

Dirección, Fuentes científicas	3
--------------------------------------	---

Informes destacados

Reseñas

1 - Eficacia de los Analgésicos no Opioides para Controlar el Dolor Posoperatorio: Un Metanálisis en Red <i>Black L, Jahr J, Carter J y colaboradores</i> BMC Anesthesiology . 2020 Oct;20(1):1-13.....	4
2 - Efectos de las Intervenciones Psicológicas sobre la Ansiedad y el Dolor en Pacientes Sometidos a Cirugía Abdominal Mayor Electiva: una Reseña Sistemática <i>Villa G, Lanini I, Grotto R y colaboradores</i> Perioperative Medicine . 2020 Dec;9(38):1-8.....	6

Originales

3 - Estrategias Analgésicas Multimodales en Traumatismos <i>Harvin J, Albarado R, Kao L y colaboradores</i> Journal of the American College of Surgeons . 2021 Mar;232(3):241-251.....	8
4 - Entrenamiento de Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en Pacientes con Dolor Crónico <i>Norman-Nott N, Wilks C, Gustin S y colaboradores</i> BMJ Open . 2021;11(4):1-8.....	8
5 - Factores de Riesgo de Dolor Agudo Posoperatorio Intenso <i>Schnabel A, Yahiaoui-Doktor M, Pogatzki-Zahn E y colaboradores</i> Pain Reports . 2020 Jul;5(4):1-8	10
Contacto directo	12
Autoevaluaciones de la lectura, Respuestas correctas	13



Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)

Rafael Bernal Castro
Presidente

Programa SIIC de Educación
Médica Continuada (PEMC-SIIC)
Rosa María Hermitte
Directora

Consejo Superior (PEMC-SIIC)

Elías N. Abdala, Miguel Allevato,
Sebastián A. Alvano, Pablo
Bazerque, Daniela Bordalejo,
Oscar Bruno, Carlos Camilo
Castrillón, Juan C. Chachques,
Luis A. Colombato (h), Sixto R.
Costamagna, Carlos Crespo, Carlos
Damin, Jorge Daruich, Eduardo
de la Puente, Raúl A. De Los
Santos, Blanca Diez, Ricardo Drut,
Roberto Elizalde, Miguel Falasco
(h), Germán Falke, Fernando R.
Filippini Prieto, Pedro Forcada, Juan
Gagliardi, María E. Gómez del Río,
Alicides Greca, Vicente Gutiérrez
Maxwell, Alfredo Hirschon Prado,
Roberto Iérmoli, Miguel A. Largaía,
Oscar Levalle, Daniel Lewi, Antonio
Lorusso, Javier Lottersberger,
Olindo Martino†, Jorge Máspero,
Marcelo Melero, José M. Méndez
Ribas, José Milei, Oscar Morelli,
Amelia Musacchio de Zan, Angel
Nadales, Carlos Nery Costa, Beatriz
Oliveri, Tomás Orduna, Domingo
Palmero, Rodolfo S. Pasqualini,
Ricardo Alfredo Pérez de la Hoz,
Daniel L. Piskorz, Eduardo Pro,
Guillermo Roccatagliata, Gonzalo
Rubio, Graciela B. Salis, Oscar D.
Salomón, Ariel Sánchez, Graciela
Scagliotti, Elsa Segura, Norberto A.
Terragno, Roberto Tozzini,
Marcelo Trivi, José Vázquez,
Juan C. Vergottini, Eduardo Vega,
Alberto M. Woscoff, Roberto Yunes,
Ezio Zuffardi.

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

Representante comercial,
Investigación+Documentación S.A.:
Arias 2624 (C1429DXT)
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel.: +54 11 4702 1011
www.siic.salud.com

México, representante comercial:

**Grupo Percano de Editoras
Asociadas**

S.A de CV, Ciudad de México
grupo@percano.mx

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual
en trámite. Hecho el depósito que establece
la ley N° 11723. Los textos que en esta
publicación se editan expresan la opinión
de sus firmantes o de los autores que
redactaron los artículos originales. El editor
y el patrocinador no son responsables por
la exactitud, precisión y vigencia científica
de la información, opiniones y conclusiones
expresadas en su contenido. Trabajos
Distinguidos/Trabalhos Destacados y Temas
Maestros son marcas y procedimientos
internacionalmente registrados por la
Sociedad Iberoamericana de Información
Científica. Prohibida la reproducción total
o parcial por cualquier medio sin previa
autorización por escrito de la Sociedad
Iberoamericana de Información Científica (SIIC).



Información adicional en
www.siic.salud.com

Colección

Temas Maestros

Serie

Algología

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Volumen 1, Número 2,
Octubre 2021

Programa SIIC de Educación Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Comité de Redacción Científica

Ignacio Agudelo	Diego Costa	Néstor López	Gabriela Rocas
Ana Clara Bernal	Carina Elizalde	Daniel Martínez Rubio	Daniela Roisman
Agustín Álvarez Dengra	Iván Fernández Bessone	Marcela Moris	María del Pilar Villa Clavijo
Ricardo Cárdenas	Julieta Finkelstein	Alejo Pérez de la Hoz	Ezequiel Zaidel
Ignacio Ciccarelli	Matías Kunst Michemberg	Graciela Rey	César Zoni

Selección y Supervisión Científica

Daniela Bordalejo	Oscar Levalle	Domingo Palmero	Graciela Scagliotti
Raúl Costamagna	Néstor López	Daniel L. Piskorz	Edgardo Schapachnik
Roberto Elizalde	José Luis Mansur	Graciela Rey	Marcelo Trivi
Pedro Forcada	Nicolás Masquelet	Guillermo Roccatagliata	José Vázquez
Nery Fures	Amelia Musacchio de Zan	Graciela B. Salis	María del Pilar Villa Clavijo
Juan Gagliardi	Tomás Orduna	Ariel Sánchez	Andrés Zubrzycki

