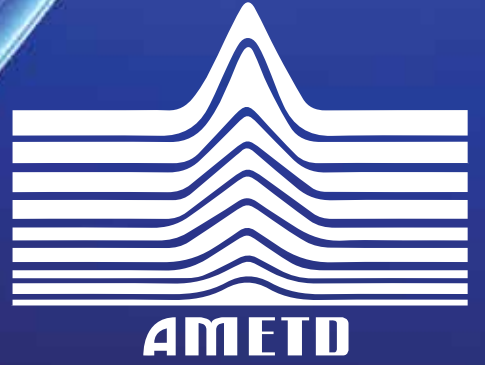


Familia

Año 7, Número 43, mayo - junio 2016

www.imagenglobal.org

MÉDICA



MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO / ANALGESIA - ANESTESIA REGIONAL / QUIMIOTERAPIA

BOMBA DE INFUSIÓN CON SELECTOR DE FLUJO Y BOLO DE RESCATE

BOMBA DE INFUSIÓN DE ELASTÓMEROS



BOMBA DE INFUSIÓN ELECTRÓNICA



KIT DE CATÉTERES PARA ANESTESIA / ANALGESIA REGIONAL CON AGUJA ESPINAL O CAUDAL



20G SPIROL
CATÉTER CON GUÍA Y ALMA DE ACERO HELICOIDAL CON AGUJA INFANTIL O ESTÁNDAR



24G NEO-KATH
CATÉTER PEDIÁTRICO CON GUÍA Y ALMA DE ACERO HELICOIDAL



21G ULTRA-KATH
CATÉTER Y AGUJA ECOGÉNICO PARA BLOQUEO DE NERVIOS PERIFÉRICOS

MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO

CATÉTER DE RACZ PARA LISIS EPIDURAL O NEUROPLASTÍA



BREVI KATH PARA LISIS LUMBAR CON CATÉTER DE 35 CM.

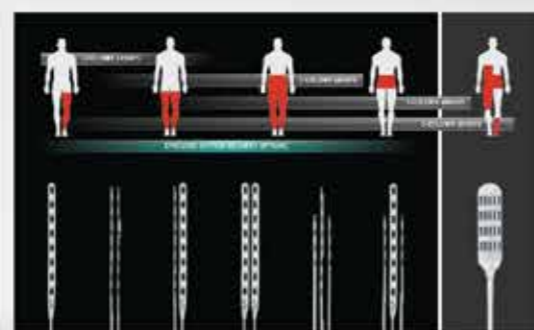


TUN-L-XL PARA LISIS LUMBAR CON CATÉTER DE 60 CM.



VERSA KATH PARA LISIS CERVICAL CON CATÉTER DE 30 CM.

NEURO-ESTIMULACIÓN DE CORDONES POSTERIORES (RÁFAGAS / TÓNICA) CON PALETA PERCUTÁNEA USANDO EL INTRODUCIDOR ESPINAL EPIDUCER



SISTEMAS Y DISPOSITIVOS CIBERNÉTICOS, S.A. DE C.V.
+52 55 5242-5864 | +52 55 5630-3483
rafael@neuromodulacion.com.mx | alejandro@neuromodulacion.com.mx

