



XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

I Curso Pre-congreso de Investigación Básica en mecanismos de Dolor y su aplicación Clínica

Modos de inervación periférica y naturaleza glutamatérgica de las neuronas aferentes primarias viscerales.

PABLO R. BRUMOVSKY,¹ CARLY MCCARTHY²

¹ CENTER FOR PAIN RESEARCH, DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY, UNIVERSITY OF PITTSBURGH, PITTSBURGH, PA 15213; ² DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF PITTSBURGH, PITTSBURGH.

Desde el descubrimiento de los transportadores vesiculares de glutamato (*VGLUT*), la caracterización fenotípica de las neuronas que sintetizan glutamato en el sistema nervioso ha recibido un fuerte impulso.

Hasta el momento, se han descrito tres tipos de *VGLUT*: 1, 2 y 3. Con la ayuda de la inmunohistoquímica e hibridación *in situ* se ha documentado extensamente en ratas, ratones y conejillos de indias la expresión de estos *VGLUT* en las neuronas sensoriales del ganglio de la raíz posterior (*DRG*) y la médula espinal, particularmente en aquellas que inervan estructuras somáticas tales como la piel.

Sin embargo, pocos estudios se han realizado sobre las neuronas que inervan los órganos viscerales. Durante este seminario presentaremos datos respecto a la expresión de los *VGLUT* en las neuronas sensoriales, autonómicas y entéricas que inervan el colon, el recto y la vejiga del ratón, incluso su coexpresión con el neurotransmisor peptidérgico, el péptido relacionado al gen de la calcitonina (*CGRP*). También explicaremos el rol potencial de los *VGLUT* en la sensibilidad y el dolor visceral.

Si bien se han descrito varios tipos de axones que inervan el colon, el recto y la vejiga en base a su fisiología, aún no queda claro cómo es que sus propiedades electrofisiológicas distintivas se correlacionan con su apariencia anatómica. Por tal razón, hemos abordado este problema mediante la identificación y caracterización electrofisiológica de las fibras que inervan los órganos en cuestión seguido del trazado anterógrado de las mismas. En esta charla también presentaremos datos preliminares acerca del modo de terminación de las neuronas aferentes primarias identificadas electrofisiológicamente, incluso de aquellas que llegan hasta la capa mucosa del órgano de destino.

Efectos analgésicos de la progesterona en un modelo experimental de dolor neuropático central.

SUSANA GONZÁLEZ, MD

E-MAIL: SUGONZA@DNA.UBA.AR

Las injurias o disfunciones del sistema nervioso inducen cambios en la transmisión normal del impulso doloroso, lo que genera dolor neuropático. De hecho, más del 60% de los pacientes con trauma directo de la médula espinal desarrolla dolor crónico de difícil tratamiento. Los resultados que se presentarán en este simposio se centrarán en un modelo animal de lesión espinal que permite explorar las alteraciones neuroquímicas, celulares y moleculares durante el inicio y mantenimiento del dolor neuropático de origen central. Nuestra hipótesis es que parte de estos mecanismos podrían ser un blanco de modulación por esteroides neuroactivos, abriendo la posibilidad de una nueva perspectiva terapéutica. Nuestro laboratorio posee una amplia trayectoria sobre las acciones neuroprotectoras y pro-remielinizantes de la progesterona, considerada un esteroide neuroactivo, luego de una lesión espinal. Recientemente hemos evaluado el rol analgésico de la progesterona luego de la injuria, estudiando la conducta nociceptiva y la expresión de moléculas clave para la neurotransmisión del dolor, como las subunidades del receptor NMDA (NMDAR), la isoforma gamma de la proteína quinasa C (PKC γ), la pre-pro-dinorfina (ppD) y el receptor kappa opioide (KOR). Luego de la lesión espinal, el incremento en la expresión del NMDAR, la PKC γ y la ppD se correlaciona con la generación de la alodinia. El tratamiento con progesterona logró mantener niveles basales de expresión del NMDAR y la PKC γ , con lo cual se logró prevenir el desarrollo de la alodinia mecánica y atenuar la alodinia térmica. Además, la progesterona incrementó la expresión de KOR, que favorecería la analgesia mediada por los elevados niveles de ppD. Nuestros estudios sugieren que la progesterona ejerce un rol modulador sobre los circuitos nociceptivos a nivel espinal y representa una alternativa interesante para el tratamiento del dolor neuropático de origen central.



I Curso Pre-congreso de Investigación Básica en mecanismos de Dolor y su aplicación Clínica

Modelos de dolor crónico en animales: qué aprender acerca de ellos. Desafíos.

CARLOS MAURÍCIO DE CASTRO COSTA, MD, Ms.C., PhD.

E-MAIL: MCASTRO@UFC.BR

Los modelos animales de dolor han sido un instrumento útil en la investigación del dolor con el propósito de traducir los fenómenos de dolor desde los animales a los humanos. Una cuestión importante es la definición de qué tipo de "modelo" se trata. Esa tarea hace frente a importantes dificultades por la variedad de detalles que hay en los modelos como los pertinentes a los sujetos de investigación y sus componentes genéticos, sexuales y ambientales, así como las pruebas de procedimientos. Por otro lado, se deben considerar los diversos y distintos ensayos de dolor según su etiología (nociceptivo, inflamatorio y neuropático) y su nosología. Una importante cuestión es qué medida o parámetro consideramos para la interpretación del síntoma de dolor, sea expresión refleja, comportamientos espontáneos, condicionamiento operante y comportamientos complejos. Los modelos existentes han contribuido, hasta ahora, a la comprensión de mecanismos, patologías y pruebas de drogas. Un análisis polifacético de los modelos animales que representen más fidedignamente la condición patológica humana, es la meta que debe continuar guiando los esfuerzos para sobreponerse a los desafíos de los modelos animales.

Efecto de la administración de células estromales de médula ósea y oligonucleótido IMT504 en animales con compresión crónica del nervio ciático.

FLORENCIA CORONEL, MD.

E-MAIL: MFLORCORONEL@YAHOO.COM.AR

El dolor neuropático es un dolor crónico, severo y discapacitante que carece de tratamientos efectivos; de ahí el interés en evaluar nuevas alternativas terapéuticas.

Las células madre obtenidas de individuos adultos están siendo evaluadas pensando en su posible aplicación para el tratamiento de injurias del sistema nervioso y de enfermedades neurodegenerativas. Las células estromales de médula ósea (CEMO) –fracción celular–, que incluye a las células madre mesenquimáticas (CMM), han despertado gran interés debido a su accesibilidad, relativamente fácil aislamiento y multiplicación *in vitro* y a la posibilidad de obtenerlas a partir de individuos adultos, lo que permite los trasplantes autólogos y elimina las limitaciones de carácter inmunológico o ético. Por otra parte, también es posible inducir la proliferación y movilización de las CMM endógenas, con lo que se evita los procesos de aislamiento y cultivo.

En este trabajo evaluamos la participación de las CEMO en modelos animales de dolor neuropático. Las CEMO fueron aisladas a partir de punciones de médula ósea de rata, multiplicadas *in vitro* y administradas por vía intraganglionar o intravascular en animales con lesión del nervio ciático. También se indujo la proliferación y movilización de las CMM endógenas mediante la administración del oligonucleótido IMT504. Los resultados obtenidos son sumamente interesantes ya que muestran la migración de las CEMO específicamente a los sitios de injuria, la prevención del desarrollo de conductas asociadas al dolor neuropático como la alodinia mecánica y térmica y la modificación de los niveles de expresión de los neuropéptidos tirosina y galanina y del neuromodulador gaseoso óxido nítrico en las neuronas aferentes primarias.

Nuestros resultados aportan datos originales sobre posibles alternativas terapéuticas para el tratamiento del dolor neuropático.





XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

Congreso para Médicos

Psiconeuroinmunoendocrinología de la fibromialgia.

ANDREA LOPEZ MATO, MD.

E-MAIL: ANDREALOPEZMATO@GMAIL.COM.AR

La fibromialgia se incluye dentro del grupo de los síndromes sensitivos disfuncionales junto con el síndrome miofascial, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, síndrome de piernas inquietas, dolor articular temporomaxilar, cistitis intersticial y dismenorrea primaria.

Se revisan los factores etiopatogénicos posibles, factores epidemiológicos, mecanismos fisiopatológicos, presentación de síntomas y signos específicos y actuales marcadores biológicos endocrinológicos, inmunológicos, clínicos y psiquiátricos que permiten realizar diagnósticos diferenciales de otras entidades.

Se presentan varios trabajos de investigación científica argentinos que reportan los datos arriba mencionados, presentados por la autora en el IX Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica.

El mejor conocimiento de estos conceptos permite realizar un diagnóstico correcto y delinear un tratamiento racional y específico; así se evitan interacciones farmacológicas y reacciones adversas no deseadas.

Se revisan las principales bases terapéuticas, comprendidas desde la administración de determinados aminoácidos y minerales, pasando por los antidepresivos específicos, hasta los tratamientos coadyuvantes avalados por la literatura científica actual, conforme a la medicina basada en evidencias.

Experiencia en educación universitaria.

JOSÉ CASTRO LOPES, MD

PROFESOR TITULAR, CÁTEDRA DE HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE PORTO EN PORTO, PORTUGAL.

E-MAIL: MCASTRO@UFC.BR

Muy pocos países tienen una especialización específica o subespecialización en medicina del dolor. Describiré los pasos que llevan a la competencia recientemente establecida en medicina del dolor, oficialmente reconocidos por la Asociación Médica Portuguesa. Además, se han creado dos cursos educativos de postgrado en las Universidades de Oporto (2002) y Lisboa (2005), los que también serán descriptos. La educación en dolor para aquellos no especialistas a nivel de postgrado, es aún escasa y fragmentada. De todos modos, dada la prevalencia de dolor crónico y la naturaleza de las condiciones que llevan a éste, está claro que la vasta mayoría de los pacientes con dolor no pueden (y no deberían) buscar ayuda de un especialista en dolor. Por eso, a fin de reducir la carga que implica el dolor crónico es crucial incrementar el conocimiento de los no especialistas en este campo abandonando del conocimiento médico. Describiré una iniciativa reciente, el Curso Internacional en Medicina del Dolor, orientado a contribuir a llenar esa brecha.



Congreso para Médicos

Resúmenes de Ponencias

Dolor y disfunción del sistema masticatorio Una actualización.

ANTOON DE LAAT, MD

PROFESOR, DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL, UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LOVAINA, BÉLGICA.

E-MAIL: ANTOON.DELAAT@MED.KULEUVEN.AC.BE

Durante las últimas décadas, los desórdenes temporomandibulares (DTM) fueron subclasificados de mejor manera y el concepto etiológico cambió de factores anatómico-oclusales a un modelo biopsicosocial focalizado en la fisiología, aspectos de la conducta, y la importancia del dolor. Concomitantemente, también el manejo de los DTM cambió de la optimización del mal funcionamiento o la mala "mecánica" (desarmonía oclusal, desplazamiento del disco de la articulación temporomandibular) usando férulas oclusales, desintegramos la oclusión, tratamiento "Fase II",...a un abordaje terapéutico más relacionado al comportamiento y lo físico, mientras las férulas oclusales son consideradas un tratamiento adicional para proteger los dientes y para proteger el sistema orofacial durante la noche.

Esta conferencia repasará el abordaje actual en cuanto a la clasificación, los factores etiológicos, los diagnósticos y las estrategias de manejo de los desordenes temporomandibulares y su dolor asociado.

Bases fisiopatogénicas del dolor y la fibromialgia.

FRANCISCO AZZATO, MD.

E-MAIL: AZZATOF@YAHOO.COM.AR

La fibromialgia es una entidad que se caracteriza por dolor musculoesquelético, generalizado, crónico y benigno de origen no articular y la presencia de puntos sensibles o "tender points". El origen de esta enfermedad es desconocido. Se han elaborado numerosas teorías pero en la actualidad no hay ninguna completamente aceptada, aunque parece existir un componente autonómico y otro de sensibilización central. Además, se acompaña de fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño. Tiene una prevalencia del 1 al 5% en la población general y es mucho más frecuente en mujeres que varones (9:1), sobre todo entre los 30 y 60 años.

La fibromialgia presenta trastornos neuroendocrinológicos; se encuentran alteradas las respuestas de los dos mayores sistemas de estrés: el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.

El mecanismo fisiopatológico propuesto más aceptado es la sensibilización central debido a un procesamiento patológico de la información de los nociceptores. La sensibilización aberrante de la médula espinal al dolor mediada por los receptores NMDA justificarían la alodinia e hiperalgesia generalizada de la fibromialgia y la mejoría de los pacientes con el empleo de antagonistas de este receptor.

De acuerdo a los mecanismos patogénicos descritos en los últimos años y que aportan originalidad al tema, se ha demostrado que el aumento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, el aumento de las endorfinas con la disminución de los receptores mu y la disminución del glutamato nos dan pautas para un tratamiento más racional de la fibromialgia. También se describen aquellas entidades relacionadas en un espectro de interrelación y su consecuente carga genética. Asimismo, se hará referencia a una evaluación diagnóstica enfocada en el cuadro clínico y sus antecedentes.





Congreso para Médicos



Resúmenes de Ponencias

Neurobiología del dolor musculoesquelético.

KATHLEEN SLUKA, PhD

PROFESORA DEL PROGRAMA DE POSTGRADO EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE IOWA, IOWA CITY, IOWA, EE.UU.

E-MAIL: KATHLEEN-SLUKA@UIOWA.EDU

El dolor musculoesquelético idiopático es un problema importante que está asociado con dolor generalizado, sensibilidad y fatiga. La Dra. Sluka discutirá las vías supraespinales subyacentes al dolor musculoesquelético inflamatorio y no inflamatorio, y las interacciones entre la fatiga y el dolor. En modelos animales de inflamación muscular o inyecciones de ácido intramusculares repetidas, hay una hiperalgesia muscular y cutánea bilateral que dura por semanas. En el bulbo rostro ventro medial (BRVM), el bloqueo de los receptores NMDA revierte esta hiperalgesia. Es más, hay un incremento de la fosforilación de los receptores NMDA en el BRVM. Más aún, una actividad corporal fatigante, hecha previamente al insulto muscular con ácido o carragenina, incrementa la hiperalgesia secundaria. La actividad fatigante activa las neuronas en los núcleos del rafe caudal (NRO/NRP), y hay un incremento de la fosforilación de los receptores NMDA en estos sitios. El bloqueo de los receptores NMDA en el NRO/NRP durante la actividad fatigante previene este incremento de hiperalgesia inducido por la fatiga. Por ende, sugerimos que ocurre una interacción entre el dolor y la fatiga dentro del núcleo del rafe del tronco del encéfalo que involucra la activación de receptores NMDA.

Corticoterapia peridural cervical: vía interlaminar vs transforaminal.

CLAUDIA SIMEONE, MD.

ANESTESIOLOGA.

E-MAIL: SIMEONECLAUDIA@GMAIL.COM

La radiculitis cervical afecta a 8 de cada 100.000 personas por año, en la mayoría de los casos por hernia discal o espondilosis. Los corticoides epidurales han demostrado su efecto beneficioso antiinflamatorio además de otras acciones.

La vía interlaminar a ciegas y la transforaminal guiada por imágenes han demostrado sus ventajas y riesgos; pero indudablemente, el conocimiento anatómico minucioso es necesario para disminuir la posibilidad de complicaciones.

