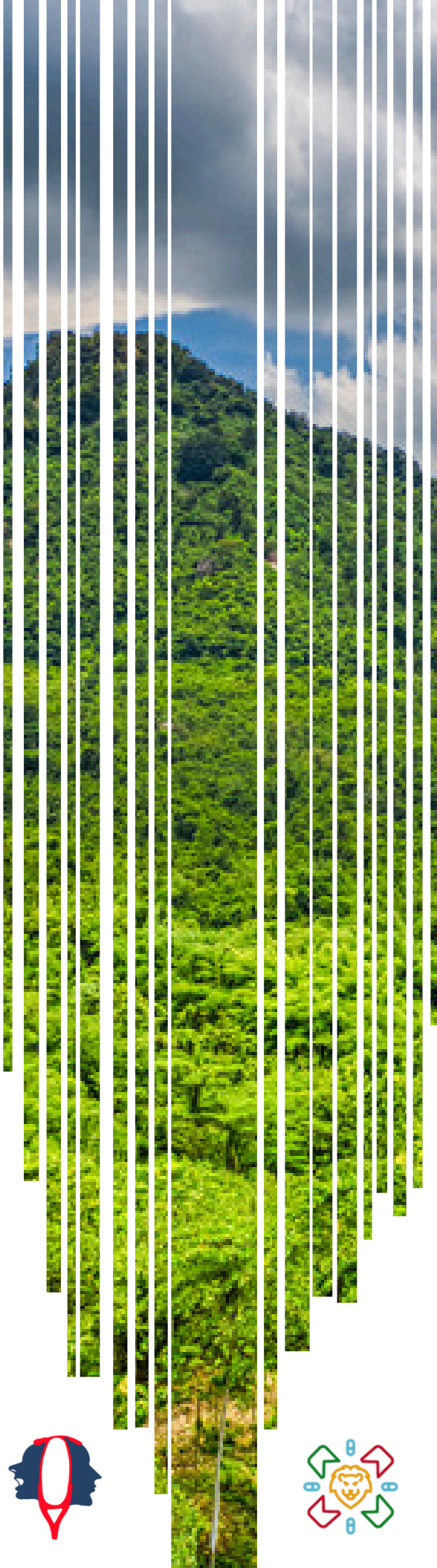
Se ha identificado que una falta de educación en los médicos sobre la adecuada prescripción de opioides, en especial en pacientes con adicción, es de gran importancia la selección cuidadosa de los pacientes y la identificación del riesgo de abuso, mientras se logra optimizar el manejo del dolor. El contar con altos factores de riesgo para abuso o presentar adicción a sustancias no debe limitar el acceso a los opioides en aquellos pacientes que realmente lo requieren.

Es por esto por lo que se incide en la importancia de realizar una precisa anamnesis y una adecuada exploración física para poder orientar el manejo del dolor, indagando en las causas de este dolor y sus factores acompañantes. Se deben evaluar los tipos de dolor existentes y su preciso abordaje. La monitorización regular para asegurar la utilización apropiada de los opioides y la identificación temprana del potencial mal uso o abuso de opioides, es importante incluso en la etapa final de la vida, teniendo en cuenta que los familiares o personas cercanas al paciente podrían estar involucradas como parte del proceso de la prescripción correcta de los opioides es necesario conocer las escalas de evaluación del dolor para poder complementar la valoración que se realiza del dolor por parte del profesional sanitario en la consulta de atención primaria y en la atención en las urgencias.

El conocimiento de la escala analgésica de la OMS es fundamental ya que será necesaria aplicarla a la hora de establecer un tratamiento para el dolor. La eficacia de este tipo de terapéutica depende por una parte como se refirió anteriormente de una adecuada valoración de las características del dolor, la selección de opioides y del establecimiento de las dosis y pautas terapéuticas correctas, la cual nos facilitará la identificación y limitación en la aparición de los efectos secundarios.

Por lo que actualmente se agrega el enfoque de la analgesia multimodal adecuado el cual de acuerdo a las características del dolor, intensidad y acceso a distintas opciones terapéuticas, que promueve el uso combinado de medicamentos para producir un efecto sinérgico y así reducir las dosis empleadas y los efectos adversos, incluyendo opioides y otros fármacos el cual es esencial para un manejo óptimo, entre otros parámetros importantes a tener en cuenta durante la evaluación y seguimiento de los pacientes.