directorio

Roberto Jairo Juárez
Director general

Adriana Salazar
Editora general

Berenice Torruco
Cuidado editorial

Jessica Guzmán
Reportera

Francisco Cervantes
Diseño editorial

Ignacio Salazar
Fotografía

Francisco Montiel
Editor de redes sociales y sitio web

Gabriela S. Llanos
Directora de comercialización

Mary Tere Arellano
Marketing

Araceli Contreras
Administración

Ana Olvera
Paulino Téllez
Distribución y mercadeo

Informes y contratación publicitaria
54406955 y 55384009

REVISTA FAMILIA MÉDICA. Año 7 No. 43, mayo - junio 2016, es una publicación bimestral de distribución gratuita. Editor Responsable: Adriana Salazar Juárez. Número de Certificado de Reserva otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor 04-2014-100809324100-102. Número de Certificado de Licitud de Título y de Contenido otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas EN TRÁMITE. Domicilio de la Publicación: Cumbres de Maltrata 359-104, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez México, D.F. 03020. Teléfonos: 55384009 y 54406955. Imprenta: Editorial Progreso S.A. de C.V., Naranjo 248, Col. Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06400 México, D.F. Teléfono: 55 1946 0620 Distribuidor: ASH2. Imagen Global, S.A. de C.V., Cumbres de Maltrata 359-104, Col. Narvarte, Delegación Benito Juárez, México, D.F. 03020. Teléfonos: 55384009 y 54406955.

Familia Médica acepta anuncios publicitarios con criterio ético pero los editores se deslindan de cualquier responsabilidad respecto a la veracidad y legitimidad de los mensajes contenidos en los anuncios; el contenido de los artículos firmados son responsabilidad exclusiva del autor. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización por escrito de los editores. Impreso en México.

contenido



FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN DOLOR

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez
[Páginas 12-13](#)

PERSISTENCIA Y EVOLUCIÓN

Dr. Carlos Javier Monroy Álvarez
[Páginas 14-16](#)

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA: ATENCIÓN DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Dra. Ana Lilia Garduño López
[Páginas 17-18](#)

RECURSOS PARA EL APOYO ACADÉMICO

Dra. Sandra Patricia Gaspar Carrillo
[Páginas 19-20](#)

REDES DE APOYO EN EL MANEJO DEL CÁNCER

Dra. Hortensia Ayón Villanueva
[Páginas 21-22](#)

DE LA DOLENCIA FISIOLÓGICA A LA PATOLÓGICA

Dr. Abraham Ochoa Aguilar
[Páginas 23-24](#)

INNOVACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS PARA INTERVENCIONISMO

Dr. Daniel Chora
[Página 25](#)

EDITORIAL

Dr. Eduardo Nuche Cabrera
[Página 04](#)

GALERÍA DE EX PRESIDENTES AMETD

[Página 05](#)

FORMALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN DOLOR

Dr. Ramón De Lille Fuentes
[Páginas 06-07](#)

MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Dr. Eduardo Nuche Cabrera
[Páginas 08-11](#)

Editorial

Aunque el dolor es algo que nos acompaña prácticamente toda la vida, es interesante pensar que apenas en 1972 se creó en México la primera clínica del dolor, en lo que hoy es el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ). Gracias a los esfuerzos de los doctores Vicente García Olivera y Ramón De Lille Fuentes, el tratamiento del dolor fue algo que comenzó a tratarse en serio.



Casi una década después, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) veía la luz, el 23 de febrero de 1981. En 1993 se convierte en capítulo de la IASP (International Association for the Study of Pain); al igual de la FEDELAT (Federación Latinoamericana para Estudio del Dolor).

La conformación multidisciplinaria de la AMETD –la integran en su mayoría anestesiólogos algólogos, anestesiólogos, ortopedistas, neuroci-

rujanos, neurólogos, médicos investigadores en dolor, médicos de primer contacto, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, tanatólogos, paliativistas, fisioterapeutas, rehabilitadores, residentes de la especialidad de anestesiología y algología, así como estudiantes- lo que ha permitido dar a los pacientes un tratamiento integral que contempla todos los elementos que intervienen en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos.

La AMETD también se ha preocupado por seguir formando y capacitando a diversos especialistas en los temas relacionados con el dolor y su tratamiento. La enseñanza y la investigación son parte clave de las líneas de acción de la asociación, pues se encarga de la impartición de cursos, simposios, seminarios, congresos y un diplomado para el tratamiento y manejo del dolor, avalado por la UNAM.