Colección Temas Maestros, serie Algología

Fuentes científicas consultadas

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina	Journal of Nervous and Mental Disease
Acta Psiquiátrica Scandinavica Actas Españolas de Psiquiatría	Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry
Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines	Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences
Agencia Sistema de Noticias Científicas (aSNC-SIIC)	Journal of Pediatric Psychology
Alcmeon	Journal of Psychiatry and Neuroscience
American Journal of Medicine	Journal of Psychopharmacology
American Journal of Psychiatry	Journal of Sex Research
American Journal on Mental Retardation (AJMR)	Journal of Studies in Alcohol
Annals of Internal Medicine	Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
Archives of General Psychiatry	Journal of the American Medical Association (JAMA)
Archives of Internal Medicine	Journal of the European College of Neuropsychopharmacology
Archives of Neurology	Journal of the Formosan Medical Association
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	Journal of the Royal Society of Medicine (JRSM)
British Journal of Psychiatry	Kaohsiung Journal of Medical Sciences Lancet
British Medical Journal (BMJ)	Medical Journal of Australia Neurology
Canadian Journal of Psychiatry	New England Journal of Medicine (NEJM)
Canadian Medical Association Journal (CMAJ)	Postgraduate Medical Journal Postgraduate Medicine
Chinese Medical Journal (CMJ)	Psychiatric Annals
Clinical Neuropharmacology Clinical Psychology	Psychiatric Bulletin
Clinical Psychology: Science and Practice	Psychiatric Rehabilitation Journal Psychiatry
Current Opinion in Neurobiology	Psychiatry Research-Neuroimaging
Current Opinion in Psychiatry Depression and Anxiety Drugs	Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience	Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice Psychosomatics
European Neuropsychopharmacology General Hospital Psychiatry	QJM: An International Journal of Medicine
German Journal of Psychiatry	Revista Argentina de Clínica Psicológica
International Clinical Psychopharmacology	Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
International Journal of Psychoanalysis	Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana
International Psychogeriatrics	Salud(i)Ciencia – SIIC
Jornal Brasileiro de Psiquiatría	Schizophrenia Bulletin Science & Medicine
Journal of Anxiety Disorders	Scientific American Southern Medical Journal
Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology	São Paulo Medical Journal
Journal of Clinical Investigation	Tohoku Journal of Experimental Medicine
Journal of Clinical Psychiatry	Trabalhos Distinguidos de Clínica Médica
Journal of Clinical Psychopharmacology	Trabalhos Distinguidos de Factores de Riesgo
Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology	Trabalhos Distinguidos de Salud Mental
Journal of Internal Medicine	Trends in Neurosciences (TINS)

Reseñas y originales de extensión convencional seleccionados de la literatura médica universal, resumidos de forma amplia en aproximadamente dos páginas de extensión.

Los textos se redactan en español sobre la base de las pautas de estilo editorial de los resúmenes SIIC que sintetizamos en los siguientes principios: calidad literaria, brevedad, objetividad y fidelidad a las opiniones de los autores.

Reseñas

1 - Eficacia de los Analgésicos no Opioides para Controlar el Dolor Posoperatorio: Un Metaanálisis en Red

Black L, Jahr J, Carter J y colaboradores

Baudax Bio Inc, Malvern; UCLA, Los Ángeles; Blue Point LLC, Wheaton, EE.UU.

[Efficacy of Non-opioid Analgesics to Control Postoperative Pain: a Network Metaanalysis]

BMC Anesthesiology. 2020 Oct;20(1):1-13

La formulación de meloxicam intravenoso de 30 mg puede proporcionar mayor reducción del dolor posoperatorio, con una seguridad similar o superior a la de otros analgésicos no opioides intravenosos aprobados.

El dolor posoperatorio agudo mal controlado puede tener un impacto significativo en los desenlaces clínicos y económicos, y es un factor de riesgo para el dolor posoperatorio persistente o crónico. Los analgésicos opioides son la base del tratamiento del dolor posquirúrgico moderado a grave y se encuentran entre los agentes más eficaces, pero se asocian con efectos adversos tales como los relacionados con los sistemas respiratorio y gastrointestinal, así como con abuso o dependencia.

Se elaboraron directrices para el tratamiento multimodal del dolor que permiten orientar sobre la reducción de la monoterapia con opioides y de las dosis de estos agentes utilizados para tratar el dolor agudo, sin dejar de proporcionar un tratamiento eficaz del dolor. Este enfoque implica la administración de diversos agentes opioides y no opioides con diferentes modos de acción, lo que da lugar a un efecto sinérgico y aditivo. El objetivo del tratamiento multimodal del dolor es reducir los eventos adversos relacionados con los opioides y sus costos, así como los riesgos de abuso o dependencia a estos fármacos. Los tratamientos farmacológicos no opioides que pueden utilizarse en el régimen multimodal comprenden el paracetamol y los antiinflamatorios no esteroides (AINE). Las normas de práctica clínica recientes recomendaron que, a menos que esté contraindicado, todos los pacientes deben recibir tratamiento reglado con paracetamol o AINE como parte de la analgesia multimodal para el tratamiento del dolor posoperatorio. Cuando los AINE o el paracetamol se incluyen en regímenes de tratamiento con opioides para el alivio del dolor,

se demostró un efecto ahorrador de opioides. El uso intravenoso (IV) de AINE puede lograr un inicio de acción y concentraciones plasmáticas máximas más rápidas, en comparación con los regímenes de tratamiento oral. Los AINE actúan por medio de la inhibición de la producción de prostaglandinas mediante la acetilación de la ciclooxigenasa tipo 1 o tipo 2 (COX-1 y COX-2). El ketorolac, el AINE IV más utilizado, demostró mayor riesgo de toxicidad gastrointestinal y lesiones gastroduodenales. Los AINE que inhiben selectivamente la COX-2 se asocian con menos efectos gastrointestinales; sin embargo, los estudios existentes indicaron que los inhibidores selectivos de la COX-2 se vincularon con mayor riesgo de infarto de miocardio, evento vascular cerebral y muerte.

La *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE.UU. aprobó una formulación de meloxicam IV (MIV) que utiliza una formulación novedosa de nanocristales para el tratamiento del dolor moderado a intenso, solo o en combinación con otros analgésicos. Pertenece a la familia de los oxicam y bloquea la COX-2 en mayor grado que la COX-1, por lo que tiene menos efectos secundarios gastrointestinales, en comparación con los AINE no selectivos, y no interfiere en la función plaquetaria. Su eficacia y seguridad se evaluó en siete ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA) de fase II/III luego de procedimientos que comprendieron la cirugía dental, la histerectomía abdominal, la cirugía de *hallux valgus*, la abdominoplastia y otros procedimientos importantes. Según conocimiento de los autores, dado que estos ensayos no permitieron el uso concomitante de AINE y estuvieron controlados con placebo, el MIV no se comparó con otros analgésicos IV no opioides. Por lo tanto, realizaron un metaanálisis en red para evaluar la seguridad y la eficacia del MIV en relación con otros analgésicos IV no opioides para el dolor posoperatorio moderado a grave.

El estudio se realizó de acuerdo con las directrices *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), *Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions e International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) *task force on Indirect Comparisons and Good Research Practices*.