En la actualidad no existen guías que recomienden a los hospitales el marco de seguridad en el que deben prescribirse estos fármacos fuera del área de quirófano, por lo que es necesario realizar una adecuada semiología y seguimiento de los pacientes a tratar.



TRABAJOS LIBRES



EL DOLOR MÁS ALLÁ DEL QUIRÓFANO: EVALUANDO LA EFICACIA DEL BLOQUEO ESP Y BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA EN CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR.

AUTOR: MORALES HERNANDEZ IRLANDA. Residente de tercer año de anestesiología.

DRA. GLADYS STEPHANIE GUERRERO CASTRO. Médico Adscrito al servicio de anestesiología
DR. EDGAR ENOCH SANTAELLA HERNANDEZ.

ISSSTE

Hospital Regional General Ignacio Zaragoza
ISSSTE
irlanda0310@hotmail.com

RESUMEN: Uno de los indicadores de calidad en la práctica de anestesiología son las complicaciones asociadas a la anestesia, el control de dolor postoperatorio es un desafío en el manejo óptimo de los pacientes que diariamente son sometidos a cirugía de columna lumbar, los cuales representan un reto en el manejo postoperatorio, este trabajo comparar la eficacia analgésica del bloqueo del erector de la espina (ESP) versus el uso de parches transdérmicos de buprenorfina (PTB).

INTRODUCCIÓN

Internacionalmente se hace referencia en que el 75% de la población experimenta dolor agudo en un periodo de 8 horas posteriores a la intervención quirúrgica, dentro de ese porcentaje el 64% lo refiere como moderado a severo, Esto subraya la necesidad de desarrollar estrategias analgésicas eficaces, seguras y con los mínimos efectos secundarios.

El manejo del dolor postoperatorio reduce significativamente el número de complicaciones con la cirugía, el tiempo y los costos de hospitalización, especialmente en los pacientes de alto riesgo (escala ASA III-IV) y los pacientes sometidos a una cirugía extensa. Sin embargo, muchos estudios indican que los procedimientos aplicados suelen ser inadecuados para la intensidad del dolor

OBJETIVO

Evaluar la analgesia postoperatoria entre el bloqueo del erector de la espina vs el uso de parches transdérmicos de buprenorfina en pacientes que requieran cirugía de columna lumbar bajo anestesia general balanceada del servicio de traumatología y ortopedia.

HIPÓTESIS

Hi (HIPÓTESIS DE TRABAJO)
La analgesia postoperatoria es mayor en el bloqueo del erector de la espina vs el uso de parches transdérmicos de buprenorfina en pacientes sometidos a cirugía de columna lumbar.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio clínico, controlado, unicéntrico, experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo y aleatorizado. Ensayo piloto.
Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en dos grupos, con una muestra ajustada a perdidas, obteniendo n = 22 pacientes con un poder estadístico del 85%.

VARIABLES

- Edad
- Género
- Peso
- Talla
- ASA
- Dolor (ENA)
- Efectos adversos

GRUPO CONTROL

- Parches transdérmicos de buprenorfina (3 mcg/kg/día) colocados 24 horas antes del procedimiento.

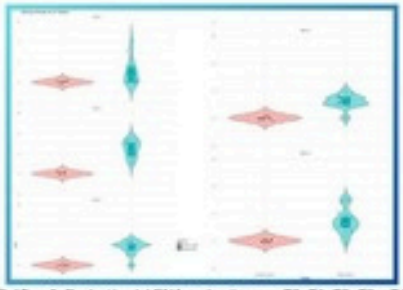
GRUPO INTERVENCIÓN

- Bloqueo ESP (Ropivacaina 2.5%) colocado 15 min antes del procedimiento quirúrgico

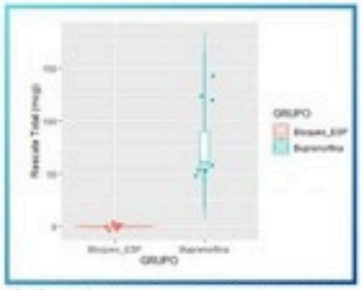


RESULTADOS

- El bloqueo ESP proporcionó un mejor control del dolor postoperatorio de forma sostenida hasta las 3 horas (180 min) posteriores a la cirugía.
- La dispersión mayor en el grupo de buprenorfina indica variabilidad en la respuesta analgésica, lo que puede reflejar una eficacia analgésica menos predecible.