Analizaremos los reportes bibliográficos a la fecha y se planteará el intercambio de opiniones con el auditorio.

Influencias inespecíficas y psicosociales en las respuestas de pacientes a las terapias para el dolor.

JUDITH A. TURNER, Ph.D.

PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS DE LA CONDUCTA Y DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN, ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON, SEATTLE, WASHINGTON, EE.UU.

E-MAIL: JTURNER@U.WASHINGTON.EDU

Durante el curso de la historia, factores inespecíficos han jugado roles importantes en las respuestas de los pacientes a las terapias para el dolor. Los efectos terapéuticos inespecíficos son consecuentes con el modelo biopsicosocial del dolor, en el cual, factores biológicos, psicológicos y sociales/ambientales interactúan para influenciar los síntomas, las conductas, y las respuestas al tratamiento de los pacientes. Dos estudios de terapias para el dolor recientemente completados proveen ejemplos de los roles de los factores inespecíficos y psicosociales. En un estudio sobre la efectividad de la estimulación de la médula espinal (SCS) para el síndrome de la cirugía fallida de columna en el contexto de un sistema de compensación de trabajadores, la SCS fue comparable al tratamiento médico y el cuidado médico usual. Los resultados de la SCS fueron menos favorables que aquellos observados en dos ensayos clínicos randomizados (ECR). El segundo estudio fue un ECR que comparó vertebroplastía percutánea para las fracturas vertebrales osteoporóticas dolorosas, a un procedimiento simulado que se cree no tiene efectos activos duraderos. El procedimiento simulado y la vertebroplastía tuvieron efectos comparables sobre el dolor y la funcionalidad al cabo de un mes, con ambos grupos de pacientes mostrando una mejoría significativa e inmediata luego del procedimiento. Se discutirá el importante rol de los factores inespecíficos y psicosociales en la respuesta del paciente a las terapias médicas y quirúrgicas.





Congreso para Médicos

Resúmenes de Ponencias

Pesquisa psicológica para dispositivos implantables.

JUDITH A. TURNER, PH.D.

PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y CIENCIAS DE LA CONDUCTA Y DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN, ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE WASHINGTON, SEATTLE, WASHINGTON, EE.UU.

E-MAIL: JTURNER@U.WASHINGTON.EDU

Muchos expertos recomiendan la evaluación psicológica del paciente previamente a un ensayo de estimulación de la médula espinal (EME), y tanto Medicare como muchas aseguradoras de EEUU lo requieren. De todos modos, la evidencia no es clara sobre si la pesquisa psicológica mejora los resultados de los dispositivos implantables y no existen directrices empíricamente sustentadas para las contraindicaciones psicológicas. Esta presentación discutirá los factores psicosociales que pueden afectar la respuesta del paciente a los dispositivos implantables para terapia del dolor, en el contexto de un modelo biopsicosocial para dolor crónico. Serán identificadas las "banderas amarillas" para el riesgo de pobre respuesta al tratamiento. Se describirán herramientas breves y basadas en la evidencia para los factores de riesgo psicosociales que son prácticas para el uso clínico rutinario. Los óptimos resultados para los pacientes pueden ser logrados mediante un tratamiento interdisciplinario que aborde las influencias biológicas, psicológicas y sociales/ambientales sobre el dolor.

Dolor orofacial idiopático.

PAUL PIONCHON, DDS, PHD IN CLINICAL PSYCHOLOGY

FACULTAD DE CIRUGÍA DENTARIA, UNIVERSIDAD D'Auvergne, CLERMONT-FERRAND, FRANCIA.

E-MAIL: PAUL.PIONCHON@WANADOO.FR

El dolor facial atípico, la estomatodinia, la odontalgia atípica, los desórdenes de los músculos masticatorios y de algunos desórdenes de la articulación temporo-mandibular, son agrupados en conjunto bajo la categoría de dolor idiopático orofacial ya que revelan numerosos rasgos clínicos en común. Para cada una de estas entidades, se discuten los problemas de definición y terminología, de datos epidemiológicos y demográficos, y de descripción semiológica. El criterio diagnóstico propuesto y algunas de las causas o mecanismos comunes son también descritos en esta presentación. En primer lugar, se sugiere el rol de las hormonas femeninas en la fisiología y el tratamiento de ciertos pacientes en relación a la marcada prevalencia en los cambios de niveles de estrógenos en pacientes con dolor idiopático orofacial. La osteoporosis posmenopáusica y la hipótesis de neuralgia debida a la presencia de cavidades de osteonecrosis son reemplazadas dentro del contexto de dolor facial atípico. Se sugiere un componente neuropático para estas entidades dolorosas. Esto último puede estar ligado a un fenómeno de sensibilización central que es inducido y mantenido por actividad en los tejidos periféricos. Las características clínicas de ambos, el dolor facial atípico y la odontalgia atípica, han llevado a varios autores a abogar por la existencia de mecanismos simpáticos en la fisiopatología de estas entidades. Más aún, algunos argumentos enfatizan similitudes con los Síndromes de Dolor Regional Complejo. Por último, los componentes psicosociales son también considerados como un factor común, pero actualmente es imposible determinar si el dolor es la causa o el resultado de los problemas psicosociales. Actualmente ninguno de estos mecanismos puede ser considerado como un factor etiológico único establecido en todos los tipos de dolor orofacial idiopático. De hecho, cada uno de estos mecanismos puede ser observado en todos los tipos de dolor facial idiopático. Esto lleva a la hipótesis de que estos mecanismos diferentes pueden actuar en cada tejido blanco pero los detalles de la interacción son aún desconocidos.

Ligas de Dolor.

CARLOS MAURÍCIO DE CASTRO COSTA, MD, Ms.C., PHD.

E-MAIL: MCASTRO@UFC.BR

Las Ligas de Dolor están constituidas por grupos de estudiantes de distintas áreas de la salud orientados al estudio, investigación y tratamiento del dolor. Para ello se organizan periódicamente cursos de corta duración, seminarios y reuniones sobre los principios y condiciones clínicas dolorosas más comunes, con la participación de estos estudiantes y profesionales de la salud de diferentes especialidades. Por otra parte, algunos grupos de estudiantes participan en programas de enseñanza de pregrado (por ejemplo, neurofisiología, farmacología del dolor, etc.). Las ligas tienen un directorio para un período de dos años y realizan elecciones democráticas para promover nuevos líderes. La mayoría de los estudiantes provienen de los primeros años académicos, por su mayor disponibilidad de tiempo. En Brasil hay 34 Ligas de Dolor distribuidas entre los diferentes estados del país. El Capítulo Brasileño de la IASP (SBED) proporciona las normas básicas para su creación y las apoya en sus objetivos y actividades. Las ligas participan en sesiones especiales en el Congreso Nacional de la SBED y tienen un lugar reservado en el sitio web y la publicación trimestral de la SBED, a través de los cuales se informan sobre sus actividades.





Resúmenes de Ponencias

Opioides en el dolor visceral: actualización.

CARLOS MAURÍCIO DE CASTRO COSTA, MD, Ms.C., PHD.

E-MAIL: MCASTRO@UFC.BR

El dolor visceral aun constituye un desafío por sus mecanismos no completamente conocidos, así como por el desconocimiento de los blancos farmacológicos y por las dificultades con los efectos colaterales. Algunos pocos modelos humanos y animales han contribuido a sobreponerse a estas dificultades y a crear perspectivas de soluciones. Además de algunos blancos farmacológicos como los receptores NMDA, agonistas ABT-594 de receptores nicotínicos de acetilcolina y agonistas de adrenoreceptores B3, los receptores opioides se han convertido de interés creciente en el manejo del dolor visceral. De todos modos, no todos los receptores, tales como los μ y δ , son capaces de inducir una acción analgésica efectiva en las patologías viscerales sin efectos colaterales importantes. Los agonistas de receptores κ ubicados en la mucosa y nervios periféricos viscerales representan una fuente importante de analgesia visceral, y drogas κ -agonistas como la fedotozina, ADL 10-0101/0102/0116, JNJ-38488502, yasimadolina, son blancos actuales de investigación. Nuestro objetivo es resumir los aspectos fisiológicos y fisiopatológicos del dolor visceral y las perspectivas de los nuevos abordajes farmacológicos., principalmente los agonistas del receptor opioide κ con acción restringida a la periferia y en condiciones clínicas como el síndrome del intestino irritable. Además, es de interés discutir sobre los receptores opioides no κ ubicados en el colon, así como también sobre los efectos de la oxycodona en el manejo del dolor visceral.

Cuidados paliativos pediátricos en la internación y el domicilio.

EULALIA LASCAR, MD.

E-MAIL: EULALIA.LASCAR@GMAIL.COM

Existe una diversidad inmensa de situaciones entre los niños con enfermedades amenazantes para su vida y enfermedades terminales. Ellos no representan una categoría homogénea de pacientes. La naturaleza de sus dolencias varía ampliamente tanto como la progresión de su enfermedad.

Los **cuidados paliativos** intentan dar una respuesta integral a este problema, por medio del trabajo de un equipo transdisciplinario que considera como **unidad de cuidado** al niño enfermo y su familia.

Es importante identificar los problemas y las necesidades de cada niño en particular, teniendo siempre en cuenta cuál es el objetivo en cada caso. Debemos brindar a los pacientes un adecuado alivio del dolor y otros síntomas estresantes, permitiéndoles vivir tan activa y creativamente como les sea posible.

Si los padres desean el cuidado domiciliario, a pesar de ser este muy demandante para la familia y el equipo, se le brindará al niño un ambiente seguro y permitirá tener una vida tan normal como sea posible de acuerdo a la evolución de su enfermedad.

El cuidado en el hospital, aunque sea bueno, no sustituye al hogar; pero puede ser que algunas familias se sientan más seguras y les dé la posibilidad de tener contacto con el equipo tratante primario, el que hizo el diagnóstico.

En aquellos casos en los que un niño muestre un deterioro rápido y en quien el manejo de los síntomas es dificultoso, la familia sola en su casa puede sentir mucho temor. Es esencial que se les brinde acceso inmediato al hospital y los cuidados pertinentes. Quizás las palabras de Robert Frost en su poema "La muerte del jornalero" puedan explicarlo mejor: "El hogar es el sitio donde, cuando tienes que ir allí, han de recibirte".

Debido a los progresos científicos y tecnológicos muchos niños viven más, pero también será más prolongada la etapa terminal, y esto significa para los profesionales algunos nuevos problemas en el cuidado de estos pacientes.

Es mucho lo que podemos hacer desde cualquier nivel de organización, contando con una formación adecuada.

Los pacientes están en todas partes, esperando ser aliviados; este es el desafío.





Congreso para Médicos

Resúmenes de Ponencias

Las vías cerebrales activadas por estímulo doloroso.

IRENE TRACEY, MD

PROFESORA Y DIRECTORA DEL CENTRO DE IMÁGENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y FUNCIONAL, OXFORD, DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA CLÍNICA Y ANESTÉSICOS, UNIVERSIDAD DE OXFORD, INGLATERRA

E-MAIL: IRENE@FMRI.BOX.AC.UK

Hasta recientemente, ha sido difícil obtener información objetiva confiable de sujetos normales y pacientes, en relación a su experiencia dolorosa subjetiva. Relacionar marcadores neurofisiológicos objetivos a cambios porcentuales inducidos por sensibilización periférica o central, mecanismos conductuales, psicológicos y farmacológicos, e identificar su sitio de acción en el SNC ha sido un objetivo de mayor importancia para científicos, clínicos y la industria farmacéutica. Esta información provee un recurso poderoso para la comprensión no sólo de los mecanismos centrales que contribuyen a la cronicidad de los estados dolorosos, sino que también, y más importantemente aun, es potencial información diagnóstica (1). Identificar de forma no invasiva, dónde podrían ocurrir la plasticidad, la sensibilización, y otros procesos de amplificación a lo largo del neuroeje doloroso de un individuo y relacionar esto a su experiencia dolorosa específica o a la medida del alivio del dolor, tiene un valor considerable. Permite una mejor comprensión de qué impulsa y mantiene su estado doloroso, permitiendo de este modo una selección del blanco y un tratamiento más apropiado. Con el advenimiento de los métodos funcionales de neuroimágenes, Tales como resonancia magnética funcional (fMRI), tomografía por emisión de positrones (PET), electroencefalografía (EEG) y magnetoencefalografía (MEG), esto ha sido factible. Se ha demostrado una activación robusta y reproducible en respuesta a estimulación nociceptiva dentro del cerebro humano y la médula espinal. (ilustrado en la figura 1). Esta activación, generalmente considerada una lectura "objetiva" del fenómeno subjetivo, puede ser relacionada a lo que el sujeto describe, permitiendo que cuestiones tales como la ansiedad, la depresión, el nivel de atención, etc., alteren una percepción dolorosa para ser mejor comprendida a un nivel neuroanatómico. Esto provee no sólo potencial información diagnóstica sino también sobre blancos para la intervención. Durante los últimos diez años hemos realizado varios experimentos que han aislado específicamente áreas de la corteza y el tronco del encéfalo que son centrales en los procesos de esperar el dolor, de estar ansioso o deprimido en relación al dolor, y de alterar la atención al dolor (2-4). Más aun, la relevancia central de las vías moduladoras descendentes del tronco del encéfalo en la generación y mantenimiento de los estados dolorosos crónicos en condiciones clínicas se está volviendo cada vez más aceptada. En nuestro laboratorio se han logrado avances en la habilidad para lograr imágenes de éste área (5) y muchos ejemplos de la disfunción en éste sistema se pueden encontrar actualmente a lo largo de varias condiciones dolorosas. Más recientemente, la resonancia magnética funcional farmacológica (phMRI) ha sido desarrollada y aplicada al campo de la investigación del dolor en nuestro laboratorio (7). Nuevamente, se han hecho muchos avances que ilustran los correlatos neurales de la analgesia en el cerebro humano (8). Los nuevos pensamientos en relación a cómo el interaccionan el dolor y el placer, nos obligan a ampliar nuestra comprensión sobre los mecanismos de alivio y bienestar (9). Finalmente, avances recientes en nuestra habilidad para lograr imágenes de la activación funcional de la médula espinal humana, muestran una promesa considerable y proveen un área novedosa y emocionante de mayor investigación (10). En suma, los métodos de imágenes funcionales proveen un medio poderoso para examinar directamente los mecanismos del dolor en sujetos humanos a un nivel de sistemas, proveyendo información diagnóstica potencial, así como también identificando blancos para la intervención terapéutica.

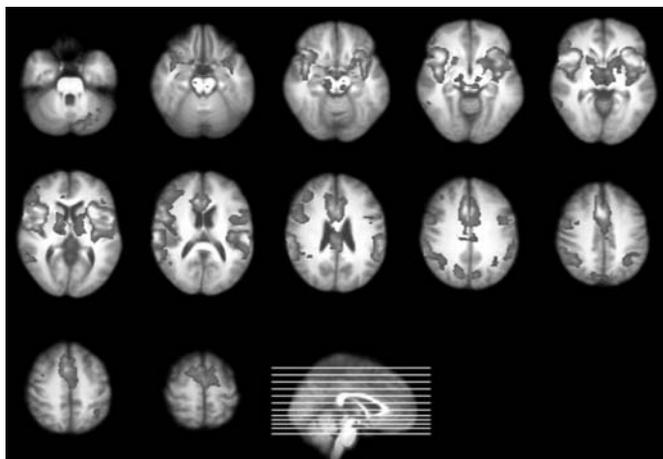


Figura 1. Representación del dolor en el cerebro humano en respuesta al Estímulo Nociceptivo Térmico. Cortes axiales mostrando actividad en: Cortezas insular, singular anterior, somatosensorial y frontal, así como también tálamo, ganglios basales y tronco del encéfalo.