Métodos

Se realizaron búsquedas en PubMed y Central de ECA (años 2000-2019, adultos) de analgésicos no

opioides IV (AINE IV o paracetamol IV) utilizados para tratar el dolor agudo después de procedimientos abdominales, histerectomía, cirugía de *hallux valgus* u ortopédicos. La búsqueda bibliográfica incluyó publicaciones sobre ECA que informaran sobre la eficacia clínica y la tolerabilidad/seguridad, en pacientes adultos que recibieron tratamiento para el dolor posoperatorio. La búsqueda no tuvo restricciones con respecto al idioma o al país.

Se realizó un metanálisis en red bayesiano con R para agrupar los tamaños del efecto de las comparaciones directas e indirectas. Los tratamientos se clasificaron en función de las diferencias medias estandarizadas en la suma de la diferencia de la intensidad del dolor, desde el inicio hasta las 24 horas del posoperatorio (suma de la diferencia de la intensidad del dolor: SDID 24). Se calculó la probabilidad y la probabilidad acumulada de la clasificación para cada tratamiento y se aplicó la superficie bajo la curva de clasificación acumulada (SUCRA, por su sigla en inglés) para distinguir los tratamientos en función de sus resultados, de modo que los valores de SUCRA más altos indicaron mejores resultados.

Resultados

De los 2313 estudios seleccionados, se incluyeron 27 con 36 observaciones comparativas, lo que produjo una red de tratamiento que incluía los cuatro analgésicos IV no opioides de interés (MIV, ketorolac, paracetamol e ibuprofeno).

El MIV se asoció con la mayor SDID 24 para todas las categorías de procedimientos y comparadores. El orden de los tratamientos con respecto a la eficacia para el resultado del dolor (SDID 24, del mejor al peor) fue MIV, ibuprofeno, ketorolac, otros, paracetamol y placebo. La tabla de clasificación SUCRA indicó que el MIV presentó la mayor probabilidad de ser el tratamiento más eficaz para los procedimientos abdominales (89.5%), la bunionectomía (100%) y la histerectomía (99.8%).

El MIV se asoció con una utilización de equivalente de morfina en miligramos (EMM) significativamente inferior frente a todos los comparadores para los procedimientos abdominales y la histerectomía, y frente al paracetamol en los procedimientos ortopédicos. En los demás casos, los resultados de la utilización de EMM para el MIV fueron, en gran medida, equivalentes o nominalmente mejores que los de otros comparadores. Las excepciones fueron el ibuprofeno para cirugía de *hallux valgus* e histerectomía, y el ketorolac para cirugía de *hallux valgus* y ortopedia. Las probabilidades de eventos adversos relacionados con los opioides fueron significativamente superiores para todos los comparadores frente al MIV en los procedimientos ortopédicos (efectos adversos gastrointestinales) y en la histerectomía (efectos adversos respiratorios). Las excepciones fueron el ketorolac para los procedimientos de histerectomía (efectos adversos gastrointestinales) y ortopédicos

(efectos adversos respiratorios), y el paracetamol para la abdominoplastia (efectos adversos respiratorios y gastrointestinales), la cirugía de *hallux valgus* (efectos adversos respiratorios y gastrointestinales) y los procedimientos ortopédicos (efectos adversos respiratorios).

Discusión y conclusión

Comentan los autores que el presente estudio evaluó la seguridad y la eficacia del MIV en relación con otros analgésicos no opioides IV para el tratamiento del dolor posoperatorio moderado a grave, mediante la realización de un metanálisis en red. Los resultados asociados con el dolor, los EMM y los eventos adversos relacionados con los opioides (respiratorios y gastrointestinales) se compararon indirectamente con los analgésicos IV no opioides, como el paracetamol, el ibuprofeno y el ketorolac.

El estudio actual demostró que, entre los pacientes que informaron dolor posoperatorio moderado a grave, el MIV fue superior en la reducción del dolor para la abdominoplastia, la cirugía de *hallux valgus* y la histerectomía, en comparación con el paracetamol, el ibuprofeno y el ketorolac. En la reducción de EMM, el MIV fue superior o equivalente a todos los comparadores y entre todas las categorías de procedimientos, excepto el ibuprofeno en la cirugía de *hallux valgus* e histerectomía, y el ketorolac en la cirugía de *hallux valgus* y ortopedia. Por último, el MIV redujo las probabilidades de eventos adversos relacionados con los opioides en la mayoría de las comparaciones, excepto el ketorolac para los procedimientos de histerectomía (efectos adversos gastrointestinales) y ortopédicos (efectos adversos respiratorios), y el paracetamol para la abdominoplastia (efectos adversos respiratorios y gastrointestinales), la cirugía de *hallux valgus* (efectos adversos respiratorios y gastrointestinales) y los procedimientos ortopédicos (efectos adversos respiratorios).

Este estudio tiene varias limitaciones. Entre ellas, que en los resultados evaluados no se controlaron los efectos dependientes de la dosis, ya que no había un número suficiente de artículos para estratificar por dosis y considerar la variación en las dosis.

Los resultados deben interpretarse con precaución debido a la naturaleza indirecta de las comparaciones con los analgésicos no opioides IV aprobados. No obstante, estos resultados sugieren que el MIV 30 mg puede proporcionar mejor reducción del dolor, con una seguridad similar o superior a la de los analgésicos no opioides aprobados.

En conclusión, el MIV 30 mg puede proporcionar mejor reducción del dolor, con una seguridad similar o superior, en comparación con otros analgésicos no opioides IV aprobados. No obstante, se debe tener precaución al interpretar estos hallazgos, ya que todas las comparaciones con MIV fueron indirectas.

2 - Efectos de las Intervenciones Psicológicas sobre la Ansiedad y el Dolor en Pacientes Sometidos a Cirugía Abdominal Mayor Electiva: una Reseña Sistemática

Villa G, Lanini I, Grotto R y colaboradores

University of Florence, Florencia, Italia

[Effects of Psychological Interventions on Anxiety and Pain in Patients Undergoing Major Elective Abdominal Surgery: a Systematic Review]

Perioperative Medicine. 2020 Dec;9(38):1-8

Las intervenciones psicológicas perioperatorias (como las terapias cognitivo conductuales, las técnicas de relajación, las intervenciones basadas en la atención plena, la hipnosis, las estrategias de afrontamiento y la medicina narrativa) demostraron ser eficaces para mejorar la ansiedad y el dolor de los pacientes y ser técnicamente viables y aplicables durante la cirugía abdominal y urológica.