Gráfica 1. Evolución del ENA en los tiempos T0, T1, T2, T3 y T4 mediante gráficas de violín, muestran la distribución de los valores individuales, la mediana y el rango intercuartílico por grupo de tratamiento.



Gráfica 2. Se permite apreciar la densidad del total de rescates aplicados, los datos son mayores en el grupo buprenorfina, representando la mayor concentración de casos con requerimiento de rescate.

Variable	Eventos Parche (n=11)	Eventos ESP (n=11)	RR	IC 95% mín	IC 95% máx
Rescate total requerido	10	2	500	129	1.937
Náusea/Vómito	4	2	200	48	830
Hipotensión	0	2	0	0	39
Hipersensibilidad	0	0	—	—	—

Tabla 1



Figura 1. Colocación del bloqueo ESP 15 minutos antes de la intervención quirurgica



Figura 2. Ecografía en plano longitudinal (parasagital) del bloqueo del plano ESP a nivel torácico, probablemente T10

RELEVANCIA CLÍNICA

El estudio permite replantear el enfoque tradicional del manejo del dolor postoperatorio en cirugía de columna lumbar. La evidencia obtenida aprueba el uso de técnicas regionales como parte de un esquema multimodal e invita a la comunidad de anestesiólogos a que la adopten como estrategia preferente.
Nuestro trabajo no termina cuando el paciente despierta, el verdadero desafío y el verdadero mérito esta en llevar la analgesia mas allá del quirófano.

CONCLUSIÓN

El bloqueo ESP constituye una estrategia altamente efectiva para el control del dolor postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía de columna lumbar. La evidencia clínicamente relevante que se obtiene en este estudio respalda su uso para ofrecer un alivio analgésico inmediato , sostenido y sin necesidad de administrar algún tipo de rescate, lo cual proporciona una ventaja frente al uso de parches transdérmicos de buprenorfina.
Los resultados clínicos mejorando de manera abismal la experiencia quirúrgica del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Covarrubias-Gómez A. Indicadores de calidad en la práctica de la anestesiología. Rev Mex Anest. 2018;41(2):79-82.
2.- Arbonés, E., Montes, A., Riu, M., Farriols, C., & Mínguez, S. (2009). El dolor en los pacientes hospitalizados: Estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 16, 314-322
3.- Sierżantowicz R, Lewko J, Bitiucka D, Lewko K, Misiak B, Ladny JR. Evaluation of Pain Management after Surgery: An Observational Study. Medicina (Kaunas). 2020 Feb 7;56(2):65. doi: 10.3390/medicina56020065. PMID: 32046199; PMCID: PMC7073849.
4.- Pawa, A., King, C., Thang, C., & White, L. (2023). Erector spinae plane block: The ultimate 'plan A' block? British Journal of Anaesthesia, 130(5), 497-502. https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.01.012

DOLOR REFRACTARIO A OPIOIDES EN PACIENTE CON SARCOMA MIOFIBROBLASTICO: REPORTE DE CASO

Autores: Martínez Medina José Roberto
Co autores: Barrera Padilla Itzel. Berenice, Borrego Gastelum Olga Dallanara y Mateos Lopez Viridiana

INTRODUCCION

El dolor oncológico es una complicación frecuente que impacta significativamente la calidad de vida, con prevalencias de hasta 80% en etapas avanzadas (1). El sarcoma miofibroblástico de bajo grado es una neoplasia mesenquimal rara, que representa menos del 1% de los tumores de tejidos blandos, con predilección por cabeza y cuello y predominio en varones en la quinta década de la vida (2). Generalmente se presenta como una masa indolora, con supervivencia a cinco años cercana al 72% cuando se diagnostica y trata oportunamente (3).