REFERENCIAS

1. Schweinhardt P, Lee M, Tracey I. Imaging pain in patients: is it meaningful? *Curr Opin Neurol.* 2006;19(4):392-400. Review.
2. Ploghaus A, Narain C, Beckmann CF, Clare S, Bantick S, Wise R, Matthews PM, Rawlins JN, Tracey I. Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network. *J Neurosci.* 2001;21(24):9896-903.
3. Ploghaus A, Tracey I, Gati JS, Clare S, Menon RS, Matthews PM, Rawlins JN. Dissociating pain from its anticipation in the human brain. *Science.* 1999;284(5422):1979-81.
4. Schweinhardt P, Kalk N, Wartolowska K, Chessell I, Wordsworth P, Tracey I. Investigation into the neural correlates of emotional augmentation of clinical pain. *Neuroimage.* 2007; [Epub ahead of print]
5. Duncley P, Wise RG, Fairhurst M, Hobden P, Aziz Q, Chang L, Tracey I. A comparison of visceral and somatic pain processing in the human brainstem using functional magnetic resonance imaging. *J Neurosci.* 2005;25(32):7333-41.
6. Tracey I, Mantyh PW. The cerebral signature for pain perception and its modulation. *Neuron.* 2007;55(3):377-91. Review.
7. Schweinhardt P, Bountra C, Tracey I. Pharmacological fMRI in the development of new analgesic compounds. *NMR Biomed.* 2006;19(6):702-11.
8. Iannetti GD, Zambreanu L, Wise RG, Buchanan TJ, Huggins JP, Smart TS, Vennart W, Tracey I. Pharmacological modulation of pain-related brain activity during normal and central sensitization states in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2005;102(50):18195-200.
9. Leknes S, Tracey I. A common neurobiology for pain and pleasure. *Nature Reviews Neuroscience.* 2008; 9(4):314-20
10. Brooks JC, Beckmann CF, Miller KL, Wise RG, Porro CA, Tracey I, Jenkinson M. Physiological noise modelling for spinal functional magnetic resonance imaging studies. *Neuroimage.* 2008;39(2):680-92.

Dolor neuropático de origen central

PHILIP SIDDALL, MD

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN MANEJO DEL DOLOR, UNIVERSIDAD DE SYDNEY, HOSPITAL ROYAL NORTH SHORE, SYDNEY, AUSTRALIA.

E-MAIL: PHILS@MED.USYD.EDU.AU

El dolor neuropático es un problema importante para muchas personas con lesiones del sistema nervioso central o enfermedades tales como lesiones cerebro-vasculares, lesiones de la médula espinal o esclerosis múltiple. Aunque los números varían de acuerdo a la condición, las tasas de prevalencia en algunas de estas condiciones pueden ser tan altas como del 40%.

La evidencia de estudios en animales y clínicos da varias pautas sobre los mecanismos responsables del dolor central neuropático. La presencia de dolor está generalmente ligada a la pérdida de sensibilidad fina y térmica, y para algunas condiciones de dolor central neuropático se ha postulado que el daño a los tractos espinotalámicos es una condición necesaria aunque no suficiente para la presencia de dolor. Esta pérdida de aferencias espinotalámicas puede resultar en un número de cambios que dan lugar al incremento de la excitabilidad de vías nociceptivas y la generación de dolor.

Con la complejidad de los mecanismos subyacentes, la dificultad del tratamiento del dolor neuropático central no es sorprendente. Como en muchas condiciones dolorosas, hay un amplio número de tratamientos que son usados con varios grados de efectividad. Los mejores tratamientos farmacológicos proveen alivio satisfactorio en sólo una minoría de personas con dolor. Existen muy pocos estudios controlados con grandes números de sujetos. Por ende, la elección del tratamiento está generalmente basada en la evidencia de estudios en otras condiciones de dolor neuropático. Los tratamientos farmacológicos incluyen anticonvulsivantes viejos y antidepresivos tricíclicos, y agentes más nuevos tales como gabapentina, pregabalina, lamotrigina, topiramato, antidepresivos inhibidores de la recaptación mixtos y opioides. En algunas personas, otras opciones no farmacológicas pueden proveer beneficio.

En el segundo párrafo traduje pin prick sensation como "sensibilidad fina" creo que está bien, pero sería bueno corroborarlo.





XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

Congreso de Dolor para Enfermería

¿Cómo identificar los diferentes tipos de dolor?

ANA VERA, MD

E-MAIL: ANADMODE@YAHOO.COM.AR

Dolor es la experiencia sensorial y emocional displacentera, asociada a daño tisular actual o potencial, o descrita en términos de ese daño (IASP).

Las implicancias de esta definición son: el reconocimiento de que se trata de una experiencia compleja, la subjetividad en la percepción del dolor, y por ende la importancia del informe verbal del paciente para describirlo.

Existen múltiples clasificaciones para diferenciar los distintos tipos de dolor. Algunas de ellas, con clara y precisa aplicación clínica son: a) según el tiempo de evolución: dolor agudo y crónico; b) según el origen: dolor oncológico y no oncológico; c) según el mecanismo fisiopatológico: dolor nociceptivo (somático y visceral) y neuropático (dístésico o protopático y neurálgico o epícrítico) y d) según la intensidad: leve, moderado y severo.

La experiencia dolorosa comprende: la producción del dolor; la percepción, a cargo del SNC, y bajo el control de mecanismos excitatorios e inhibitorios; y la expresión del dolor, que es aquello que el paciente refiere.

Por lo tanto, para identificar cuál es el tipo de dolor que padece el paciente, se requiere una precisa evaluación, que consta de: interrogatorio completo, examen físico y en ocasiones, según lo recabado anteriormente, la realización de estudios complementarios.

El interrogatorio debe estar dirigido a obtener una descripción completa, esto es: localización, con o sin irradiación; fecha de comienzo, que determina si estamos ante la presencia de dolor agudo o crónico; duración (intermitente, continuo); características, que nos permitirán deducir el tipo de dolor fisiopatológicamente; y factores de mal pronóstico. La intensidad se evalúa mediante la utilización de escalas: numérica, visual análoga o categórica verbal.

La evaluación debe considerar las diferentes dimensiones (física, psíquica, social y espiritual) que modifican la percepción y expresión del dolor, que constituyen lo que denominamos dolor total.

Vía subcutánea e hipodermoclosis.

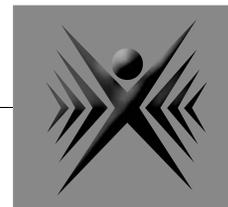
LIC. ROXANA GARAY

E-MAIL: AVEFENIX419@HOTMAIL.COM

La hipodermoclosis es el método de administración de fluidos y de medicación a nivel del tejido celular subcutáneo como vía alternativa a la endovenosa.

Es la vía parenteral de elección cuando por diferentes situaciones, no es posible continuar con la vía oral. Es una técnica sencilla y eficaz, con escasos efectos secundarios y contraindicaciones; utilizada para la administración de medicamentos en el control de síntomas y en el tratamiento adecuado del dolor, en especial en aquellos pacientes en situación de enfermedad que amenaza la vida. Para difundir y facilitar su utilización, la familia es entrenada por enfermería, posibilitando la autonomía del paciente y brindando un cuidado más completo en el domicilio.





Resiliencia: el arte de sobreponerse a las adversidades.

LIC. CAROLINA NEIL DE VELOSO

E-MAIL: APSNEIL@YAHOO.COM.AR

Concepto de Resiliencia:

1. Habilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.
2. La resiliencia significa una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida y construir sobre ellos (Suarez Ojeda, Arg).
3. Capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformados por ellas.

El desarrollo del concepto ayuda a ver con claridad que existe esa dimensión en las personas y aporta una mirada esperanzadora y optimista. A lo largo de la Historia aparecen ejemplos de individuos destacados que hicieron aportes significativos para la humanidad, quienes debieron enfrentar severas circunstancias adversas. Nombrando solo algunos, Rigoberta Menchú, premio Nobel de la Paz, o Ana Frank.

La Enfermedad desde el enfoque de riesgo.

La Enfermedad desde el enfoque de Resiliencia.

Los individuos resilientes frente a la enfermedad:

Nos preguntamos muchas veces porqué frente a una enfermedad invalidante hay personas que padecen grandes depresiones, falta de control, dolor continuo. Hay otras que se comunican y crean proyectos y sonríen a sus seres cercanos disminuyéndose así su padecimiento físico.

Características psicosociales de las personas resilientes: introspección, humor, creatividad, etc.

Factores que promueven la Resiliencia.

Detección de la Resiliencia frente al dolor.

Dolor neuropático en cáncer.

LORENA ARANDA, MD

E-MAIL: LORENA.ARANDA@HOSPITALITALIANO.ORG.AR

El dolor neuropático es uno de los mayores problemas a tratar en los pacientes con cáncer y la eficacia de ciertos fármacos permanece controversial.

No existe modalidad alguna para prevenir el desarrollo del dolor neuropático.

Representa condiciones heterogéneas, que no pueden ser explicadas por una única etiología, mecanismo o lesión anatómica. Esto lleva a que muchas veces el tratamiento sea inadecuado y los pacientes sufran innecesariamente a causa de mal control sintomático.

El dolor neuropático es definido como aquel dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción en el sistema nervioso central o periférico.

La prevalencia exacta del dolor neuropático es desconocida, particularmente en la población con cáncer, al igual que la eficacia de los tratamientos utilizados, aunque es posible extrapolar algunos datos de la población general.

En los estadios finales de la enfermedad el 80 % de los pacientes padece dolor. A causa de crecimiento tumoral puede haber compresión de troncos, de plexos nerviosos, o radiculopatías espinales; entre las consecuencias indirectas, polineuropatías paraneoplásicas, mononeuropatías isquémicas y neuralgia postherpética.

Se hará un recorrido de los distintos síndromes neuropáticos que aparecen en los pacientes oncológicos, como aquellos relacionados con la progresión de la enfermedad, o que son consecuencias de los tratamientos anti-neoplásicos o de procedimientos quirúrgicos realizados, desde su diagnóstico hasta su abordaje terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico.



XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

II Jornadas de Dolor en Psiquiatría y Psicología

Dolor y disfunciones sexuales.

ADRIÁN SAPETTI, MD.

CENTRO MÉDICO. S. DUMONT 3454. 3RO. 20 (1427) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

TELÉFONO: (5411) 4552-0389. TELEFAX: (5411) 4555-6865.

E-MAIL: ASAPETTI@WEBSAIL.COM.AR

WWW.DRSAPETTI.COM.AR

En esta presentación se describirán los llamados desórdenes o disfunciones sexuales por dolor, tanto la dispareunia (coito doloroso) masculina como la femenina; si bien es más frecuente su aparición durante el coito, puede presentarse antes de la penetración o incluso luego. También se describirá el vaginismo (contracción involuntaria y espasmódica de los músculos circunvaginales, la enfermedad de Peyronie (induración plástica del pene) que aqueja a algunos varones y la eyaculación dolorosa. Estas disfunciones muchas veces se asocian con los matrimonios no consumados o con cuadros de deseo sexual inhibido o disfunción eréctil secundaria. Se plantearán los recursos diagnósticos y terapéuticos.

El dolor en los trastornos de personalidad.

ADHELMA PEREIRA, MD

E-MAIL: PEREIRA@FIBERTEL.COM.AR

La conducta autolesiva se observa en los trastornos de descontrol de impulsos y fundamentalmente en los trastornos límites de personalidad. Con frecuencia debe hacerse el diagnóstico diferencial entre estos cuadros, sus crisis psicóticas, con trastornos como las psicosis afectivas y/o esquizofrenias. Las autolesiones pueden ser sentidas, buscando el dolor, poner fin a un ataque de rabia o para reconocer el propio cuerpo. Es de destacar que el dolor no siempre está presente, aunque debería estarlo. Es importante tener en cuenta la clínica, la psicopatología, los aspectos de la neurofisiología y la estructura psicodinámica de los pacientes que se autohieren y llegan incluso a la muerte por accidente, no siendo este el fin buscado. En las psicopatías también se observa esa conducta, para obtener diferentes beneficios secundarios.

Dolor psíquico.

LIC. EDUARDO LEVIN

E-MAIL: ELEVIN@FIBERTEL.COM.AR

"... Cualquiera que sea la causa del dolor, aunque se trate de la imaginación, los dolores mismos no por ello son menos reales y menos violentos..."

Cuando las palabras median entre emociones y pensamientos, el cuerpo suele expresarse en silencio; más cuando las palabras se ausentan, se callan, desaparecen, el cuerpo pone en marcha su máxima expresividad por medio del dolor.

Ante el dolor de órgano o el dolor del alma, el individuo busca desesperadamente algún alivio, aunque sólo sea momentáneo.

Este trabajo tiende a desplegar y articular, partiendo de las expresiones de sujetos dolientes, un abanico de formulaciones que ponen en evidencia el entrecruzamiento entre el dolor de cuerpo y el dolor psíquico.

La pregunta será cuánto puede el profesional hacerse eco de su padecimiento y cuánto un tratamiento psicoterapéutico facilitaría su alivio y la búsqueda de bienestar y calidad de vida.





II Jornadas de Dolor en Psiquiatría y Psicología



Síndromes dolorosos disfuncionales en niños y adolescentes.

EDUARDO JORGE SILVESTRE, MD.

MÉDICO PEDIATRA - MAGÍSTER EN PSICO-NEURO-INMUNOENDOCRINOLOGÍA. UNIV. FAVALORO. CURSO SUPERIOR EN PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

PROFESOR ADJUNTO DE LA MATERIA NEUROCIENCIAS. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA.

COORDINADOR DEL ÁREA DE EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRÍA. JUAN P. GARRAN.

E-MAIL: ESILVESTRE.SILVESTRE@GMAIL.COM

Los **síndromes dolorosos disfuncionales** (sin causa orgánica aparente) son un motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica. Suelen generar numerosas consultas médicas y psicológicas y la mayor parte de las veces dan lugar a la realización de numerosos exámenes complementarios, muchas veces innecesarios.

Para establecer su diagnóstico definitivo, descartando otras patologías que necesitan un abordaje diferente, proponemos un algoritmo que, a nuestro criterio, resulta de mucha utilidad, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

Conocer los mecanismos psico-neuro-inmuno-endocrinológicos que participan en su génesis y su perpetuación facilita la comprensión de la problemática y, por ende, de su abordaje terapéutico.

Estamos convencidos de que el dolor de tipo disfuncional constituye una problemática compleja que produce importante morbilidad y sufrimiento en niños y adolescentes y de que necesita de un abordaje multidisciplinario que trascienda la falsa dicotomía "orgánico" frente a "psicológico".

¿Por qué hay pacientes que amamos y otros que no soportamos?

LIC. EDUARDO LEVIN

E-MAIL: ELEVIN@FIBERTEL.COM.AR

En el transcurrir de una consulta médica ocurre una serie de fenómenos particulares. Los sentimientos y pensamientos que son puestos en juego en esos momentos tienden a ser recíprocos, aunque con diferentes matices y fundamentos.