El enfoque adecuado del dolor posoperatorio permite reducir las respuestas desadaptadas al estrés quirúrgico y las complicaciones posquirúrgicas como el dolor, la fatiga, la depresión y la convalecencia prolongada. Los enfoques actuales basados en intervenciones multimodales y multidisciplinarias demostraron ser la estrategia más adecuada para controlar la respuesta al estrés quirúrgico, reducir las complicaciones y mejorar la calidad de vida posoperatoria a corto y largo plazo. Los factores no físicos del paciente antes de la cirugía, en particular la ansiedad, la depresión y las actitudes catastróficas, se asociaron significativamente con las complicaciones posoperatorias, las alteraciones en la recuperación posoperatoria y el aumento de la tasa de reinternaciones, y pueden influir directamente en la respuesta neuroendocrina e inflamatoria al estrés quirúrgico. El vínculo fisiopatológico entre los factores psicológicos o psicosociales y los desenlaces quirúrgicos es ampliamente reconocido. Las intervenciones psicológicas podrían tener un efecto positivo en la percepción preoperatoria de las emociones, la cognición y las conductas del paciente y, en consecuencia, en los desenlaces quirúrgicos. Diversos estudios indicaron que las intervenciones psicológicas pueden interactuar con la fisiopatología de la respuesta al estrés quirúrgico, tales como la reparación de la herida, la inmunidad innata y adaptativa, la inflamación, la percepción del dolor y el estado de ánimo de los pacientes.

El objetivo de esta reseña sistemática fue resumir los efectos de las intervenciones psicológicas perioperatorias sobre el dolor quirúrgico o la ansiedad en pacientes adultos programados para una cirugía abdominal o urológica electiva.

Métodos

Se llevó a cabo una revisión sistemática de acuerdo con las directrices *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), con la inclusión solamente de los ensayos clínicos controlados y los estudios de observación que comprendieron intervenciones psicológicas para pacientes adultos programados para una cirugía general abdominal y urológica electiva. Solo se

incluyeron en la reseña sistemática los estudios que informaron sobre el dolor o la ansiedad entre los criterios principales de valoración. No se definió un tiempo mínimo de seguimiento. El análisis se limitó a aquellas intervenciones psicológicas que se consideraron aplicables durante el enfoque perioperatorio de pacientes de cirugía abdominal. Se tomaron en cuenta las siguientes intervenciones psicológicas: 1) técnicas de relajación, 2) terapias cognitivo conductuales, 3) técnica de meditación de atención plena (*mindfulness*), 4) medicina narrativa, 5) hipnosis y 6) estrategias de afrontamiento. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas *Cochrane Register of Controlled Trials*, PubMed, Embase, PsycINFO y CINAHL de los estudios publicados en inglés, desde enero de 2000 hasta diciembre de 2019. Los siguientes datos se extrajeron de los artículos seleccionados mediante una hoja de cálculo uniforme: identificadores del estudio, métodos, intervenciones examinadas y desenlaces quirúrgicos.

Resultados

Se examinaron 2174 artículos. Entre ellos, 9 estudios se consideraron elegibles para su inclusión en esta reseña sistemática, con un total de 1126 pacientes. Ocho fueron ensayos controlados aleatorizados y el restante, un estudio de observación prospectivo anterior a las intervenciones y posterior a estas. De los 1126 pacientes, 398 (35.3%) fueron hombres, mientras que 728 (64.7%) fueron mujeres; la edad promedio fue de 52.9 años. Solo 6 de los 9 estudios describieron el porcentaje de pacientes sometidos a cirugía oncológica; de los 835 pacientes de esos 6 estudios, ese porcentaje fue de 36.3%. La mayoría de los trabajos identificados en esta reseña sistemática se basaron principalmente en medidas subjetivas del dolor, como las escalas de calificación analógica visual o numéricas. Solamente dos estudios evaluaron los efectos de intervenciones psicológicas sobre el dolor perioperatorio por medio de mediciones objetivas, por ejemplo, las necesidades de analgésicos.

No se identificaron investigaciones dirigidas específicamente a evaluar el efecto de las intervenciones basadas en la técnica de meditación de atención plena (*mindfulness*) o en la medicina narrativa sobre la ansiedad y el dolor perioperatorios.

De los nueve estudios incluidos en la reseña, cinco demostraron una reducción estadísticamente significativa del dolor perioperatorio debido a las terapias psicológicas; en un trabajo, las terapias psicológicas no se asociaron con mejoría en el tratamiento del dolor perioperatorio. Seis estudios demostraron una reducción estadísticamente significativa de la ansiedad perioperatoria debido a las terapias psicológicas; en dos trabajos, las terapias psicológicas no se asociaron con una mejoría en el tratamiento de la ansiedad perioperatoria.

Discusión y conclusión

Indican los autores que en esta reseña sistemática se resumieron los efectos de las intervenciones

psicológicas perioperatorias (como las terapias cognitivo conductuales, las técnicas de relajación, las intervenciones basadas en la técnica de meditación de atención plena, la hipnosis, las estrategias de afrontamiento y la medicina narrativa) sobre el dolor quirúrgico o la ansiedad, en pacientes adultos programados para una cirugía general o urológica electiva. Diversos estudios demostraron que los factores psicológicos o psicosociales preoperatorios del paciente interactúan directamente con los mecanismos fisiopatológicos implicados en la respuesta al estrés quirúrgico, con influencia potencial en la reparación de la herida, la inmunidad innata y adaptativa, la inflamación, la percepción del dolor y el estado de ánimo. En la presente reseña se describió el modo en que las intervenciones psicológicas pueden influir en el dolor o la ansiedad de los pacientes sometidos a cirugía abdominal electiva, mediante la interacción con los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la respuesta neuroendocrina e inflamatoria al estrés quirúrgico.

Se demostró que el estrés agudo o crónico, inclusive el estrés perioperatorio relacionado con la cirugía, afecta ampliamente a las vías neuroendocrinas de los pacientes.

Hay pruebas que indican que las terapias psicológicas podrían modular la homeostasis neuroendocrina perioperatoria en pacientes sometidos a cirugía abdominal.

En consonancia con estos resultados, la mayoría de los tratamientos psicológicos examinados en esta reseña parecen ser capaces de aumentar la secreción de hormonas hipotálamicas inhibitorias, como la somatostatina o la dopamina, y disminuir la secreción de hormonas de liberación, como las hormonas liberadoras de tirotrópina y corticotropina y el factor liberador de la hormona de crecimiento. Como consecuencia, los niveles de cortisol disminuyen, mientras que los niveles de beta endorfinas pueden aumentar. Todos estos factores pueden contribuir a mejorar la experiencia del dolor y reducir la ansiedad asociada con los procedimientos quirúrgicos abdominales.