MATERIAL Y METODOS

Se presenta el caso de un paciente masculino de 48 años con lesión nodular maxilar izquierda de cuatro años de evolución, inicialmente diagnosticada como fascitis nodular esclerosante y tratada quirúrgicamente. Posteriormente desarrolló recurrencia tumoral con dolor irruptivo neuropático y somático severo (EVA 10/10), confirmándose sarcoma miofibroblástico de bajo grado mediante biopsia. El manejo analgésico incluyó opioides a dosis máximas, rotación de opioide y coadyuvantes sin respuesta, por lo que se realizó neuroablación química del ganglio de Gasser, con mejoría del dolor, además de radioterapia y quimioterapia paliativa.

DISCUSION

El sarcoma miofibroblástico de bajo grado es una entidad poco frecuente y subdiagnosticada, con crecimiento lento pero comportamiento localmente agresivo y alta tasa de recurrencia (1). La localización comúnmente afecta en cabeza y cuello. Aunque suele manifestarse como masa indolora, en este caso se presentó con dolor intenso refractario a opioides, lo que resalta la necesidad de estrategias intervencionistas. La recurrencia puede alcanzar hasta 44%, con bajo riesgo metastásico (1)

CONCLUSION

El manejo del dolor refractario en pacientes oncológicos con neoplasias raras requiere un enfoque multidisciplinario integral. Las técnicas intervencionistas, como la neuroablación química, representan una herramienta eficaz cuando el tratamiento farmacológico convencional resulta insuficiente. Este caso resalta la importancia de integrar estrategias de algología intervencionista para mejorar el control del dolor, el confort y la calidad de vida del paciente oncológico complejo.

BIBLIOGRAFIA

1) *Gómez-Oliveira, G., Arribas-García, I., Serrano Alvarez-Buylla, A., Sánchez-Burgos, R., Martínez-Pérez, F., & Álvarez-Flores, M. (2015). Low-grade myofibroblastic sarcoma. Two rare tumors in two rare locations. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 37(2), 108–112. https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2013.04.004*
2) Kim, J.-H., Choi, W., Cho, H. S., Lee, K. S., Park, J. K.-H., & Kim, B.-K. (2021). *Surgical treatment and long-term outcomes of low-grade myofibroblastic sarcoma: A single-center case series of 15 patients*. World Journal of Surgical Oncology, 19, Article 339. https://doi.org/10.1186/s12957-021-02454-5
3) Schwerzmann, M. C., Dettmer, M. S., Baumhoer, D., Iizuka, T., & Suter, V. G. A. (2022). *A rare low-grade myofibroblastic sarcoma in lower jaw with the resemblance to benign lesions*. BMC Oral Health, 22, Article 380. https://doi.org/10.1186/s12903-022-02381-1

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD N°14 "ADOLFO RUIZ CORTINES"

MANEJO DEL DOLOR DE NEUROBLASTOMA OLFATORIO REPORTE DE CASO

Escribano Santos Karime de los Angeles 1
Chavez Ochoa Luis Arturo 1
Iberias Enciso Idalia Azucena 2
1. Estudiante de segundo año de residencia en Anestesiología Universidad Veracruzana.
2. Alta especialidad en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa UMAE 14.



Imagen 1.1 TAC simple coronal.

Introducción: El estesioneuroblastoma o neuroblastoma olfatorio es una neoplasia que se origina en el epitelio neuronal del tracto olfatorio, representa hasta el 6 % de los tumores nasosinusales, requiere un abordaje multidisciplinario como la resección craneofacial abierta y radioterapia, sin embargo, no todos los tumores son candidatos para una ablación, una alternativa que mejora la calidad de vida es la terapia intervencionista a través del bloqueo periférico del trigémino para el tratamiento del dolor generado, ya que es uno de los síntomas más frecuentes descritos por los pacientes.

Objetivo. Presentar la eficacia del bloqueo periférico del nervio trigémino en el abordaje del dolor en paciente con estesioneuroblastoma de alto grado.

Materiales y Método.

Imagen 1.2 TAC axial.