Hay pacientes que despiertan en uno el interés y el compromiso; mientras que otros producen una suerte de evitación y hasta rechazo.

Por otra parte, los pacientes pueden llegar a percibir sentimientos contradictorios, desde la idealización del profesional hasta la adopción de una postura de apatía y desconfianza.

Se propondrá aquí desplegar un abanico de factores observables en la particular interacción y el vínculo que suelen establecerse entre el paciente y el profesional.

Asimismo, se pondrá el acento en una gama de posibles acciones ante dichos obstáculos que se presentan en la práctica diaria.

Se plantearán, a partir de estos, diferentes herramientas posibles para poder considerarlas al momento de la consulta.





XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

II Jornadas de Kinesiología y Dolor

Kinesiología comportamental en un grupo multiprofesional para la rehabilitación del dolor prolongado: Modelo de práctica clínica en Suecia y evidencia científica.

DRA. GRACIELA ROVNER (SUECIA)

MASTER EN KINESIOLOGÍA

E-MAIL: GRACIELA.ROVNER@1M.SE

El dolor es un fenómeno que integra factores biológicos, emocionales, cognitivos y comportamentales y debería ser descrito, evaluado y tratado de una manera tal que se incluyan todas estas dimensiones. De ahí que se recomienda el trabajo en grupo multiprofesional basado en una perspectiva biopsicosocial. Este es el enfoque de la medicina del comportamiento, y al aplicarlo a la kinesiología se integra de manera más dinámica la biomedicina con los factores psicosociales que influyen y han sido afectados por el padecimiento del "dolor prolongado" (en Suecia no lo llamamos "crónico" ya que le da una connotación permanente al problema). Este enfoque interdisciplinario integra, entonces, factores socioculturales, psicosociales, comportamentales y anatomofisiológicos que en conjunto conforman el estado de salud y enfermedad del individuo e influyen altamente en su calidad de vida y nivel funcional. Es importante destacar que la meta primaria de este tipo de rehabilitación no es disminuir el dolor, sino aumentar la vitalidad del individuo.

El movimiento es la esencia de la kinesiología, y desde esta perspectiva se lo ve más allá de procesos netamente corporales, estructurales o procesos biológicos, pues observamos y tratamos factores que repercuten en los comportamientos que se quiere modificar, como por ejemplo la kinesiofobia (miedo al movimiento), actitudes y creencias sobre el dolor, emociones, expectativas y pensamientos de catástrofe, para nombrar algunos factores internos. Los externos o contextuales también son estudiados y considerados en el plan de rehabilitación. Son todos estos dominios juntos y su modificación los que van a lograr un cambio del hábito y el mantenimiento de este cambio, como por ejemplo el reajuste postural, el nivel de actividad física, la capacidad de identificar el estrés y las tensiones y de regularlos a través de la relajación o el cambio de actitud, etc.

En esta conferencia se presentará una sinopsis de la investigación sobre el tema y se explicará la modalidad del trabajo clínico enmarcado en la teoría de la terapia del comportamiento. Esta presentación está íntimamente relacionada con la que la autora hará previamente en la reunión satélite de Psiquiatría ("Programa de rehabilitación multiprofesional basado en la terapia de aceptación y compromiso para pacientes con dolor crónico: Estudio piloto"). Te recomendamos escuchar las dos.





II Jornadas de Dolor en Psiquiatría y Psicología



Resúmenes de Ponencias

Estabilización dinámica lumbar.

LIC. GERMÁN DIGEROLAMO

E-MAIL: GERMAN.DIGEROLAMO@GMAIL.COM

En la década de los 90`s se desarrolló un nuevo tipo de ejercicios para el tratamiento de la lumbalgia. Se empleó en aquel entonces un enfoque novedoso centrado en el ejercicio para aliviar el dolor mediante la activación de músculos tales como el transversal del abdomen y el multifido (Richardson y Jull, 1995). Este método era diferente a los otros programas de ejercicios de estabilización diseñados hasta ese momento para la lumbalgia, ya que se centraba en la estabilización segmentaria o articular individual. Se hizo énfasis en cambiar el control neural de los músculos que tenían relación directa con la estabilización y la protección de las articulaciones de la región lumbopélvica antes que prestar atención a los patrones funcionales que afectan todo el cuerpo (Richardson *et al*, 1999).

Desde aquel entonces, el modelo de ejercicios de estabilización segmentaria se ha ido modificando y ampliando. Esto ha sido posible gracias a la participación de la investigación espacial (microgravedad), que ha aportado nuevas perspectivas a la relación entre la función sinérgica muscular, la gravedad y la carga de las articulaciones.

En la actualidad, el modelo incluye el soporte muscular para cada articulación de la cadena cinética para la función integral de carga del peso a través de la columna, la pelvis y las extremidades inferiores. Sin embargo, la esencia del programa sigue siendo el concepto de estabilización segmentaria (soporte muscular profundo), pero es su participación en la carga del peso y la respuesta propioceptiva, en lugar de su participación en el movimiento, lo que recibe mayor atención (Richardson y Hides, 2006).

Ultrasonido de baja intensidad (UBI).

LIC. KINESIÓLOGO FISIATRA CARLOS ORLANDO LÓPEZ

HOSPITAL DE QUEMADOS C.A.B.A.

PROF. TITULAR DE LA CÁTEDRA DE FISIOTERAPIA DE LA LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO CIENCIAS DE LA SALUD "FUNDACIÓN BARCELÓ".

TITULAR DE LA CÁTEDRA DE SEMIOPATOLOGÍA MÉDICA PARALELA DE LA LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

E-MAIL: CARLOSLOPEZ281@HOTMAIL.COM

En la terapéutica convencional, el ultrasonido a intensidad de 1-3 W/cm² ha sido utilizado para disminuir el edema, dolor, espasmos musculares, etc. Con esas intensidades se contraindica su uso en fracturas recientes. Estudios clínicos indican que el UBI representa un método efectivo, seguro y no invasivo en el tratamiento de consolidación de fracturas. La fractura ósea es un factor incapacitante que causa al sujeto no sólo problemas relativos a la salud. La necesidad de abreviar el tiempo de regeneración de las fracturas óseas, disminuyendo entre otras cuestiones la sintomatología dolorosa, ha llevado a varios autores a estudiar la aplicación de agentes físicos, entre ellos el ultrasonido pero con intensidades menores a 100 mW/cm², y sus efectos sobre el tejido óseo. A mediados del siglo XX se realizaron los primeros estudios clínicos del ultrasonido en la regeneración de fracturas, pero el descubrimiento de la piezoelectricidad del hueso, realizado por Yasuda y Fukada, representa el hito más importante en este desarrollo. Basset dirigió sus estudios de estimulación de la regeneración ósea utilizando la electricidad en primer momento y luego los campos electromagnéticos. En la década de los 80`s, Dyson y Brookes utilizaron ultrasonido pulsado con una intensidad de 500 mW/cm² para la aceleración de la cicatrización de fracturas y concluyeron que el tratamiento era más efectivo en las etapas iniciales del proceso de cicatrización. Diversos estudios posteriores en la misma dirección muestran aceleración de la cicatrización al utilizar ultrasonido con intensidades de hasta 20 mW/cm². La FDA aprobó en 1994 el uso del UBI para la aceleración de la consolidación de fracturas recientes y en el 2003, para el tratamiento de la no unión establecida.





II Jornadas de Kinesiología y Dolor

Resúmenes de Ponencias

Evidencia del efecto analgésico de la fisioterapia en el síndrome de dolor lumbar: una revisión sistemática.

LIC. HÉCTOR GUTIERREZ

E-MAIL: KINEHECTOR@GMAIL.COM

Introducción: El manejo terapéutico propuesto para el *síndrome de dolor lumbar* (SDL) incluye una gran variedad de intervenciones con fines analgésicos, dentro de las cuales la prescripción y la aplicación de fisioterapia por los kinesiólogos son bastante comunes. Se realizará una síntesis de las evidencias relativas a la efectividad de la fisioterapia a través de una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados.

Objetivo: Determinar si existe evidencia científica que avale el efecto analgésico de las intervenciones fisioterapéuticas de naturaleza térmica y electromagnética usadas por los kinesiólogos para el manejo clínico del SDL inespecífico.

Método: Estrategia de búsqueda: Se incluyeron en la búsqueda ensayos clínicos aleatorizados (ECA), metaanálisis (MT) y revisiones sistemáticas (RS). Las bases de datos usadas fueron: Cochrane Library Plus, DARE, PEDro, MEDLINE/PubMed, Pub Med Central, ScienceDirect y Biomed Central.

Resultados: Se seleccionaron 13 ECA que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

Conclusiones: Existe moderada evidencia respecto a que las vendas calientes disminuyan el dolor a corto plazo en el SDL agudo y la evidencia es controversial para el uso de láser y **TENS** en el SDL subagudo y crónico.

Necesidades de intervención kinésica en los cuidados paliativos.

LIC. KLGA. PAULINA ARAYA

MG. EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN UNIVERSITARIA.

PROF. ASOCIADO, UNIVERSIDAD SAN SEBASTIÁN.

KINESIÓLOGA ASISTENCIAL, CORPORACIÓN NACIONAL DEL CÁNCER (CONAC).

PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE KINESIOLOGIA ONCOLÓGICA (SOCHKO).

E-MAIL: PARAYA@USS.CL.

Las personas con cáncer en etapa paliativa pueden presentar un amplio rango de necesidades y disfunciones, incluyendo las respiratorias, neurológicas, circulatorias, ortopédicas, músculo-esqueléticas y dolor, las cuales pueden beneficiarse con la intervención fisio-kinésica.

Existe amplia literatura que evidencia la justificación de la inclusión del profesional fisioterapeuta-kinesiólogo dentro del equipo de cuidados paliativos. Tanto en estudios anglosajones como de nuestra región se demuestra que la prevalencia de síntomas y signos en pacientes paliativos son estadísticamente similares (dolor, tos, hemoptisis, disnea, signología pulmonar, debilidad muscular, fatiga, edema, ascitis y estreñimiento), a los de los cuidadores. Estos son temas comunes y recurrentes en los pacientes y sus familias, y muchos de estos síntomas o signos son abordables desde una mirada kinésica.

En nuestra región estamos lejos de ser un pilar dentro de los equipos de cuidados paliativos de manera concreta y regular.

En concordancia con la literatura y considerando las herramientas que forman parte del arsenal fisio-kinésico, se justifica el accionar del kinesiólogo dentro del enfoque multidisciplinario de los cuidados oncológicos paliativos. Para ello, debemos reafirmar la práctica basada en la evidencia, desarrollar el trabajo a través de las sociedades científicas, homogenizar los criterios de intervención, compartir a nivel de pre y post grado la visión de los cuidados paliativos como una mirada particular de la Medicina y un polo de desarrollo profesional que se sustenta por sus propios fundamentos, con el fin de demostrar que la inserción colaborativa, oportuna y eficaz del fisioterapeuta-kinesiólogo puede ser de gran ayuda para mejorar calidad de vida del paciente y su familia, independientemente de sus expectativas de vida.





II Jornadas de Kinesiología y Dolor



Efectos de la Hi-TENS monofásica y bifásica de diferentes anchos de pulso sobre el dolor inducido por frío en sujetos sanos: ensayo preliminar.

Lic. K.LGO. TRC CHRISTIAN ÁNGEL VILLA

E-MAIL: CHRISTIANKINESIO@YAHOO.COM.AR

La electroanalgesia se fundamenta en la posibilidad de estimular selectivamente los diversos tipos de fibras aferentes sensitivas por medio de pulsos de determinada duración, frecuencia e intensidad. Son cuatro los posibles mecanismos de acción de la electroanalgesia: el bloqueo de las aferencias nociceptivas en el nervio periférico, la modulación medular de la aferencia dolorosa, la activación supraespinal del circuito inhibitor descendente y la liberación de betaendorfinas. La TENS (estimulación nerviosa transcutánea) ha sido usada satisfactoriamente para manejar el dolor en una gran variedad de condiciones clínicas. El éxito de las investigaciones a partir de la "teoría de la compuerta" renovó el interés en la terapia no farmacológica del dolor.

El experimento se realizará en sujetos sanos, sin antecedentes patológicos ni dolores en las extremidades durante las últimas dos semanas previas al experimento. Los sujetos serán divididos en cinco grupos, de la siguiente manera: G1: grupo control; a los del G2 se les realizará Hi-TENS monofásica a 90 Hz con un ancho de pulso de 100 μ s; a los del G3 se le aplicará Hi-TENS bifásico a 90 Hz y 100 μ s; G4, Hi-TENS monofásico a 90 Hz y 200 μ s de ancho de pulso; y por último, a los del G5, Hi-TENS bifásico a 90 Hz y 200 μ s de ancho de pulso. Las respuestas serán evaluadas con la escala visual analógica del dolor y con estesiometría.

Transporte transdérmico de fármacos analgésicos y antiinflamatorios.

Lic. T.F. OSCAR RONZIO

E-MAIL: ORONZIO@GMAIL.COM

Desde la antigüedad se ha investigado sobre la aplicación de agentes físicos para el transporte transdérmico de fármacos. Chatzky y Leduc validaron a principios de siglo la iontoforesis con corrientes galvánicas en modelos experimentales, prácticamente obsoletos hoy en día. En la actualidad han sido lanzados al mercado nuevos equipos para incrementar el transporte transdérmico y reemplazar a la iontoforesis con corriente galvánica, que tiene alto riesgo de lesiones. Entre los nuevos medios físicos se encuentran las corrientes rectangulares unidireccionales con un ciclo de trabajo entre 50 y 95 %, la sonoforesis mediada por ultrasonidos clásicos (de 1 y 3 MHz) y por los nuevos de baja frecuencia que rondan entre los 30 y 100 KHz, la electroporación provocada por pulsos eléctricos de alto voltaje y la producida por radiofrecuencia atómica. La aplicación catódica de ketoprofeno con iontoforesis galvánica ha sido efectiva utilizando 160 mA/min (una dosis mucho más alta que la empleada en la clínica). La corriente unidireccional pulsada con una relación 1:1 y 0,5 mA/cm² durante 15 minutos resultó más efectiva que otras variables. En las investigaciones de sonoforesis con ultrasonido convencional se han empleado modelos experimentales en donde se busca la droga en el plasma, pero sólo se han verificado concentraciones significativas a mayor profundidad en los tejidos blandos. Los ultrasonidos de baja frecuencia parecerían ser más efectivos que los convencionales. La evidencia científica para la electroporación por pulsos eléctricos es mayor que para la mediada por radiofrecuencia.





XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia (SLANFE)

Cingulotomía estereotáctica para el tratamiento del dolor crónico.

PABLO HERNÁNDEZ, MD. NEUROCIRUJANO.

HOSPITAL REGIONAL DE TACUAREMBÓ, HOSPITAL MACIEL, URUGUAY

E-MAIL: PASAN@ADINET.COM.UY

Introducción: El tratamiento del dolor crónico constituye un desafío permanente.

En la evaluación individual es fundamental considerar el componente afectivo emocional del dolor, fundamento este del uso de la cirugía límbica en estos casos.

Casuística: La serie presentada es muy pequeña, pero los resultados han sido alentadores. Se operaron 6 pacientes portadores de cuadros de dolor crónico por diferentes causas.

Los pacientes fueron evaluados utilizando la escala visual analógica (EVA) y el inventario de depresión de Beck.