Por otra parte, la divulgación ha sido otra de sus labores más encomiables. En los inicios de la AMETD, se desarrollaba una publicación bimestral llamada Revista del Dolor. Actualmente se impulsa también la realización de libros especializados, como *El médico de primer contacto y el enfermo con dolor*, *Atención paliativa al final de la vida* y *Neurofisiología del dolor para el médico de primer contacto*.

Han sido muchos años de labor constante y continua por parte de innumerables asociados que se han comprometido con la AMETD y la han vuelto un referente, tanto en México como en América Latina y el mundo. Esperamos que en los años por venir sigamos cosechando logros y que los objetivos de quienes fundaron esta asociación se vean cristalizados en un mejor conocimiento y tratamiento del dolor. ♦

Dr. Eduardo Nuche Cabrera.

GALERIA DE EX PRESIDENTES

AMETD



DR. RAMON DE LILLE Y FUENTES
1980-1983



DR. VICENTE GARCIA OLIVERA
1983-1986



DR. JOSE LUIS MENDEZ RAMIREZ
1986-1988



DR. FRANCISCO JAVIER DORANTES
1988-1990



DR. JUAN JOSE RIOS GIRARD
1990-1992



DR. RICARDO PLANCARTE SANCHEZ
1992-1994



DR. PEDRO ANTONIO BRAVO
1994-1998



DR. URIAH GUEVARA LOPEZ
1998-2000



DR. MIGUEL LUJAN ESTRADA
2000-2002



DRA. SARA BISTRE COHEN
2002-2004



DR. CESAR AMESCUA GARCIA
2004-2006



DR. MIGUEL ANGEL GENIS
2006-2008



DR. FRANCISCO JAVIER MAYER
2008-2010



DRA. MARGARITA E. ARAUJO
2010-2012



DR. ALFREDO COVARRUBIAS GOMEZ
2012-2014

Formalización de la atención en dolor

Dr. Ramón De Lille Fuentes
(Expresidente de la AMETD, 1980-1983)



Las bases para la fundación de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) se dieron a partir de la introducción de la primera clínica del dolor en México, fundada en el ahora Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ) en 1972, de la mano de los doctores Vicente García Olivera y Ramón De Lille Fuentes.

El Dr. Vicente García introdujo el concepto de la Clínica del Dolor en México, luego de realizar sus estudios de posgrado en el Hospital Bellevue de Nueva York y en el Hospital para Veteranos de McKinney Texas, en Estados Unidos. En esta última institución tuvo como profesor al doctor Duncan Alexander, quien estableció la primera clínica del dolor en el mundo.

En el panorama internacional, en 1974 el doctor John J. Bonica fundó la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés). Durante una visita a la República Mexicana en 1976, donde asistió a un curso organizado por el doctor Enrique Hülsz en el Instituto Nacional de Cardiología, se reunió con los doctores Vicente García y Ramón De Lille y los invitó a formar parte de esta asociación internacional, convirtiéndose en los primeros socios fundadores mexicanos de la IASP.

PRIMEROS PASOS HACIA LA ENSEÑANZA

El doctor Ramón De Lille recuerda que a partir de este hecho se vio la necesidad de crear una agrupación nacional que reuniera a los especialistas en dolor, en donde los diferentes grupos formaran sus capítulos y se integran a la AMETD.

Así, en 1979 se llevó a cabo una reunión en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, que contó con la participación de los doctores Vicente García, Miguel Herrera, Carlos Valle y Ramón De Lille, la cual culminó con la formalización del acta constitutiva de la AMETD el 23 de febrero de 1981.

El Consejo Directivo estuvo integrado por los doctores: Ramón De Lille, presidente; Vicente García, presidente electo; como secretario Carlos Valle; y Miguel Herrera, al frente de la tesorería. "Tuvimos la colaboración de gente muy valiosa como el diseñador Enrique Pontones, el abogado Francisco Ibáñez y el contador Leopoldo Ruvalcaba".