Las características psicológicas influyen ampliamente en los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la respuesta neuroendocrina e inflamatoria del estrés quirúrgico, con potencial interferencia en los desenlaces quirúrgicos. Se demostró que los factores psicológicos o psicosociales del paciente interactúan con la inflamación perioperatoria (por ejemplo, la expresión de citoquinas) y, por lo tanto, con la reparación de la herida y la percepción del dolor. Las interacciones entre los tratamientos psicológicos y la fisiopatología de la respuesta al estrés quirúrgico podrían explicar por qué estos tratamientos se asociaron con la reducción del dolor perioperatorio, la ansiedad y los requerimientos de los tratamientos farmacológicos.


Según conocimiento de los autores, la suya es la primera reseña sistemática que se centra en los efectos de los tratamientos psicológicos sobre el dolor y la ansiedad quirúrgicos en pacientes sometidos a cirugía

abdominal o urológica electiva. Los resultados de esta reseña fueron generalmente congruentes con los obtenidos en estudios con pacientes sometidos a cirugía ortopédica o cardíaca.

En conclusión, una respuesta inadaptada al estrés quirúrgico influye negativamente sobre los desenlaces perioperatorios. Las características psicológicas influyen ampliamente en los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la respuesta neuroendocrina e inflamatoria al estrés quirúrgico, con interferencia potencial en la reparación de heridas, la inmunidad innata y adaptativa, la inflamación, la percepción del dolor y el estado de ánimo.

Las intervenciones psicológicas perioperatorias (como las terapias cognitivo conductuales, las técnicas de relajación, las intervenciones basadas en la atención plena, la hipnosis, las estrategias de afrontamiento y la medicina narrativa) demostraron ser eficaces para mejorar la ansiedad y el dolor de los pacientes, y ser técnicamente viables y aplicables de manera realista durante la cirugía abdominal y urológica. Su influencia en los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a la respuesta inadaptada de estrés quirúrgico podría ser la responsable de los efectos positivos en los desenlaces quirúrgicos de los pacientes, como el dolor y la ansiedad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resic.php/168389

 Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

Originales destacados

3 - Estrategias Analgésicas Multimodales en Traumatismos

Harvin J, Albarado R, Kao L y colaboradores

Journal of the American College of Surgeons. 2021
Mar;232(3):241-251

Desde hace décadas, el tratamiento con opioides representa un pilar decisivo en pacientes que han sufrido traumatismos; sin embargo, el uso de opioides después de lesiones traumáticas puede ser un precursor de dependencia a estos fármacos. En los últimos 20 años, el 75% de los pacientes que buscaron tratamiento por adicción a la heroína tenían antecedente de exposición de analgésicos de este tipo. La incidencia estimada de utilización persistente de opioides —en pacientes que no consumían estos agentes— después de cirugías menores y mayores, es cercana al 6%, pero de hasta el 24% luego de intervenciones quirúrgicas particulares. Las muertes relacionadas con el uso de opioides son, actualmente, más frecuentes que las muertes por accidentes automovilísticos.

En 2013, algunos grupos de anestesiólogos y cirujanos introdujeron protocolos de analgesia con ahorro de opioides (*opioid-minimizing, multimodal pain regimen* [MMPR]). En estos programas se utilizan clases diferentes de fármacos para el dolor, con el uso de opioides a demanda. La implementación de los protocolos MMPR se asoció con una reducción aproximada del 40% en el uso de equivalentes de morfina en miligramos (EMM) por día y con desaparición virtual de la analgesia controlada por el paciente con opioides por vía parenteral. Sin embargo, si bien la aplicación de estrategias MMPR fue exitosa para disminuir la utilización de opioides en pacientes con traumatismos, los protocolos incluyen agentes más costosos, como pregabalina, celecoxib y paracetamol por vía intravenosa, en relación con el perfil más favorable de efectos adversos y el perfil farmacológico.

Como consecuencia de los costos, los profesionales optaron por elegir fármacos genéricos, más económicos. El *Multi-modal Analgesic Strategies for Trauma* (MAST) es un estudio que se realizará en una única institución, de grupos paralelos, aleatorizado y controlado, destinado a comparar la eficacia del protocolo original MMPR y de estrategias más económicas y más ahorradoras de opioides en adultos con traumatismos. Específicamente, se analizará la hipótesis de que el protocolo original MMPR se asociaría con menor consumo de opioides en comparación con las versiones con genéricos, en términos de la utilización de EMM por día. El estudio se realizará en el *Red Duke Trauma Institute* (RDTI) del *Memorial Hermann Hospital-Texas Medical Center*, uno de los centros para la asistencia de pacientes con traumatismos en Houston, Texas.

Se analizarán todos los pacientes de 16 años o más internados en el RDTI; en el momento de la internación serán reclutados y asignados a algún esquema MMPR. El criterio principal de valoración será el uso de opioides, como EMM por día. Los criterios secundarios de valoración consisten en los puntajes de dolor, los días con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, la duración de la internación en el hospital y en unidades de cuidados intensivos, la incidencia de complicaciones relacionadas con el uso de opioides, los costos hospitalarios y farmacéuticos y la incidencia de alta con prescripción de opioides. Las comparaciones entre los grupos se realizarán con métodos bayesianos.

Se analizarán dos estrategias analgésicas. En relación con el uso de inhibidores centrales de la prostaglandina se utilizarán paracetamol 1 g por vía intravenosa u oral cada 6 horas, durante 24 horas y, luego, paracetamol 1 g por vía oral cada 6 horas en la estrategia 1, y paracetamol 1 g por vía oral cada 6 horas en la estrategia 2.

En términos de los inhibidores de la ciclooxigenasa, la estrategia 1 consiste en el uso de ketorolac 30 mg por vía intravenosa en una única aplicación en sala de guardia, celecoxib 200 mg por vía oral cada 6 horas y, luego, naproxeno por vía oral en dosis de 500 mg cada 12 horas, mientras que la estrategia 2 consiste en el uso de ketorolac 30 mg por vía intravenosa (una aplicación en sala de guardia) y, luego, naproxeno 500 mg por vía oral cada 12 horas. En la estrategia 1 se incluye el uso de un agonista débil de los receptores mu (tramadol 100 mg por vía oral cada 6 horas), mientras que en la estrategia 2 no se usa ningún fármaco de este tipo. Las dos estrategias difieren también en el uso de gabapentinoides y anestésicos locales, y en la analgesia de rescate.

El objetivo del presente estudio será determinar la eficacia de dos estrategias analgésicas multimodales en la reducción de la exposición intrahospitalaria a opioides en adultos internados por traumatismos. Se compararán la eficacia y la seguridad de los distintos esquemas analgésicos.