Resultados: Casos 1 y 2: eran pacientes con dolor talámico secundario a lesiones isquémicas.

El primer paciente presentaba además del dolor, una depresión severa.

Evolucionó de tener dolor permanente de 10 puntos de EVA, a tener episodios esporádicos de 2 puntos a los 6 meses. Un año y medio después de la cirugía, ante una recaída, fue reintervenido. Está sin dolor luego de 3 años de la cirugía inicial.

El seguimiento del segundo caso es breve, ya que falleció dos meses después de la cirugía por complicaciones infecciosas generalizadas. Sin embargo, tuvo una buena respuesta precoz, ya que durante el primer mes de postoperatorio el paciente pasó de tener un dolor de 10/10, a tener 6/10.

Caso 3: Se trataba de un paciente con un voluminoso tumor parafaríngeo, que le generaba un intenso dolor facial. Requería de altas dosis diarias de morfina.

Luego de operado, se logró descender notoriamente las dosis de morfina y redujo la frecuencia de consultas e internaciones. Falleció 3 meses después de la operación.

Caso 4: Este paciente estaba internado con el diagnóstico de tumor paramediastinal derecho. Presentaba una intensa algia facial atípica. Requería morfina en bomba de infusión continua.

Una semana después de la cingulotomía, el paciente falleció, a causa de un infarto de miocardio. Durante esa semana solo recibió dosis de morfina en forma esporádica.

Caso 5: Este enfermo fue operado de una lesión medular dorsal, recibiendo luego radioterapia. Quedó como secuela una paraparesia leve y un intenso dolor neuropático de MMII refractario. Luego de la operación el paciente experimentó una muy leve mejoría durante los primeros 10 días, pero luego el dolor reapareció con iguales características e intensidad.

Caso 6: El paciente sufre de una neuralgia facial postherpética, con severa alodinia en territorio de V1, 10/10 de EVA. No respondió a ningún plan farmacológico.

Tres meses luego de la cingulotomía, desapareció el dolor punzante, mejoró parcialmente la alodinia, y se redujo la intensidad del dolor a 7-8/10.

Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia (SLANFE)



Discusión: Se han reportado variantes en la técnica para la cingulotomía.

Se reportan ablaciones de diferente volumen en la literatura. Nosotros hemos optado luego de evaluar estos resultados, por realizar ablaciones amplias en pacientes con dolor crónico, ya que en el caso 1 fue necesario ampliar la ablación y en el caso 5, hicimos una ablación de menor volumen y el resultado no fue satisfactorio.

Respecto a la localización de la ablación, estudios realizados en pacientes con dolor neuropático, mediante neuroimagen con PET, han demostrado activación de la corteza cingular, 40 mm posterior al extremo de la rodilla del cuerpo calloso, por lo que se ha postulado la posibilidad de realizar ablación en una diana más posterior.

Conclusiones: De la presente serie y revisión de la literatura, solo se pueden sacar conclusiones que nos permiten definir ciertos criterios de trabajo.

Uno de ellos es la utilización de ablaciones amplias para tratar pacientes con dolor crónico. Podremos definir si es válida esta conclusión cuando la casuística y el seguimiento sean mayores.

La otra posibilidad a evaluar, es la realización de ablaciones más posteriores, ante los hallazgos descritos con estudios de imagen PET.

La cingulotomía es una técnica vigente, sobre todo en centros que no tienen acceso a las técnicas de neuromodulación, y en pacientes oncológicos, donde el binomio costo beneficio de la neuromodulación ante una corta expectativa de vida, lleva a inclinarse hacia la cirugía ablativa.



XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

I Jornadas de Dolor en Cuidados Paliativos

Evolución de los cuidados paliativos en la provincia de Río Negro.

ALBERTO ROMERO, MD

E-MAIL: ROMEROA@SPEEDY.COM.AR

La asistencia de los pacientes portadores de enfermedades en etapa terminal comenzó a partir del accionar de la "Internación Domiciliaria", que inicialmente fue creada en el año 2001 como complemento del sistema de "cuidados progresivos" logrando una externación rápida del paciente, y que en la práctica se fue haciendo cargo de los pacientes con enfermedades sin terapéutica etiológica útil.

En el año 2003 se promulga la ley provincial 3579, que promueve la creación de una comisión con la responsabilidad de organizar y regular la actividad de cuidados paliativos.

A partir del año 2005 se inicia la tarea de capacitación de los profesionales que actuaban en los hospitales provinciales asistiendo a estos pacientes, con un "Curso Anual de Formación Continua en Cuidados Paliativos" formándose inicialmente un grupo de 38 trabajadores de la salud entre los que se encontraban enfermeros, médicos, asistentes sociales, psicólogos y kinesiólogos.

Desde ese momento se realizaron anualmente estos cursos con el aval del Ministerio de Salud con dos niveles académicos, uno inicial y otro superior. A partir del año 2006 la Legislatura declaró "obligatoria" la realización de esta capacitación, llegando en la actualidad a 198 los profesionales que aprobaron estos cursos, con una carga horaria de 500 hs anuales y una metodología de actividades educativas presenciales en jornadas de cuatro días de convivencia educativa, con frecuencia mensual, siendo solventadas totalmente por el Estado Provincial, el IPAP y el IPROSS; y la colaboración de reconocidos especialistas pertenecientes a la AAMyCP.

Durante el año 2008 se promulgaron las resoluciones del Ministerio de Salud, que reglamenta y organiza las "Unidades Asistenciales Complejas" y las "Unidades Asistenciales Funcionales" en los Hospitales Provinciales; y la de la obra social provincial (IPROSS) que establece las características asistenciales en cuidados paliativos, tanto profesionales como administrativas.

Con este marco regulatorio general y el recurso humano que se formó en los cursos de capacitación provinciales, y con aquellos que habían realizados cursos de capacitación en Pallium, se llegó a conformar unidades complejas en las ciudades de Bariloche, Cipolletti, Villa Regina, Gral Roca y Viedma, y unidades funcionales en 14 ciudades más, que en la actualidad están formando la Red Asistencial de la Provincia.





XIX CONGRESO ARGENTINO DE DOLOR

Prestación de Trabajos a Posters

Farmacología y Dolor

La coadministración subcutánea del opioide atípico tramadol y un AINE genera efectos de potenciación antinociceptiva en ratas con artritis tipo gota.

LUIS ALFONSO MORENO ROCHA^A; ADRIANA MIRIAM DOMÍNGUEZ-RAMÍREZ^B; ALMA ROSA CORTÉS-ARROYO^B; URIAH GUEVARA-LÓPEZ^C; GUADALUPE BRAVO^A; FRANCISCO JAVIER LÓPEZ-MUÑOZ^A.

^ADEPARTAMENTO DE FARMACOBIOLOGÍA, CINVESTAV-SEDE SUR, MÉXICO D.F., MÉXICO.

^BDEPARTAMENTO DE SISTEMAS BIOLÓGICOS, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F., MÉXICO.

^CUNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD "MAGDALENA DE LAS SALINAS", INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. MÉXICO, D.F., MÉXICO.

E-MAILS: FLOPEZM@PRODIGY.NET.MX, LAMORE80@PRODIGY.NET.MX

Introducción: En el medio clínico es común el empleo de combinaciones de analgésicos, con la finalidad de generar potenciación de efectos analgésicos y disminuir la posibilidad de aparición de efectos adversos.

Objetivo: El propósito de este estudio fue analizar el tipo de interacción y eficacia antinociceptiva que se genera con diferentes proporciones de combinación de tramadol y metamizol empleando un modelo de "disfunción inducida por dolor" en ratas.

Materiales y Métodos: Para desarrollar el estudio fueron empleadas ratas macho Wistar de 180 a 200 g de peso corporal a las cuales se les indujo artritis de tipo gota. Para esto se les administró una suspensión de ácido úrico en la articulación fémoro-tibio-rotular de la extremidad posterior derecha, e inmediatamente después les fueron adheridos en forma plantar unos pequeños electrodos en ambas extremidades traseras. Ya establecido el proceso de artritis gotosa, fueron administrados los fármacos en forma individual y combinada por vía subcutánea, y se siguió un curso temporal durante 4 h con evaluaciones cada 0.5 hs. Fue calculada el área bajo la curva del curso temporal y con ésta, construida las curvas dosis-respuesta de tramadol y de metamizol. Para determinar el tipo de interacción fue empleado el análisis de "Superficie de interacción sinérgica".

Resultados: Los resultados mostraron efectos dosis dependientes para los analgésicos, siendo tramadol más eficaz y potente que metamizol. El análisis de las combinaciones mostró aparición de efectos de suma en 3 casos, y de potenciación antinociceptiva en 22 casos.

Conclusiones: Es posible que los resultados encontrados se deban a interacciones farmacocinéticas y/o farmacodinámicas, y serán determinadas en el futuro.



Prestación de Trabajos a Posters

La integridad del núcleo pretectal anterior y el fonículo dorsolateral es necesaria para la analgesia inducida por electroacupuntura en la prueba de movimiento rápido de la cola de la rata.

SILVA, M.L., SILVA, J.R.T., PRADO, W.A.

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDAD DE SAN PABLO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Antecedentes y objetivos: Estudios previos han indicado que el núcleo pretectal anterior (APtN) está implicado en vías que descienden a través del fonículo dorsolateral (FDL) para modular los estímulos aferentes nociceptivos en el asta dorsal de la médula espinal. La activación de mecanismos inhibitorios descendentes también parece estar involucrada en la analgesia inducida por electroacupuntura (EA).

Métodos: Este estudio utilizó la prueba sacudida de la cola para examinar los cambios producidos por la lesión del FDL o la inyección de lidocaína al 2% en el APtN en la analgesia inducida por 2 o 100 Hz de EA aplicados a los puntos de acupuntura Zusanli (ST36) y Sanyinjiao (SP6) en ratas ligeramente anestesiadas.

Resultados: La latencia de la sacudida de la cola fue significativamente incrementada por la EA, durando mayor tiempo el efecto de la EA a 2 Hz que la producida por la EA a 100Hz. El efecto de la EA a tanto 2 como 100 Hz no ocurrió en las ratas con lesión neural del FDL. El efecto de la EA a 2 Hz no ocurrió en ratas con bloqueo neural de la totalidad o de la porción dorsal del APtN. En contraste, el efecto de la EA a 100Hz fue reducido en ratas con bloqueo neural de la totalidad del APtN pero permaneció sin cambios en ratas con bloqueo neural de la porción dorsal del APtN.

Conclusiones: Así concluimos que la integridad del APtN y el FDL es necesaria para la analgesia inducida por EA en el movimiento rápido de la cola de rata. Además, la integridad del APtN dorsal es necesaria para el efecto analgésico de la EA a 2 pero no a 100Hz.

Participación del núcleo pretectal anterior en la analgesia inducida por electroacupuntura en la rata.

SILVA, M.L., SILVA, J.R.T., PRADO, W.A.

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDAD DE SAN PABLO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Antecedentes y objetivos: El núcleo pretectal anterior (APtN) es una estructura del mesencéfalo que participa en mecanismos nociceptivos y antinociceptivos. Este estudio investigó la participación del (APtN) en el efecto antinociceptivo inducido por acupuntura.

Métodos: Ratas machos Wistar (160kg) fueron sometidas a lesión del fonículo dorsolateral (LFDL) bilateralmente y a 20min de LEA o HEA en los puntos de acupuntura Zusanli (ST36) y Sanyinjiao (SP6) y a la prueba de sacudida de la cola por 30 min. En el último experimento, los animales fueron implantados crónicamente con una cánula guía por arriba del APtN dorsal (APtNd) y sometidas a 20 min de LEA o HEA.

Resultados: La LEA evoca significativamente una antinocicepción importante y de larga duración durante 30 min. La HEA produjo antinocicepción de corta duración. La LFDL inhibió ambos efectos, de LEA y HEA. El pretratamiento del APtN con lidocaína redujo la duración y la intensidad de las respuestas a LEA, pero en HEA redujo la duración y la intensidad de las respuestas. Efectos similares fueron observados cuando la microinyección fue dirigida al APtNd pero no afectó los efectos del HEA.

Conclusiones: Concluimos que LEA y HEA inducen antinocicepción con características diferentes en relación a la duración e intensidad. La LFDL bloquea los efectos de LEA y HEA. El bloqueo neural del APtN suprime los efectos de LEA y reduce la intensidad y la duración de HEA; el bloqueo del APtNd suprime el efecto de LEA pero no altera la antinocicepción inducida por HEA.



Prestación de Trabajos a Posters

El rol de los receptores medulares α -adrenérgicos y gaba en el mecanismo antinociceptivo de la electroacupuntura con alta o baja frecuencia.

SILVA, J.R.T., SILVA, M.L., PRADO, W.A.

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDAD DE SAN PABLO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Antecedentes y objetivos: Varias áreas cerebrales modulan la transmisión del dolor a través de proyecciones directas a la médula espinal por medio de neurotransmisores que actúan en ambas, neuronas de proyección e interneuronas que tienen como blanco a las neuronas de proyección. La analgesia por electroacupuntura (EA) ha sido confirmada por numerosas observaciones clínicas y estudios experimentales como un tratamiento útil para aliviar distintos tipos de dolor. De todos modos, los mecanismos subyacentes del efecto analgésico de la electroacupuntura no son completamente comprendidos.

Métodos: El presente estudio utilizó la latencia de la sacudida de la cola (LSC) para examinar los cambios producidos por la inyección intratecal (i.i.) de bicuculina (antagonista $GABA_A$, $0,3 \mu g/5 \mu l$), flaclofen (antagonista $GABA_B$, $20 \mu g/5 \mu l$), WB4101 (antagonista α_1A , $20 \mu g/5 \mu l$) e idaxozan (antagonista α_2 , $20 \mu g/5 \mu l$) en la analgesia inducida por EA a 2 ó 100 Hz aplicada a los puntos de acupuntura Zusanli (ST36) y Sanyinjiao (SP6) en ratas ligeramente anestesiadas.

Resultados: LSC fue significativamente incrementada por la EA, durando más tiempo el efecto de la EA producido a 2 Hz que el producido por 100 Hz. La inyección intratecal de bicuculina y flaclofen disminuyó la LSC luego de EA a 2 y 100 Hz. El pretratamiento con idaxozan bloqueó el incremento de la LSC inducido por EA a 2 Hz, pero no a 100 Hz. De todos modos, tanto el efecto de EA a 2 como a 100 Hz no ocurrió con el pretratamiento de WB4101.

Conclusiones: Los resultados sugieren que los receptores $GABA_A$ y $GABA_B$ están involucrados en la modulación de la antinocicepción por EA. También, los receptores α_2 -adrenérgicos pueden ser necesarios para el efecto analgésico de 2 pero no de 100 Hz de EA, mientras los receptores α_1A -adrenérgicos tal vez no estén involucrados en la antinocicepción inducida por EA.

El rol de los receptores medulares serotoninérgicos y opioides en los mecanismos antinociceptivos de la electroacupuntura con baja o alta frecuencia.

SILVA, J.R.T., SILVA, M.L., PRADO, W.A.

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDAD DE SAN PABLO, RIBEIRÃO PRETO, SP, BRASIL.

Antecedentes y objetivos: La acupuntura provee un medio de estimulación periférica para el alivio del dolor. La electroacupuntura (EA) es una práctica china tradicional que consiste en pasar una corriente eléctrica a través de agujas insertadas en los puntos de acupuntura para aliviar el dolor. De todos modos, los detallados mecanismos neuronales por medio de los cuales la acupuntura alivia el dolor, aún son pobremente comprendidos y la información relacionada a los neurotransmisores es aún inadecuada.