Paciente femenino de 52 años que inicia su padecimiento actual con epistaxis intensa, por lo que inicia protocolo de estudio, se realiza toma de biopsia con diagnóstico de neoplasia de células pequeñas, redondas y azules compatibles con neuroblastoma olfatorio que ocupa la totalidad de fosa nasal derecha y coana ipsilateral con bordes irregulares, fue valorada por neurocirugía que comenta no es candidata al abordaje quirurgico y es enviada a radioterapia con inicio de 25 sesiones de 50 GY con persistencia de actividad tumoral. Posteriormente inicia quimioterapia por 11 ciclos con esquema de Docetaxel + Gencitamine con suspensión de tratamiento por recidiva. Actualmente ha recibido 5 ciclos de Paclitaxel-Carboplatino. Es referida a cuidados paliativos donde describe presencia e incremento de dolor intracraneal acompañado de parestesias, limitación de apertura bucal, perdida dental superior de ambos lados y dolor en la lengua además de rinorrea hialina, por consiguiente, se ofrece terapia intervencionista a través del bloqueo periférico del trigémino guiado por ultrasonido.

Resultados y Técnica de bloqueo: Se realiza el escaneo previa asepsia y antisepsia. Utilizando el transductor lineal transversalmente sobre el borde orbital se identifica el agujero supraorbitario hasta la rotura hipoecoica del foramen donde se aplica la dosis, se recoloca en plano sagital junto al pliegue nasal hasta identificar el agujero infraorbitario y se realiza la administración, para identificar el agujero mentoniano se coloca transversalmente sobre la porción inferior de la mandíbula a la altura del segundo premolar en dirección cefálica hasta la ruptura hipoecoica donde se realiza la aplicación de la dosis, la administración del fármaco en sus dosis fue aplicado con aguja de calibre 27 con Ropivacaína 0.25% y acetato de metilprednisolona 20 mg a volumen de 2.5 ml en cada nervio. La paciente refiere mejoría del dolor al tiempo del inicio de acción con adecuada evolución incluso con aumento de apertura oral y disminución de parestesias por un periodo de 3 meses.

Imagen 1.3 Bloqueo supraorbitario.

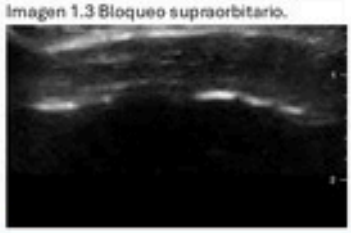
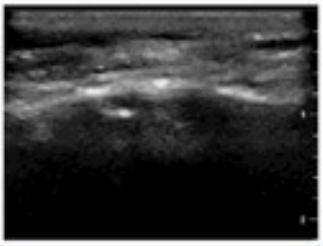


Imagen 1.4 Bloqueo Mentoniano.



Análisis y Conclusiones. El objetivo terapéutico de los pacientes con tumores neuronales de alto grado radica en ofrecer un tratamiento sintomático para mejorar la calidad de vida. La introducción reciente a través del abordaje del ultrasonido con técnicas en bloqueo ofrece una solución segura y eficaz para los pacientes que tienen mal pronóstico. El bloqueo del nervio trigémino guiado por ultrasonido toma relevancia al ser un procedimiento que se puede realizar en la consulta con un abordaje rápido y eficaz que ofrece analgesia y mejoría de otros síntomas asociados por un periodo de hasta 6 meses comprobando eficiencia clínica.

Bibliografía:

1.Da Silva, V. E. B., Buniatti, S. R., Costa, F. D., Torrecillas, M. R., de Oliveira, J. G., & Rassi, M. S. (2022). Case report: Esthesioneuroblastoma involving the optic pathways. Frontiers in Surgery, 9, 875881. https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.875881 || DOI: 10.3389/fsurg.2022.875881

2.Alami, Z., Farhane, F. Z., Bouziane, A., Mhirech, S., Amrani Joutei, S., Hassani, W., & Bouhafa, T. (2022). Management of esthesioneuroblastoma: A retrospective study of 6 cases and literature review. Case Reports in Oncology, 15(1), 176–186. https://doi.org/10.1159/000521736 DOI: 10.1159/000521736

3. Sun, M., Wang, K., Qu, Y., Zhang, J., Zhang, S., Chen, X., ... et al. (2020). Long-term analysis of multimodality treatment outcomes and prognosis of esthesioneuroblastomas: A single center results of 138 patients. Radiation Oncology, 15(1). https://doi.org/10.1186/s13014-020-01667-4

4. Karp, E. E., Van Gompel, J. J., & Choby, G. (2022). Esthesioneuroblastoma (olfactory neuroblastoma): Overview and extent of surgical approach and skull base resection. Journal of Neurological Surgery Reports, 83(3), e80–e82.