 Información adicional en
www.sicisalud.com/dato/resiic.php/166653

4 - Entrenamiento de Habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en Pacientes con Dolor Crónico

Norman-Nott N, Wilks C, Gustin S y colaboradores

BMJ Open. 2021;11(4):1-8

El dolor crónico es una entidad prevalente que afecta aproximadamente a uno de cada cinco adultos de la población general. Este trastorno está vinculado

con componentes sensoriales y factores afectivos. Se ha demostrado que los estados emocionales juegan un papel clave en la aparición, el mantenimiento, la evaluación y el tratamiento del dolor crónico. La desregulación emocional que padecen los sujetos con dolor crónico genera un círculo vicioso de discapacidad crónica, disminución de la calidad de vida y sufrimiento emocional. Estudios indican que existe un vínculo neurobiológico entre la desregulación emocional y el dolor crónico. La terapia cognitivo conductual (TCC) se usa en pacientes con dolor crónico, pero su efecto es modesto o nulo sobre la intensidad del dolor o el estado de ánimo, en comparación con los controles activos. Esto se debería a que la TCC no aborda las dificultades en la regulación emocional asociadas con el dolor crónico. Se ha propuesto que enseñarle al paciente habilidades para la regulación emocional puede ser eficaz para manejar el dolor crónico. La terapia dialéctica conductual (TDC) es un tipo específico de TCC que ayuda a las personas a lidiar con síntomas emocionales negativos. Estudios preliminares indican que la TDC reduce la desregulación emocional y la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico. Esta terapia puede ser administrada de forma remota mediante Internet, por lo tanto, tiene la ventaja de ser más accesible para personas que viven en comunidades remotas, que tienen limitaciones físicas para el tratamiento de manera presencial, o en situaciones de pandemia como la de enfermedad por coronavirus 2019 en la que, por motivos de seguridad, se restringe el contacto cara a cara con el paciente. Se necesitan estudios que confirmen la eficacia de la TDC administrada mediante Internet (TDCi) en pacientes con dolor crónico.

El objetivo principal del presente informe, que utilizará un protocolo de estudio de diseño experimental de caso único (DECU), con múltiples líneas de base, es evaluar la eficacia de la intervención de TDCi durante 4 semanas para reducir la desregulación emocional y la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico. Además, se analizará si esta intervención mejora el estado psicológico, la calidad del sueño y el bienestar, y evita daños.

La eficacia de la TDCi se evaluará mediante un DECU simultáneo y aleatorizado con múltiples líneas de base entre los participantes, que constará de una fase de inicial, una fase de intervención y una fase de seguimiento (mantenimiento). Se reclutará a tres personas adultas con dolor crónico de cualquiera tipo. Los participantes serán evaluados repetidamente en al menos una variable dependiente a lo largo de las 3 fases del estudio. El DECU es un tipo de estudio utilizado de forma frecuente para evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas para el dolor crónico, ya que se adapta a la heterogeneidad y la gran variabilidad interindividual característica de la población con dolor crónico. Además, se ha sugerido que un DECU con múltiples líneas de base, aleatorizado y controlado, es similar a un ensayo controlado aleatorizado. El poder de los DECU no deriva del número de participantes, sino del número de medidas repetidas en las fases del estudio. En el presente análisis, los 3 participantes

serán asignados al azar a uno de tres niveles diferentes en la fase inicial. Estos niveles iniciales diferirán en términos de duración en días para permitir el tiempo adecuado para la estabilización (5, 9 y 12 días). Inmediatamente después de la fase inicial comenzará la fase de intervención de TDCi, que constará de sesiones de entrenamiento de habilidades y la aplicación de habilidades. Los participantes recibirán seis sesiones de TDCi basadas en el protocolo desarrollado por Wilks y col., pero modificado para la población con dolor crónico, que durarán de 60 a 90 minutos y serán impartidas por un psicólogo vía Zoom, con un intervalo de 4 a 5 días, durante 4 semanas. Para reforzar las habilidades impartidas, los participantes tendrán acceso ilimitado a una aplicación Web diseñada con este fin. Estas sesiones abordarán las habilidades de atención plena, regulación emocional y tolerancia a la angustia. Finalizada la fase de intervención, los pacientes serán seguidos durante 7 días para mantener las habilidades aprendidas durante las sesiones de TDCi; en ese período continuarán con el acceso a la aplicación. El criterio de valoración primario será la regulación emocional, que se medirá utilizando la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS). El criterio de valoración secundario será la intensidad del dolor, que se medirá mediante la escala visual analógica (EVA). Además, se utilizarán medidas de generalización para evaluar cambios relevantes adicionales en el comportamiento de los participantes que puedan atribuirse a la intervención. Las medidas de generalización se evaluarán al inicio y al final de estudio con cuestionarios psicológicos validados referidos al bienestar, la ansiedad, el sueño, el afrontamiento y la prevención de daño. Al finalizar la intervención de 4 semanas, se pedirá a los participantes que informen acerca de la experiencia, la utilidad, la viabilidad y el grado de satisfacción con el tratamiento.

Los criterios de valoración primarios y secundarios se analizarán por separado, utilizando análisis visuales y estadísticos. Las medidas de generalización serán evaluadas con el índice de cambio confiable para investigar la confiabilidad del cambio antes de la intervención y después de esta.

Los estados emocionales negativos tienen un papel preponderante en el dolor crónico. Estudios preliminares apoyan el uso de TDC para tratar el dolor crónico y sus comorbilidades, como ansiedad y síntomas depresivos. Investigaciones como la presente servirán para confirmar la utilidad o no de la TDC para reducir la intensidad del dolor y la desregulación emocional en pacientes con dolor crónico. Para lograr esto se utilizará un DECU con múltiples líneas de base concurrente y aleatorizado, que es apropiado para investigar los efectos del tratamiento en poblaciones pequeñas o muy heterogéneas, como la población con dolor crónico. Además, un diseño de DECU es más factible y más apropiado que un estudio de grupo grande para validar los resultados de ensayos preliminares que han demostrado la eficacia del tratamiento con TDC para el dolor crónico.

5 - Factores de Riesgo de Dolor Agudo Posoperatorio Intenso

Schnabel A, Yahiaoui-Doktor M, Pogatzki-Zahn E y colaboradores

Pain Reports. 2020 Jul;5(4):1-8

El dolor posoperatorio es una afección frecuente que, a pesar de los esfuerzos y la enorme cantidad de pautas desarrolladas para su tratamiento en su forma aguda, todavía no se logra controlar de forma adecuada en todos los casos. Los pacientes que manifiestan dolor intenso inmediatamente después de la cirugía tienen mayor riesgo de complicaciones posoperatorias y dolor posoperatorio crónico. La respuesta al dolor y a los analgésicos varía entre pacientes e influye en el abordaje del dolor posoperatorio. Estas diferencias individuales permiten explicar por qué un determinado tratamiento del dolor posoperatorio puede ser eficaz en algunos casos y no en otros. La epidemia de opioides agrava aún más la problemática de la falta de control eficaz y seguro del dolor posoperatorio. Estudios recientes indican que existen factores preoperatorios que permiten pronosticar el riesgo del control deficiente del dolor posoperatorio.