Métodos: El estudio presente utilizó la latencia de sacudida de la cola (LSC) para examinar los cambios producidos por la inyección intratecal (i.i.) de metilsergide (antagonista 5HT, $30 \mu g/5 \mu l$), atropina (antagonista muscarínico, $20 \mu g/5 \mu l$) y naloxona (antagonista opioide, $20 \mu g/5 \mu l$) en la analgesia inducida por EA a 2 ó 100 Hz aplicada a los puntos de acupuntura Zusanli (ST36) y Sanyinjiao (SP6) en ratas ligeramente anestesiadas.

Resultados: La LSC fue significativamente incrementada por la EA, durando el efecto de la EA a 2 Hz más tiempo que el producido por EA a 100 Hz. La inyección intratecal de metilsergide disminuyó la LSC luego de tanto la EA a 2 Hz como a 100 Hz. El pretratamiento con naloxona bloqueó el incremento de la LSC inducida por EA a 2 Hz pero no a 100 Hz. Además, la inyección intratecal de atropina bloqueó el efecto de EA a 2 Hz y redujo el efecto de EA a 100 Hz.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que los mecanismos de antinocicepción de la EA involucran acciones de los receptores medulares 5HT, muscarínicos y opioides, jugando roles importantes en la mediación de la analgesia inducida por EA.





Prestación de Trabajos a Posters

Lidocaína tópica 5% en manejo de cervicalgias y lumbalgias localizadas en pacientes con fibromialgia de la unidad de dolor y cuidados paliativos del hospital clínico universidad de Chile.

MIRANDA O, JP¹; JAQUE G, JUANITA¹; JIMÉNEZ V, LEONELLA²; ABUSADA A, NANCY³; ORELLANA B, RODRIGO³.

¹MÉDICO. UNIDAD DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

²MSc. CIENCIAS BIOMÉDICAS. FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE.

³QUÍMICO FARMACÉUTICO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Introducción: La fibromialgia se considera un proceso reumático crónico no inflamatorio ni degenerativo, que afecta a los tejidos blandos especialmente al compartimento muscular. En las últimas décadas ha adquirido gran importancia por el sostenido aumento de pacientes diagnosticados de esta patología¹. Se estima que entre el 70-90% de los pacientes con fibromialgia presentan dolor de tipo neuropático. Actualmente la lidocaína tópica 5% se ha demostrado su eficacia como coadyuvante en el manejo de este tipo de dolor.

Objetivo: Determinar la efectividad de la lidocaína transdérmica 5% en cervicalgias y lumbalgias en pacientes con fibromialgia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de fibromialgia, según criterios *American College of Rheumatology*, atendidos ambulatoriamente en Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile, durante el periodo Marzo 2008 a Febrero de 2009. Los pacientes recibieron tratamiento en base al modelo de escalera analgésica, indicándose gabapentoides (gabapentina o pregabalina) cuando hubiera dolor neuropático, luego de un periodo de tratamiento de 2 meses se analizaron las variables demográficas, clínicas y el tratamiento farmacológico prescrito, definiéndose como eficacia analgésica la disminución en la intensidad del dolor, medido en puntuación de escala visual análoga (EVA) y disminución en puntaje DN4. Se realizó análisis con test de Kwallis, en programa estadístico Stata 10.0[®], considerando un p-value significativo <0,05.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se seleccionaron aleatoriamente 5 pacientes con diagnóstico de fibromialgia y que estuvieran recibiendo lidocaína tópica 5% dentro de su terapia farmacológica (grupo 1), los que se emparejaron aleatoriamente con 5 pacientes con fibromialgia que no tuvieran esta prescripción (grupo 0). El 100% de los pacientes fue de sexo femenino, con promedio de edad 52.1 ± 6.1 sin diferencias significativas por grupo. En relación a la sintomatología las cervicalgias se presentaron en el 80% del grupo 0 y en el 100% del grupo 1, las lumbalgias en el 80% y 100% respectivamente. La puntuación de la intensidad de dolor medida en EVA, en el grupo 0 al ingreso a la unidad fue de 8 ± 1.9 mm y luego del tratamiento fue de 2.6 ± 2.3 mm $p < 0.001$. En el grupo 1 la intensidad de dolor fue de 9.4 ± 1.3 mm y 3.4 ± 1.7 mm $p < 0.02$, respectivamente. Al analizar la diferencia de cambio en puntuación EVA, se encontró que el grupo 1 tuvo la mayor amplitud de -6.2 ± 1.5 mm v/s -2.4 mm en el grupo 0, $p < 0.01$. En relación al dolor neuropático en el grupo 0 al ingreso fue de 5.8 ± 2.4 v/s 3.4 ± 1.7 puntos al final del periodo de seguimiento. En el grupo 1 fue de 8.8 ± 0.9 v/s 2.6 ± 1.4 puntos $p < 0.02$. La diferencia de cambio en puntaje DN4 fue mayor en este último grupo -6.2 ± 1.5 que en el grupo 0 (-2.4 ± 1.5 puntos) $p < 0.01$.

Conclusiones: La lidocaína tópica 5%, como coadyuvante en manejo de dolor neuropático basado en el modelo de la escalera analgésica, nos ofrece un nuevo tratamiento para el alivio de cervicalgias y lumbalgias en pacientes con fibromialgia. Es necesario ampliar el estudio de manera de sacar conclusiones definitivas.

Referencias

- Rodríguez de la Serna A. La fibromialgia (reumatismo muscular). En: Aliaga, Baños, Barutell, eds. Tratamiento del dolor teoría y práctica. Barcelona: 2002. p. 258-62.
- Geha PY, Baliki MN, Chialvo DR, Harden RN, Paice JA, Apkarian AV. Brain activity for spontaneous pain of postherpetic neuralgia and its modulation by lidocaine patch therapy. *Pain*. 2007 Mar;128(1-2):88-100. Epub 2006 Oct 25.
- Meier T, Wasner G, Faust M, Kuntzer T, Ochsner F, Hueppe M, Bogousslavsky J, Baron R. Efficacy of lidocaine patch 5% in the treatment of focal peripheral neuropathic pain syndromes: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain*. 2003 Nov;106(1-2):151-8.





Prestación de Trabajos a Posters

Propofol sin dolor a la inyección.

ALDRETE JA, ALCOVER J, QUIROGA D, OTERO P, MONTPETIT FH. SUNSHINE MEDICAL CENTER, CHIPLEY, FL, USA.

Introducción: Pacientes con síndromes lumbares crónicos son tratados por intervencionistas bajo sedación. Un medicamento usado por su rápida acción y pronta eliminación es propofol, sin embargo produce dolor a la inyección en 80% de los casos^{1,2}.

Material: 22 pacientes adultos, con lumbalgia, tratados con bloqueos periarticulares (sin premedicación, sin medicamentos por 12hrs, después de explicarles el procedimiento el y los riesgos, dieron permiso escrito de recibir, doble ciega, una de 4 soluciones sedantes, por catéter 24g en una vena de la mano. Monitorizo TA, Pulso, SaO₂. Intensidad del dolor y respuesta del paciente fueron notados por espectadores imparciales y entrenados. Al azar, doble ciego, cada paciente recibió tratamiento c/6semanas, total 16 inyecciones, 4 de propofol "X" con 5ml de NaCl 0.9%, o con 5ml de 2% Lidocaína, o propofol "G" con los mismos aditivos.

Resultados

Respuestas a las diferentes soluciones de propofol

| Inductor | Dolor | Movió Brazo | Movió Cuerpo | Recordó Dolor |
|----------------------|------------|-------------|--------------|---------------|
| Propofol "X" + NaCl | 74 (84.0%) | 47 (53.1%) | 9 (10.2%) | 54 (61.3%) |
| Propofol "X" + Lidoc | 45 (51.1%) | 24 (27.2%) | 4 (4.5%) | 26 (29.5%) |
| Propofol "G" + NaCl | 2 (2.2%)* | 1(1.1%)* | 0* | 0* |
| Propofol "G" + Lidoc | 0* | 0* | 0 * | 0* |

(*) $p < 0.01$ por el método ANOVA.

Al medir longitud del rango del tamaño de partículas en cámara oscura, las de propofol "G" eran menores y su dispersión mas concentrada.

Discusión: Se han publicado 400 estudios tratando de evitar dolor por inyección de propofol³. Ausencia de "dolor post-inyección" de propofol "G", sugiere que cambiando la formulación de medicamentos en suspensión lípida, pueden modificar sus efectos indeseables.

Referencias

- Nazi A et al: A combination of lidocaine and N2O in O2 is more effective in preventing pain from propofol. Eur J Anaesth 2005;22:299-302.
- Bachman-Mennega B et al: Preventing pain during injection of propofol: new emulsion with lidocaine. Eur J Anaesth 2006;7:1-6.
- Akeson J: Pain on injection of propofol-why bother ? Acta AnaesthesiolScand 2008;52:591-3.





Prestación de Trabajos a Posters

Investigación Básica en Dolor

Nucleoplastía percutánea para el tratamiento de hernia de disco lumbar.

ORLANDO LUIS ZAMORA PLASENCIA, MD.

NELSON MACHIN ARIAS, MD.

Palabras claves: nucleoplastía; percutánea; hernia de disco

Introducción: Las técnicas mínimamente invasivas desarrolladas actualmente para tratar la patología discal lumbar se encuentran en pleno auge en varios países del mundo. La búsqueda de métodos nuevos y eficaces de tratamiento con mejor daño tisular y mejores resultados, es imprescindible en nuestros días.

Objetivo: Evaluar los resultados clínicos de la técnica en pacientes sometidos a tratamiento de hernia de disco lumbar por Nucleoplastía Percutánea (NP).

Materiales y métodos: Diez pacientes seleccionados con hernia de disco lumbar operados entre octubre del 2007 y enero del 2008. Se utilizó una punta de Arthrocare de la empresa Optika Ltda.. Todos fueron evaluados con la escala visual análoga (EVA) y evaluación global de satisfacción y retorno al trabajo.

Resultados: El seguimiento médico fue de cuatro meses variando de 4 a 8 meses. La EVA fue significativamente menor ($p < 0,02$), y la satisfacción global del paciente luego del procedimiento fue mayor con una rápida integración al trabajo sin restricciones de las actividades laborales previas.

Conclusión: La nucleoplastía percutánea lumbar es un método mínimamente invasivo, eficaz para la hernia de disco lumbar en pacientes seleccionados. Es necesario realizar estudios prospectivos y multicéntricos con un número mayor de pacientes.



Prestación de Trabajos a Posters

Dolor Crónico

Radiofrecuencia facetaria lumbar: resultados en 20 pacientes.

ORLANDO LUIS ZAMORA PLASENCIA, MD; NELSON MACHIN ARIAS, MD

Introducción: El síndrome facetario lumbar puede manifestarse como dolor en la región con irradiación a la cadera, glúteos, muslos e ingle, que no sigue los dermatomas.

El dolor articular facetario puede estar asociado a una disminución de la amplitud de los movimientos de la columna lumbar y a espasmos de la musculatura paraespinal.

La denervación de las facetas articulares por radiofrecuencia está indicada en aquellos pacientes con dolor lumbar crónico que mejoran con bloqueo de las articulaciones facetarias con anestésico local.

Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo realizado con 20 pacientes seleccionados, con 18 meses de seguimiento, portadores de dolor lumbar crónico secundario a un síndrome facetario. Todos los pacientes fueron operados por el mismo equipo quirúrgico, y evaluados por examen clínico, estudios de imágenes, neurofisiológicos y evaluación neuropsicológica preoperatorio.

Los pacientes fueron evaluados utilizando la Escala Visual Análoga (VAS), Índice Funcional de Wisconsin, Índice de Satisfacción Personal (PSQ) y escala de evaluación neuropsicológica de acuerdo a la escala de prueba Minnesota Multiphasic Personalite Inventory – 2 (MMPI-2).

Resultados: Hubo una excelente respuesta postquirúrgica con marcada disminución de las pruebas de dolor aplicadas y una amplia aceptación del procedimiento, con alivio inmediato del dolor y mejora en la calidad de vida de los pacientes y de la esfera psicológica de los mismos.

Conclusiones: La radiofrecuencia facetaria es un método de tratamiento eficaz para aquellos pacientes con síndrome facetario que tienen una buena respuesta al bloqueo facetario con anestésico local.

Análisis retrospectivo 2004 – 2008 sobre la aplicación de ozono medicinal paravertebral e intradiscal en columna vertebral.

EDUARDO LIS, MD

Introducción: El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en la aplicación de ozono medicinal en la columna vertebral durante 5 años.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes tratados en un rango de edad de 22 a 72 años, que padecieron un conflicto disco-radicular, agudo o crónico. Fueron seguidos los protocolos nacionales e internacionales en cuanto a la dosificación, cantidad de dosis y vías de aplicación.

Resultados: Sobre un total de 687 pacientes tratados, el 19% fueron patologías agudas, con un 83% de excelentes resultados y en un 81% de patologías crónicas, el 58% tuvieron un resultado muy bueno.

Discusión: Cuando utilizar ozono, asociado a otros tratamientos, es mínimamente invasivo.

Conclusiones: La discólisis percutánea con ozono simplificó el tratamiento. La rehabilitación acuática fue excelente. El método no presentó reacciones adversas. Sus contraindicaciones son mínimas.





Prestación de Trabajos a Posters

La ozonoterapia. Una experiencia en la artrosis de rodilla. Enero 2001 a diciembre 2006.

¹JUAN ROGELIO MILANÉS, MD; ²EDILBERTO TRINCHET AYALA, MD.

¹ DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO CUBANO DE TRAUMATOLOGÍA Y DOLOR, CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. EX PROFESOR ADJUNTO DE TRAUMATOLOGÍA, FACULTAD DE MEDICINA LA HABANA, CUBA.

²PROFESOR TITULAR DE TRAUMATOLOGÍA Y JEFE DEL SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR, HOSPITAL PROVINCIAL "LENIN". CIUDAD DE HOLGUÍN, CUBA.

Palabras Clave: ozonoterapia; artrosis de rodilla

Introducción: La artrosis primaria de rodilla, ha sido ampliamente estudiada y no son pocos los tratamientos no quirúrgicos empleados a través de las últimas décadas. El uso del ozono, ha cobrado fuerza para su aplicación en los últimos años y en varios países. Todo lo anterior nos motivó a realizar un trabajo observacional en los pacientes a los que les fue aplicado este método, conformado por 321 casos del total de pacientes tratados en el centro médico cubano de traumatología y dolor en la ciudad de Buenos Aires , al finalizar se expresaron en tablas demostrativas estos resultados y no se reportaron efectos indeseables.

Pacientes y Método: Realizamos un estudio observacional, prospectivo y aleatorio desde enero del 2001 hasta diciembre del 2006 , conformada la muestra por 321 pacientes del total de pacientes atendidos en este centro médico, con diagnóstico de artrosis primaria de rodilla, a los cuáles previo consentimiento informado se les efectuó inyección de ozono en el ángulo ínfero-externo de la rotula de la rodilla que corresponda, en un volumen de 10 cc a una concentración de 24 mcg/cc, y con equipo OZOMED (del centro internacional de ozono cuba) con aguja 23/G y previo a normas de asepsia y antisepsia . Los parámetros de dolor fueron evaluados según escala EVA y en general al final de tratamiento según escala de calidad de vida WOMAC-PERU. Los datos finales se expusieron en tablas demostrativas.

Resultados: De los 321 pacientes de la muestra, al final del proceso observacional, obtuvimos: el 47,14 % estaban en el rango de entre los 51 a 60 años, de edad, 175 casos refirieron estar entre el 7 y 9 EVA menos de dolor inicial, no se reportaron reacciones indeseables significativas por los pacientes estudiados, fueron expresada en 284 personas estudiadas, haber tenido una mejora en su calidad de vida en general , en lo que respecta al dolor, y capacidad de movilidad articular y de sus actividades en general.

Conclusiones: La ozonoterapia, pudiera ser considerada dentro del arsenal de tratamientos conservadores en la artrosis primaria de la rodilla, por su fácil aplicación, obtención de resultados alentadores y ausencia según los reportes de efectos adversos en los pacientes tratados, no obstante somos de la opinión que como otras terapéuticas en medicina , no es la panacea y habrá mucho por investigar.



Prestación de Trabajos a Posters

Buprenorfina transdérmica en manejo del dolor crónico benigno en pacientes ambulatorios de la unidad de dolor y cuidados paliativos del hospital clínico Universidad de Chile.

MIRANDA O, JP; JAQUE G, JUANITA; JIMÉNEZ V, LEONELLA; ABUSADA A, NANCY; ORELLANA B, RODRIGO

Introducción: El dolor crónico benigno se ha convertido en un importante problema de salud a ser resuelto, debido al rápido incremento de su prevalencia. El envejecimiento de la población y el diagnóstico cada vez más frecuente de patologías que cursan con dolor, hacen necesario la utilización de diversos tratamientos que se sean eficaces; ya que el alivio del dolor una de las demandas más importantes por parte de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la utilización de buprenorfina transdérmica Transtec® en el manejo del dolor crónico benigno de pacientes ambulatorios tratados en una Unidad de Dolor.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de seguimiento prospectivo de los pacientes con diagnóstico de dolor crónico benigno, atendidos ambulatoriamente en Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile, durante el periodo Mayo 2008 a Octubre de 2008. Se realizó el tratamiento farmacológico en base al modelo de escalera analgésica. Luego del seguimiento de 3 meses, se analizaron variables demográficas, clínicas y el tratamiento farmacológico prescrito, definiéndose como eficacia analgésica, disminución en la intensidad del dolor en la puntuación de escala visual análoga. Se realizó análisis con t de Student y test de Wilcoxon para datos emparejados, en programa estadístico Stata 10.0®, considerando un p-value significativo <0,05.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se encontró un total de 61 pacientes con diagnóstico de dolor crónico benigno, en los cuales se utilizó buprenorfina transdérmica Transtec®. De ellos, 43 (70.49%) pacientes fueron de sexo femenino con un promedio de edad de 54.9 ± 15.8 años y 18 (29.51%) pacientes de sexo masculino con edad promedio de 40 ± 9.4 años, sin diferencias significativas por sexo ($p=0.07$). Los diagnósticos principales fueron lumbociática (34.4%), poliartrosis (31.1%) y fibromialgia (14.8%), sin diferencias por sexo entre los diagnósticos. La dosis inicial de buprenorfina transdérmica Transtec® fue de 10.8 ± 5.7 mcg/hr (0.3 ± 0.16 parches de 35 mcg/hr). Luego de la titulación de buprenorfina junto a terapia coadyuvante, se alcanzaron dosis de 46.5 ± 17.6 mcg/hr (1.3 ± 0.5 parches de 35 mcg/hr). La intensidad del dolor medida en puntuación de la EVA se logró disminuir significativamente ($p < 0.0001$) desde un puntaje 9.2 ± 1.6 a un puntaje 2.4 ± 0.2 . Se constató mareos en 5 (8.2%) pacientes, náuseas en 8 (13.1%), constipación 13 (21.3%) y 1 (1,6%) paciente con rash urticarial moderado en la zona del parche, solamente en este último se suspendió el tratamiento transdérmico.

Conclusiones: Buprenorfina transdérmica junto a fármacos coadyuvantes, basados en el modelo de la escalera analgésica, nos ofrecen una nueva herramienta efectiva para el alivio del dolor, en pacientes con dolor crónico benigno.

Bibliografía:

- Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, Kress HG, Langford R, Likar R, Raffa RB, Sacerdote P. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). Pain Pract. 2008 Jul-Aug;8(4):287-313. Epub 2008 May 23
- Tassinari D, Sartori S, Tamburini E, Scarpi E, Raffaelli W, Tombesi P, Maltoni M. Adverse effects of transdermal opiates treating moderate-severe cancer pain in comparison to long-acting morphine: a meta-analysis and systematic review of the literature. J Palliat Med. 2008 Apr;11(3):492-501.





Prestación de Trabajos a Posters

Terapéuticas Invasivas en Dolor

Terapéuticas invasivas: utilidad de distintos abordajes al plexo celiaco en dolor refractario del cáncer de páncreas.

¹OSCAR BENÍTEZ; ²EDGARDO SERRA; BENITEZ SONIA; GUILLERMO ÁRNICA, SARITA ALMIRÓN.

¹MÉDICO ANESTESIÓLOGO. EXPERTO EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

²MÉDICO CIRUJANO. RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

SANATORIO CENTRO MÉDICO SA. - UNIDAD DE INTERVENCIONISMO. UNIDAD ACADÉMICA DE LA FAC DE MEDICINA UNNE. ARGENTINA.

Palabras clave: plexo celiaco; técnicas invasivas; abordajes

Objetivo: Analizar los distintos abordajes al plexo celiaco, que utilizamos en la paliación del dolor en cáncer de páncreas en función del estado del paciente y características del tumor.

Material y Métodos: Recolección retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes con cáncer pancreático, sometidos a procedimientos intervencionistas guiados con imágenes para el tratamiento del dolor oncológico en el medio privado. El abordaje y la guía de imágenes se decidió, en función de características del paciente en cuanto a estado general, presencia de ascitis, tamaño tumoral, capacidad de adoptar el decúbito dorsal o ventral

Resultados: Desde abril de 2007 hasta abril de 2009 se realizaron 38 procedimientos neurolíticos, 6 fueron en cáncer pancreático avanzado.

Se utilizaron 2 tipos de abordajes, uno anterior en 2 pacientes donde se realizo ablación del plexo celiaco bajo guía con tomografía, y en otros 4 pacientes, el abordaje posterior, 1 ablación del plexo celiaco con guía fluoroscópica, y en 3 ablación de nervios espláncnicos guiado con fluoroscopia.

En los 6 casos se obtuvo disminución de la intensidad del dolor según EVA.

Discusión: El conocimiento de las distintas vías de abordaje nos ha permitido seleccionar su aplicación en pacientes de acuerdo a características individuales del mismo, tales como, con mayor progresión local de la enfermedad, presencia de ascitis, imposibilidad de adoptar el decúbito ventral, ya sea con guía de TAC o de Fluoroscopia.

Conclusión: los procedimientos intervencionistas son útiles en el control del dolor en le paciente con ca de páncreas avanzado. En la población analizada, decidir el abordaje en función del estado del paciente y tamaño tumoral parece garantizar resultados exitosos del bloqueo del plexo celiaco .

Bibliografía

- Bonica J. Bonicas's management of pain. ByLippincott.Phy,USA.3ra edicion.2001.cap 67.Pag:1306-1307.
- Raj P.Tratamiento practico del dolor.Harcourt Ediciones.3ra edicion.2002,Madrid España.Cap 46.Pag 699-708.
- Burton A Bloqueo neurolitico esplancnico en dolor refractario por malignidad del abdomen superior.ASA Abstrac. 2003-A-024.
- Mercadante S et al. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain: factors influencing pain, symptoms and quality of life. J Pain Sympton Manage 2003; 26: 1140-7.





Prestación de Trabajos a Posters

Vertebroplastia percutánea para el tratamiento de las fracturas por compresión vertebral osteoporóticas.

WORTLEY, RH; ROSENFELD, N; STINGA, C; PILHEU, S; D'ACUNHA, V; DALDOVO, LC; ROMANO, M.

Palabras clave: columna; osteoporosis; dolor; vertebroplastía.

Introducción: Para evaluar la eficacia de la VPP en el alivio del dolor de las fracturas por compresión vertebral en pacientes con osteoporosis severa.

Método: Se revisaron 191 pacientes consecutivos con 369 vertebroplastías efectuadas entre 01/1999 y 12/2008. Se evaluó dolor (EVN=0-10), ambulación, actividades de la vida diaria y consumo de analgésicos.

Resultados: Alivio completo del dolor (EVN: 0-2) se obtuvo en el 59,4%. Moderado (3-5) en el 35,25%, pobre control (6-8) en el 3,97% y empeoramiento del dolor en el 2%; más del 90% redujo o discontinuó los analgésicos y mejoró actividad ambulatoria y nivel de ADL.

Discusión: La VPP resultó en marcada reducción del dolor y mejora del estado funcional, en más del 90% de pacientes, sin complicaciones serias atribuibles al procedimiento.

Conclusiones: La VPP es un importante procedimiento analgésico, seguro y confiable para manejo del dolor de las fracturas osteoporóticas.

1. Galibert P, Deramond H. *Neurochirurgie* 1987; 33:166-168
2. Debussche-Depriester C, Deramond H, y col. *Neuroradiology* 1991; 33:149-152
3. Wortley RH y col. XV Congreso Argentino de Dolor & VIº de Enfermería, Asociación Argentina para Estudio del Dolor; 1999
4. Wortley RH y col. Book of Abstracts from 3rd World Congress, World Institute of Pain; 2004: 85
5. Wortley RH y col. XIIº Congress on Pain, IASP, Glasgow, 2008 : PT 261

Ramo lumbar posterior: correlación anátomo-imagenológica y nuevas opciones técnicas para su infiltración.

ROBERTO WORTLEY, MD

Palabras clave: Dolor lumbar; Articulación apofisaria; Nervio rama medial

Introducción y objetivos: Las articulaciones zigoapofisarias están invadidas por la rama media (RaMed) del ramo primario posterior lumbar. El objetivo fue precisar y definir la localización de RaMed por imágenes para facilitar su infiltración selectiva.

Material y métodos: Se disecó la columna lumbar de dos cadáveres para apreciar el recorrido de los ramos primarios posteriores en L1-L5. Se evaluó el canal fibro-óseo localizado entre los procesos mamilar y accesorio en L1-L4 usualmente constante para la RaMed. En L5 se identificó ramo posterior y divisiones entre alerón sacro y base del proceso articular superior de S1.

Las ramas nerviosas se tiñeron con bario/lodo. Se efectuó correlación de sección anatómica con radiología (RX) y Tomografía Computada (TAC) con reconstrucción tridimensional.

Resultados: Se desarrolló una técnica para infiltración guiada por TAC mediante correlato radiológico-tomográfico. Utilizando RX para la infiltración como es habitual, ya colocados los elementos de abordaje percutáneo se efectuó TAC para detección de estructuras anatómicas y su relación con aguja previamente colocada en cada segmento, con registro iconográfico.

Discusión: Se contrastó la rama medial del ramo primario posterior y, optado por utilizar TAC para su visualización, por la frecuente aplicación en infiltración ya sea RaMed o de articulación zigoapofisial para diagnóstico y tratamiento del síndrome facetario.

Conclusiones: La correlación anátomo-imagenológica provee información fundamental para el abordaje preciso por vía percutánea de la RaMed, a fin de aplicar procedimientos terapéuticos.





Prestación de Trabajos a Posters

Radiofrecuencia percutánea lumbar vs. gangliolisis química lumbar en pacientes con dolor vascular por insuficiencia arterial crónica de miembros pélvicos.

DR. RAMÍREZ BERMEJO ALFREDO, DRA. SANDOVAL LIZBETH, DR. CASTRO GUILLERMO, DRA. HERNÁNDEZ MIRNA. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. CIUDAD DE MÉXICO. MÉXICO.

Palabras clave: dolor vascular; simpatectomía lumbar; radiofrecuencia percutánea lumbar

Introducción: El dolor por insuficiencia arterial crónica de miembros pélvicos (IAP) ha sido tratado mediante gangliolisis química lumbar (GQL).^{1,2}

La radiofrecuencia (RPL) es una corriente de baja energía y alta frecuencia basada en la generación de calor producida por el paso de una corriente eléctrica alterna por un electrocatéter a través de un tejido.³

Material y Métodos: Estudio clínico controlado en 7 pacientes con dolor vascular secundario a IAP. A 3 sujetos se les realizó RPL y al resto GQL. Todos tenían EVA > 4, estadio III o IV (Leriche-Fontaine), y bloqueo diagnóstico positivo previo; consentimiento informado autorizado.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva. Prueba de Wilcoxon comparando el basal con cada uno de los tiempos de medición y prueba de Friedman para encontrar valores de significancia estadística en función del tiempo.

Resultados: Todos los pacientes de ambos grupos presentaron mejoría del dolor a los 30 días posteriores a los tratamientos, igualmente en la temperatura y llenado capilar.

Discusión: La RPL es una técnica diferente para tratar el dolor por insuficiencia vascular cuya ventaja es que se obtiene una precisión controlada del tamaño de la lesión de acuerdo a la temperatura y tiempo, así como una rápida recuperación y menos pérdida sensorial.

Conclusiones: La RPL es una alternativa eficaz y segura para esta patología ya que contribuye en el aspecto sintomático, llenado capilar, temperatura y el estado funcional vascular.

Referencias

- Sanz C, López C, Quevedo MA, et al. Simpatectomía Química Lumbar (SQL), bajo control radiológico (TAC helicoidal), en el tratamiento del dolor de origen isquémico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2001; 8: 23-28.
- Haynsworth RF, Noe CE. Percutaneous lumbar sympathectomy: a comparison of radiofrequency denervation versus phenol neurolysis. Anesthesiology 1991; 74: 459-463.
- Collighan N, Richardson J. Radiofrequency lesioning techniques in the management of chronic pain. Anaesthesia and intensive care medicine 2007; 9: 61-64.



Prestación de Trabajos a Posters

Organización y Gestión en Dolor

Manejo del dolor en pacientes del "Hospital Escuela de la FCV UBA"

BRYNKIER, J.; ESJAITA, E.; ZACCAGNINI, A.; ROVATI, O.; TARRAGONA, L.; OTERO P.

Introducción: El objetivo del estudio consistió en analizar las características de la población de animales sometidos a cirugía en el Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad de Buenos Aires, discriminándolos según grado de dolor y manejo farmacológico recibido.

Materiales y métodos: Se evaluaron las historias clínicas de 861 caninos y felinos sometidos a distintos procedimientos quirúrgicos en el período 2008-2009 en el Hospital Escuela, FCV-UBA.