El objetivo del presente estudio fue determinar factores de riesgo de dolor posoperatorio intenso (≥ 7 puntos en la escala de calificación numérica [ECN]), analizar la relación de cada factor de riesgo identificado con otras medidas de resultado informadas por los pacientes, y desarrollar un modelo para predecir un mal resultado del dolor posoperatorio.

Se analizaron los datos de 50 005 pacientes mayores de 18 años hospitalizados, incluidos en el proyecto multicéntrico internacional de registro de dolor agudo posoperatorio PAIN OUT. La percepción de los pacientes sobre el abordaje del dolor posoperatorio se evaluó mediante el cuestionario de resultado internacional del dolor (IPO, por su sigla en inglés). Este analiza la intensidad del dolor, la interferencia funcional del dolor, las experiencias afectivas relacionadas con el dolor, los efectos secundarios de los analgésicos y la percepción del cuidado. Además, se registraron las características clínicas y demográficas de los pacientes. Los participantes fueron reclutados en 76 hospitales de 26 países, entre enero de 2011 y julio de 2015. Para el presente análisis se valoraron las características del paciente, el consumo preoperatorio de opioides, la duración de la cirugía y el país de reclutamiento, las respuestas del cuestionario IPO y los resultados posoperatorios relacionados con el dolor informados por el paciente (la mayor intensidad del dolor desde la cirugía, el porcentaje de tiempo pasado con dolor intenso, el deseo de haber recibido más tratamiento y la interferencia del dolor con las actividades en la cama y fuera de ella). Los datos fueron divididos de forma aleatoria en un grupo de prueba (2/3; $n = 33\ 667$) y un grupo de validación (1/3; $n = 16\ 338$). Primero, se realizó una regresión logística binaria dentro del grupo de prueba para determinar los factores de riesgo más importantes de dolor posoperatorio intenso. Se examinó la asociación de cada factor identificado con

otras medidas de resultado posoperatorio relacionadas con el dolor, informadas por el paciente. Los factores de riesgo determinados se resumieron para elaborar un puntaje de riesgo simple dentro del grupo de validación. Cada factor de riesgo se calificó como 1 y se sumó para obtener una cifra (de 0 a 8) para el riesgo del individuo de manifestar dolor intenso. Se analizó la especificidad y sensibilidad del modelo desarrollado para distinguir entre los pacientes con alto y bajo riesgo de un mal resultado de dolor posoperatorio. Además, se creó un puntaje simplificado de riesgo de dolor posoperatorio intenso basado en 4 factores de riesgo preoperatorios fáciles de evaluar y, por lo tanto, pueden utilizarse sin ninguna herramienta de evaluación psicológica preoperatoria. Los *odds ratio* (OR) fueron calculados con intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

No se observaron diferencias en las características demográficas y clínicas entre el grupo de prueba y la cohorte de validación. Sin embargo, en toda la población de estudio hubo diferencias significativas en el número de pacientes con dolor posoperatorio intenso entre los países de los centros de reclutamiento.

El análisis dentro del conjunto de datos de prueba demostró que el sexo femenino (OR: 1.433; IC 95%: 1.109 a 1.488), la edad más joven (< 54 años, OR: 1.277; IC 95%: 1.105 a 1.476), el país del centro de reclutamiento (OR: 1.916; IC 95%: 1.598 a 2.300), la ubicación del dolor crónico preoperatorio (dolor crónico preoperatorio en el lugar de la cirugía, OR: 1.195; IC 95%: 1.024 a 1.394), la ingesta preoperatoria de opioides (OR: 1.250; IC 95%: 1.092 a 1.543), la duración de la cirugía (> 90 minutos, OR: 1.308; IC 95%: 1.049 a 1.402) y el mayor nivel de ansiedad (OR: 1.239; IC 95%: 1.133 a 1.220) e impotencia debido al dolor (OR: 1.198; IC 95%: 1.140 a 1.218), fueron los factores de riesgo más relevantes para el dolor posoperatorio intenso en el primer día después de la cirugía. El factor de riesgo más importante para el dolor posoperatorio intenso fue el país donde se realizó la cirugía.

Dentro de la cohorte de validación, se observó que los pacientes con 3 o más factores de riesgo tenían más posibilidades de experimentar dolor posoperatorio intenso que aquellos con menos de 3 factores de riesgo. El área bajo la curva (ABC) de 0.704 (IC 95%: 0.695 a 0.713; $p < 0.001$) reveló un nivel moderado de predicción. Los pacientes con dolor posoperatorio intenso informaron mayor interferencia del dolor con las actividades en la cama y fuera de ella, con una correlación de Pearson de 0.480 y 0.463, respectivamente. Además, los sujetos con 3 o más factores de riesgo pasaban más tiempo con dolor intenso y deseaban haber recibido más tratamiento para el dolor ($p < 0.001$). De acuerdo con estos análisis, la aparición de 3 o más factores de riesgo podría distinguir entre pacientes de alto riesgo y de bajo riesgo de mal resultado de dolor posoperatorio relacionado con diferentes resultados posoperatorios vinculados con el dolor autoinformados. El porcentaje de pacientes con 3 o más factores de riesgo dentro del grupo de prueba

y de la cohorte de validación fue similar. La sensibilidad y especificidad del modelo desarrollado fue de 0.666 y 0.641, en el mismo orden, lo que representa un valor predictivo moderado.

El puntaje de riesgo simplificado, basado en 4 factores de riesgo preoperatorio (edad, dolor crónico preoperatorio, sexo femenino e ingesta preoperatoria de opioides), que se desarrolló demostró un nivel de predicción levemente más bajo, pero todavía moderado (ABC: 0.607, IC 95%: 0.601 a 0.613, $p < 0.001$), para un mal resultado de dolor posoperatorio.