Se diseñó una escala para clasificar a los pacientes según el grado de dolor:

Dolor leve (1)

Dolor moderado (2)

Dolor grave (3)

Resultados y discusión

| | 1 | 2 | 3 |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|
| TRAUMATOLOGIA | - | - | 212 |
| LAPAROTOMIAS | - | 91 | - |
| BIOPSIAS | 18 | - | - |
| CIRUGIA OCULAR | - | 35 | - |
| CIRUGIA BOCA | 92 | - | - |
| NEOPLASIAS PIEL | 54 | - | - |
| OVARIOHISTERECTOMIA | - | - | 96 |
| ORQUIDECTOMIA | - | - | 57 |
| NEOPLASIAS MAMARIAS | - | 169 | - |
| NEOPLASIAS PERINEALES | - | 18 | - |
| RUPTURA DIAFRAGMA PELVICO | - | 19 | - |
| TOTAL | 164 (19%) | 332 (39%) | 365 (42%) |

| Drogas Utilizadas | Nivel de dolor | | |
|-------------------|----------------|---------|---------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Ketoprofeno | 56,09 % | 6,02% | |
| Meloxicam | 13,41 % | 15,06 % | 7,39 % |
| Carprofeno | 30,48% | | 8,21 % |
| Tramadol | | 52,71 % | 14,24 % |
| Fentanilo | | | 26,30 % |
| Morfina | | | 20,54% |
| Bupivacaína | | 26,20 % | 20,54% |
| Total | 100 % | 100 % | 100 % |

Conclusiones: Los procedimientos dolorosos de intensidad moderada a grave son los más frecuentes en nuestra casuística. Los AINE fueron los más utilizados en dolor moderado y los opioides, junto con una creciente utilización de los anestésicos locales para bloqueos regionales para los procedimientos graves.





Prestación de Trabajos a Posters

Organización y desarrollo de un centro de dolor en un Hospital Público en Buenos Aires, Argentina.

NOEMÍ ROSENFELD, MD

Palabras claves: organización; intervencionismo; estadística

Introducción: La Unidad de Dolor comenzó el manejo de analgesia en pacientes externos e internados con una anestesióloga formada en medicina de dolor y cuidados paliativos e intervencionismo.

Material y método: La estadística es sobre 422 pacientes, distribuidos en edades entre 17 a 94 años, por género, tipo de patología, tipo de dolor, casos en los que se aplicó intervencionismo como tratamiento analgésico.

Resultados: Pacientes en tratamiento a lo largo de 10 años; con dolor crónico 56%; dolor por cáncer 44%, 85% tratamiento intervencionista; 15% manejo farmacológico.

Discusión: Es una Unidad que requiere rápida interconsulta, un equipo de profesionales con un perfil de acción **multidisciplinario** trabajando en salud abocados al manejo del dolor. Está integrada por clínicos, terapeutas físicos, psicooncólogos, paliativistas y asesoramiento de farmacéuticos.

Evaluamos diariamente al enfermo en un centro que cuenta con equipos de imágenes fluoroscópicas en quirófano y tomografía axial computada.

Conclusiones: Reduce el consumo de analgésicos; incrementa la cantidad de pacientes con cuidados paliativos domiciliarios; rápido retorno a la actividad.

Referencias

- Rev. Arg. Anest. Artículo de Actualización. Síndrome de Disfunción Sacroiliaca. (1ª parte). N Rosenfeld. Vol 59, Nº2, 2001.
- Pain Medicine. Journal of AAPM. Editorial: Pain Management in Primary Care: What is the role in pain medicine? Vol. 3, Nº 2, 2002
- Pain Practice. Differential diagnosis and management of spinal nerve root-related pain. PH Sizer Jr, pag 98, 109, 119-121, Vol. 2, Nº 2, 2002.



Prestación de Trabajos a Posters

Cuidados Paliativos en Dolor

Uso de morfina en dolor oncológico en un hospital del conurbano bonaerense.

Roberto M.; Forden Jones; De Marco Rubén Julián; Sáez de Guinoa Ariel Fernando; Isidori Mariana;

Dolcemascolo Adriana.

Palabras claves: morfina; dolor oncológico; cuidados paliativos

Introducción: Presentar el estado actual del consumo de morfina en un hospital del conurbano bonaerense en enfermedad oncológica avanzada y en forma secundaria evaluar la valoración del dolor existente en estos casos.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes adultos con diagnósticos previos de enfermedad oncológica avanzada internados durante el año 2008 en este hospital por cualquier causa.

Resultados: Se evaluaron 40 historias clínicas. En 25 casos (62,5 %) no consta la presencia de dolor al ingreso o durante la evolución. En 15 casos (37,5 %) se registro la presencia de dolor. En 7 casos (46,66%) el dolor se evaluó como intenso (Escala numérica simple igual o mayor a 7) y se indicó morfina. Un total 20 pacientes fallecieron (50%), incluidos los que recibieron morfina. Se otorgaron 20 altas (50%). Se indicó un total de 8,43 g de morfina.

Discusión: El subregistro del dolor fue muy importante. La inadecuada evaluación del dolor es una de las principales causas que determinan un tratamiento insuficiente del dolor oncológico.^{1,2}

El nivel del consumo de morfina por paciente registrado, si bien es bajo, es similar al publicado por otras instituciones sanitarias de nuestro medio (1,88 g/paciente vs. 1,20 g/paciente).³

El consumo de opioides es un indicador objetivo de la calidad del tratamiento del dolor y de la atención sanitaria en general.⁴

Conclusiones: Se debe optimizar el registro y la evaluación del dolor en pacientes oncológicos.

Referencias

1. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, et al. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 1998. 6: 29-40.
2. Soyannwo O A. Cancer pain management in developing countries. *Pain Clinical Updates.* 2009. 16 (1).
3. Merntoff R, Bellucci S. Cambios en la prescripción de morfina en un hospital universitario. 9º Congreso de Medicina Interna del Hospital de Clínicas. *Medicina (Buenos Aires).* 2002. 62: 42.
4. Pascual A. Dolor oncológico: un reto persistente. *Dolor.* 2009. 24: 5-6.





Kinesiología en Dolor

Protocolo de tratamiento fisioterapéutico TAC para pacientes con dolor de larga duración. Resultados preliminares de un estudio piloto en una clínica de dolor multidisciplinaria en Suecia.

GRACIELA ROVNER, MSc.

La evidencia sugiere que la TAC es efectiva en el tratamiento del dolor crónico. El tratamiento se está expandiendo y siendo usado en clínicas de dolor multidisciplinarias. Es imperativo asegurar que el equipo multiprofesional desarrolle intervenciones basadas en la aceptación. Los fisioterapeutas en Suecia tienen una tradición en el abordaje cognitivo conductual y generalmente trabajan muy cerca de los psicólogos o junto a ellos. El dolor crónico está asociado al contexto y a funciones de los fenómenos tanto psicológicos como físicos. La fisioterapia basada en TAC le enseña a los pacientes a ponerse en contacto con la percepción del dolor y a responder a éste de una manera conciente, cambiando las respuestas del comportamiento (evitar el movimiento, patrones de movimientos limitados, descanso, etc.) e incrementando los patrones de movimiento funcional. Los fisioterapeutas pueden trabajar efectivamente con el paciente en valores relacionados al ocio y la salud. Presentamos un resumen de fisioterapia basada en TAC y un resultado preliminar de este protocolo en un estudio piloto conducido en nuestra Clínica Multidisciplinaria Especializada en Dolor en Suecia Oriental. El objetivo general de este estudio es demostrar que la fisioterapia basada TAC puede incrementar la función y calidad de vida, mientras que la intensidad del dolor permanece sin cambios.

Ver TAC: "Terapia de aceptación y compromiso" puede confundirse con Tomografía Axial Computada.

Criterio de selección de pacientes para entrar a programas de rehabilitación de dolor basados en TAC. ¿Está nuestro razonamiento clínico (conceptualización del caso) y nuestra toma de decisiones avalados por los cuestionarios de autoinforme?

GRACIELA ROVNER, MSc.

Sabemos que la rehabilitación multiprofesional ha sido mayormente exitosa en el tratamiento de pacientes con dolor crónico. De lo que no sabemos demasiado es de cómo tomamos nuestras decisiones de inclusión de pacientes a los diferentes programas de rehabilitación. ¿Puede nuestro proceso de toma de decisiones clínicas ser capturado por alguno de nuestros instrumentos psicométricos más utilizados? Para este estudio piloto hicimos nuestra conceptualización de caso cómo lo hacemos usualmente y sin considerar los resultados de los instrumentos psicométricos que los pacientes completaron (n=62). Fueron asignados a uno de dos diferentes programas de rehabilitación (uno intensivo, uno menos intensivo, o ausencia de programa). En nuestra Clínica Multidisciplinaria Especializada en Dolor. Estudiaremos los cuestionarios y realizaremos un análisis de los componentes principales durante abril y mayo del año 2009 para determinar si alguna de las variables puede explicar parte de nuestro razonamiento clínico en el criterio de selección de pacientes que entran a los diferentes programas. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de *aceptación* del dolor crónico (CPAQ), el inventario multidimensional de *dolor* de West Heaven y Yale (MPI), la escala de *ansiedad* y depresión hospitalaria (*HAD*), el *inventario de ansiedad de Beck* (*BAI*), el *inventario* de depresión de beck (*BDI*), el cuestionario de encuesta de salud *short form 36* (*SF-36*), y una medida sueca de satisfacción en la vida (Li*Sat 11), el Cuestionario de Percepción Somática Modificada MSPQ, la Escala de Catastrofismo del Dolor PCS, y el cuestionario de Kinesiofobia de Tampa. Estas preguntas de investigación son parte de nuestro proceso de búsqueda y evalúa los métodos para incrementar la seguridad del paciente y la calidad descuidado de la salud.

Ver TAC: "Terapia de aceptación y compromiso", puede confundirse con Tomografía Axial Computada.





Prestación de Trabajos a Posters

Terapia neural y algoneurodistrofia.

DR. J. M^a GIL

PRESIDENTE DEL GRUP BARCELONA DE MEDICINA ORTOPÉDICA Y MANUAL.

La consideración de la Algoneurodistrofia Refleja como una de las más temibles complicaciones posibles en la fase postraumática de las fracturas y las heridas en los miembros o en la fase postoperatoria de las intervenciones quirúrgicas osteoarticulares en los mismos, viene justificada por su influencia condicionante claramente negativa en la evolución del paciente durante las fases de la rehabilitación de dichas lesiones, por causa del dolor como síntoma siempre presente en dicha complicación, junto al edema, las alteraciones vasomotoras y sudomotoras de la región afectada y la instauración de una pérdida de la movilidad articular y de fenómenos de osteoporosis local o regional de la extremidad.

En la presentación se hace un estudio introductorio de dicha patología, de sus posibles causas, de su sintomatología y tipos de presentación, de sus características clínicas, síntomas y signos, características particulares de éstos, de su evolución y su incidencia en la población. Se valoran también los distintos medios de exploración útiles para alcanzar un correcto diagnóstico, el diagnóstico diferencial con otros procesos con sintomatología similar, necesario para alcanzar el diagnóstico definitivo, para pasar a continuación al abordaje terapéutico de dicha patología, con un tratamiento que necesariamente debe ser de carácter multidisciplinar.

Así, se incide en los recursos terapéuticos a nuestro alcance (entre ellos la medicación y la Rehabilitación Funcional) y su sistemática de tratamiento, dejando para último lugar las posibilidades de tratamiento por técnicas de Terapia Neural (aplicadas ya de manera protocolaria en nuestro grupo) en aquellos pacientes portadores de tal complicación que presentan una mala evolución con los tratamientos aplicados hasta entonces.

Una definición de la Terapia Neural, la consideración de los protocolos de aplicación, de sus funciones y expectativas y de los detalles de tratamiento, nos introducen en la presentación de los casos atendidos en el seno del GBMOIM desde Marzo de 2003 a Junio de 2009, de los tratamientos de tipo precoz y diferido aplicados a los mismos y de sus resultados, así como de las conclusiones derivadas de dicho estudio.





Prestación de Trabajos a Posters

Enfermería en Dolor

Dolor en obstetricia desde una visión enfermera. Una interpretación sobre el dolor en la mujer que esta por parir.

LIC. EN ENFERMERÍA VIVIANA PLEBANI.

Palabras Clave: dolor; parturienta; humanismo; enfermería

Introducción: El dolor es conocido por todos los seres humanos y se expresa de manera muy distinta en cada persona. Es percibido por un individuo, que tiene una historia y vive en una cultura.

El acompañamiento, la escucha, la capacidad de contener la ansiedad, la acogida por los enfermeros (y por todo el equipo de Salud) o la familia del sufriente, (en nuestro caso la parturienta) ejercen un efecto de apaciguamiento del dolor.

Material y métodos: Se observaron 30 mujeres en trabajo de parto, tanto en pre parto como en salas de internación, nulípara, durante un año, con presencia de familiares y sin ella, con explicación de que les sucedía, por que y que debían esperar durante el trabajo de parto y el parto, en una institución de salud en la ciudad de Mar del Plata.

Se registraron las manifestaciones de dolor y como sobrellevaron el mismo estas mujeres.

Resultados: De las 30 mujeres el 20% realizó el curso de psicoprofilaxis del parto, todas tenían algún tipo de información con respecto a lo que acontecería durante el mismo. Las edades fueron entre 16 y 38 años, 12 fueron observadas en pre parto, sin acompañantes y 18 en sala de internación, de estas solo 6 estaban acompañadas, 2 por la madre, 3 por la pareja y 1 por una custodia policial.

Las manifestaciones fueron: 18 mujeres (60%) dijo "sentirse morir" y "no soportar más"; 6 mujeres (20%) suplicó "no me dejen sola", que le dieran la mano y que le masajearan la espalda; 5 de ellas (17%) estaba compenetrada en los ejercicios respiratorios y se las notaba controladas aunque manifestaban que sentían un dolor "no conocido" y a la vez "placentero" y solo una mujer no manifestó absolutamente nada.

Conclusiones: Las mujeres acompañadas por la pareja y algunas de las que realizaron el curso psicoprofiláctico tuvieron menos temor y pudieron controlar el dolor.

Discusión: La praxis enfermera demuestra que no hay nada que atemorice más a los personas en situación de pacientes, como el sufrimiento que proviene de causas desconocidas.

La indiferencia de los profesionales de las Ciencias de la Salud hacia las circunstancias peculiares -orígenes sociales y culturales, etc.- de las personas se convierte en un impedimento para el alivio del dolor.

Control del dolor en neonatos: uso oral de sacarosa al 24%.

NORMA BRITZ, MD.

Introducción: Los recién nacidos internados en Unidades de Cuidados Intensivos están expuestos a numerosos procedimientos dolorosos, no siempre considerados como tales. Utilizar medidas no farmacológicas y sacarosa oral al 24%, puede disminuir el dolor provocado por procedimientos menores.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, cuantitativo, descriptivo y observacional. Se evaluaron 50 procedimientos en 48 neonatos hospitalizados. Se administró 0,2 ml de sacarosa al 24% dos minutos previos al procedimiento, y se controló signos vitales previos y posteriores al evento. Se analizó la aparición o no de llanto y la variación de los signos vitales considerando significativo más del 10%. Los datos se volcaron en guías de observación y se analizaron según peso de nacimiento y edad gestacional con programa Excel.

Resultados: El análisis de la variación de los signos observados, en el total de la población, mostró que el llanto solo apareció en el 31% de los niños. Un porcentaje semejante aumentó en más del 10% la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Otro dato relevante fue que la saturación de oxígeno se mantuvo o aumentó en el 100% de los casos.

Discusión: A pesar de datos conocidos el uso de la sacarosa oral no se utilizó abiertamente hasta que se dieron a conocer los resultados de éste.

Conclusión: Encontrar métodos seguros y efectivos para disminuir el dolor en neonatos, en procedimientos menores, es un desafío para el equipo de salud, y contribuye a la calidad de servicio brindado.