Los resultados del presente estudio multicéntrico internacional indican que se puede predecir el riesgo de dolor posoperatorio intenso y otros parámetros de resultado relacionados con el dolor, sobre la base de la edad y el sexo del paciente, la ingesta preoperatoria de opioides, el dolor preoperatorio persistente, sea solo en lugar de la cirugía o en cualquier otro lugar, la duración de la cirugía y el nivel de ansiedad e impotencia relacionada con el dolor. En general, estos resultados concuerdan con los de la bibliografía actual. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, en el presente análisis el índice de masa corporal no estuvo vinculado con el riesgo de dolor posoperatorio intenso. Es importante destacar que el país del centro de reclutamiento fue uno de los factores de riesgo más relevantes para el dolor posoperatorio intenso. Esto reflejaría las discrepancias que existen entre países en lo referido al abordaje del tratamiento del dolor, así como la prevalencia de consumo preoperatorio de opioides, las cuestiones culturales y las expectativas para el dolor en los pacientes que experimentan dolor posoperatorio. La sensibilización preoperatoria al dolor debido al dolor crónico y al consumo de opioides antes de la cirugía, podría ser relevante tanto para el dolor agudo como para el crónico después de la cirugía, y podrían estar conectados entre sí. Se sabe que los factores psicológicos influyen en el dolor posoperatorio, pero en la presente investigación no se analizaron de forma detallada y solo se limitaron al estado de ansiedad e impotencia relacionada con el dolor el día después de la cirugía.


Los factores de riesgo identificados en el presente análisis son, al menos en parte, independientes entre sí, y la sumatoria de estos permite predecir de forma moderada la posibilidad de dolor posoperatorio intenso, el tiempo con dolor intenso y el deseo del paciente de recibir más tratamiento para el dolor. Además, se elaboró un modelo simplificado, que se puede utilizar fácilmente, sin ninguna evaluación psicológica preoperatoria. Esta puntuación de riesgo demostró una previsibilidad aceptable para un mal resultado de dolor posoperatorio.

Los puntajes de riesgo de dolor posoperatorio utilizados en la actualidad son difíciles de usar y, por lo tanto, su aplicación es limitada. Sería importante contar con herramientas confiables y fáciles de utilizar, como la que proponen los autores del presente estudio, para determinar el riesgo de dolor posoperatorio intenso y los resultados clínicos asociados. Esto permitirá anticiparse al problema y abordarlo de forma eficaz y

segura, de manera de evitar las complicaciones y los costos vinculados con el dolor posoperatorio intenso.

El presente análisis identificó factores de riesgo (sexo femenino, edad < 54 años, dolor crónico preoperatorio en el lugar de la cirugía, ingesta preoperatoria de opioides, cirugía > 90 minutos de duración y mayor nivel de ansiedad e impotencia debido al dolor) que sirven para predecir la posibilidad de dolor posoperatorio intenso. Los pacientes que tienen 3 o más de estos factores presentan mayor riesgo de dolor posoperatorio intenso.

 + Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/168392

 + Información adicional en www.siicsalud.com: otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.

Autoevaluaciones de la lectura

Los informes destacados se acompañan con preguntas y diversas opciones de respuestas. Las respuestas correctas debidamente fundamentadas se alojan en sector homónimo de esta misma página.

TM Nº	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuáles afirmaciones con respecto a la formulación de meloxicam intravenoso son verdaderas?	<p>A) Utiliza una formulación novedosa de nanocristales.</p> <p>B) Se utiliza para el tratamiento del dolor moderado a intenso, solo o en combinación con otros analgésicos.</p> <p>C) Pertenece a la familia de los oxicam y bloquea la ciclooxigenasa (COX)-2 en mayor grado que la COX-1.</p> <p>D) Su eficacia y seguridad se evaluó en siete ensayos clínicos controlados aleatorizados de fase II/III luego de procedimientos que comprendieron cirugía dental, histerectomía abdominal, cirugía de <i>hallux valgus</i> y abdominoplastia.</p> <p>E) Todas son correctas.</p>
2	¿Qué efectos tienen las intervenciones psicológicas sobre los desenlaces quirúrgicos al interactuar con la fisiopatología de la respuesta al estrés quirúrgico?	<p>A) Pueden influir en la reparación de la herida y la inflamación.</p> <p>B) Pueden influir en la inmunidad innata y adaptativa.</p> <p>C) Pueden influir en la percepción del dolor.</p> <p>D) Pueden influir en el estado de ánimo de los pacientes.</p> <p>E) Todas son correctas.</p>
3	¿Cuáles son los efectos de los protocolos de analgesia libres de opioides [<i>opioid-minimizing, multimodal pain regimen (MMPR)</i>]?	<p>A) Reducción aproximada del 40% en el uso de equivalentes de morfina (en mg) por día.</p> <p>B) Reducción casi completa de la analgesia controlada por el paciente con opioides por vía parenteral.</p> <p>C) Ambos beneficios.</p> <p>D) Ningún beneficio.</p> <p>E) Depende de la causa del dolor.</p>
4	¿Sobre qué aspecto tienen un papel clave los estados emocionales?	<p>A) La aparición del dolor crónico.</p> <p>B) El mantenimiento del dolor crónico.</p> <p>C) La evaluación y el tratamiento del dolor crónico.</p> <p>D) Todas las respuestas anteriores son correctas.</p> <p>E) Ninguna es correcta.</p>
5	¿Con cuántos factores de riesgo se considera que el riesgo de dolor posoperatorio intenso es elevado?	<p>A) Uno.</p> <p>B) Dos.</p> <p>C) Tres.</p> <p>D) Más de cuatro.</p> <p>E) No hay una cantidad definida.</p>

Respuestas correctas

TM N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Todas son correctas.	Todas las afirmaciones son correctas.	E
2	Todas son correctas.	Diversos estudios indicaron que las intervenciones psicológicas pueden interactuar con la fisiopatología de la respuesta al estrés quirúrgico, tales como la reparación de la herida, la inmunidad innata y adaptativa, la inflamación, la percepción del dolor y el estado de ánimo de los pacientes.	E
3	Ambos beneficios.	En 2013, grupos de anestesiólogos y cirujanos introdujeron protocolos de analgesia libres de opioides [<i>opioid-minimizing, multimodal pain regimen (MMPR)</i>]. En estos programas se utilizan cinco clases diferentes de fármacos para el dolor, con el uso de opioides a demanda. La implementación de los protocolos MMPR se asoció con una reducción aproximada del 40% en el uso de equivalentes de morfina (en mg) por día y con desaparición virtual de la analgesia controlada por el paciente con opioides por vía parenteral.	C
4	Todas las respuestas anteriores son correctas.	Se ha demostrado que los estados emocionales juegan un papel clave en la aparición, el mantenimiento, la evaluación y el tratamiento del dolor crónico.	D
5	Tres.	Según una investigación, los pacientes con 3 o más factores de riesgo de dolor posoperatorio tienen mayor riesgo de dolor posoperatorio intenso.	C