Desde su fundación, la AMETD ha integrado a diferentes especialistas, entre ellos: anestesiólogos, neurocirujanos, neurólogos, médicos generales, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales.

Para la constitución legal de la Asociación fue necesario el diseño de un logotipo que diera identidad a esta nueva agrupación. El Dr. Ramón De Lille ideó el primer boceto que hacía alusión a un aumento de ondas de intensidad de dolor, que agrupadas asemejaban una montaña, concepto que fue detallado por el diseñador Enrique Pontones.

Una vez instaurada la asociación, se formalizaron las actividades académicas, que iniciaron con la Primera Reunión Anual en el Hospital General de México, centro de trabajo del doctor Vicente García. Al año siguiente, la Reunión tuvo como sede la ciudad de Guadalajara, donde además se realizó el Primer Congreso Nacional de Dolor.

EDUCACIÓN FORMAL

Durante esa época, en el país no existía una educación formal en dolor, algunos médicos del Hospital General de Mé-

xico intentaron hacer algunas clínicas para esta atención pero los proyectos no progresaron.

En 1984, el INCMNSZ organizó un curso monográfico en clínica del dolor para la capacitación de personal médico a nivel de posgrado, que incluía a anestesiólogos y otros especialistas interesados en la algología; y así se "fue sembrando la semilla de un curso universitario".

Después de algún tiempo, la UNAM, a través de la Facultad de Medicina, incorporó el Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Algología. De manera formal inició la enseñanza de esta especialidad en instituciones como: el INCMNSZ, el Hospital General de México, el Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE y en el IMSS.

En el interior del país, en Guadalajara se formó el primer Instituto Jalisciense de Dolor; y en otras entidades se inició con la formación de algólogos. Algunos médicos recibieron entrenamiento en el extranjero, principalmente en Estado Unidos, Japón y en naciones europeas.

En sus primeros años, la Asociación contó con una publicación bimestral llamada *Revista del Dolor*, órgano de difusión que publicaba artículos de investigación, tanto nacionales como textos traducidos al español, pero tiempo después se discontinuó.

A lo largo de su historia, la Asociación ha sido un foro importante para la difusión del conocimiento del dolor y sus repercusiones en el ser humano, posicionándolo como un referente en la enseñanza y como integrante de sociedades internacionales.

Al final, "el éxito de la AMETD se lo debemos a cada una de las mesas directivas y a los miembros de la Asociación que se han mantenido firmes". ♦

Dr. Ramón De Lille Fuentes

Médico egresado de la UNAM, especialista en anestesiología por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ). En 1972, junto con el doctor Vicente García Olivera, funda la primera Clínica del Dolor en México, que se ubicó en el INCMNSZ.

Fundador y primer presidente de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD).

Manejo y tratamiento del dolor

Dr. Eduardo Nuche Cabrera
(Presidente AMETD 2015-2016)



A lo largo de la vida, el dolor es uno de los síntomas presentes en la población, que se manifiesta con diferentes intensidades y está asociado a diversas causas que provocan afectaciones en el individuo. Dentro de la medicina, el tratamiento y manejo del dolor conforman un área de estudio que corresponde a la Algología.

A nivel mundial existe la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) que reúne a científicos, médicos y profesionales de la salud dedicados a la atención de este padecimiento. En el caso de México, médicos de primer contacto, enfermeras generales y especialistas, psicólogos, trabajadores sociales, estudiantes de grado y posgrado en el área de la salud y médicos especialistas en diversas disciplinas también están agrupados a través de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), actualmente presidida por el doctor Eduardo Nuche.

La AMETD surge a partir del esfuerzo de un grupo de médicos interesados en el estudio y tratamiento del dolor, que entre sus fundadores

contó con la participación de los iniciadores de las clínicas del dolor en México tales como el Dr. Vicente García Olivera, que introdujo este concepto en 1953.

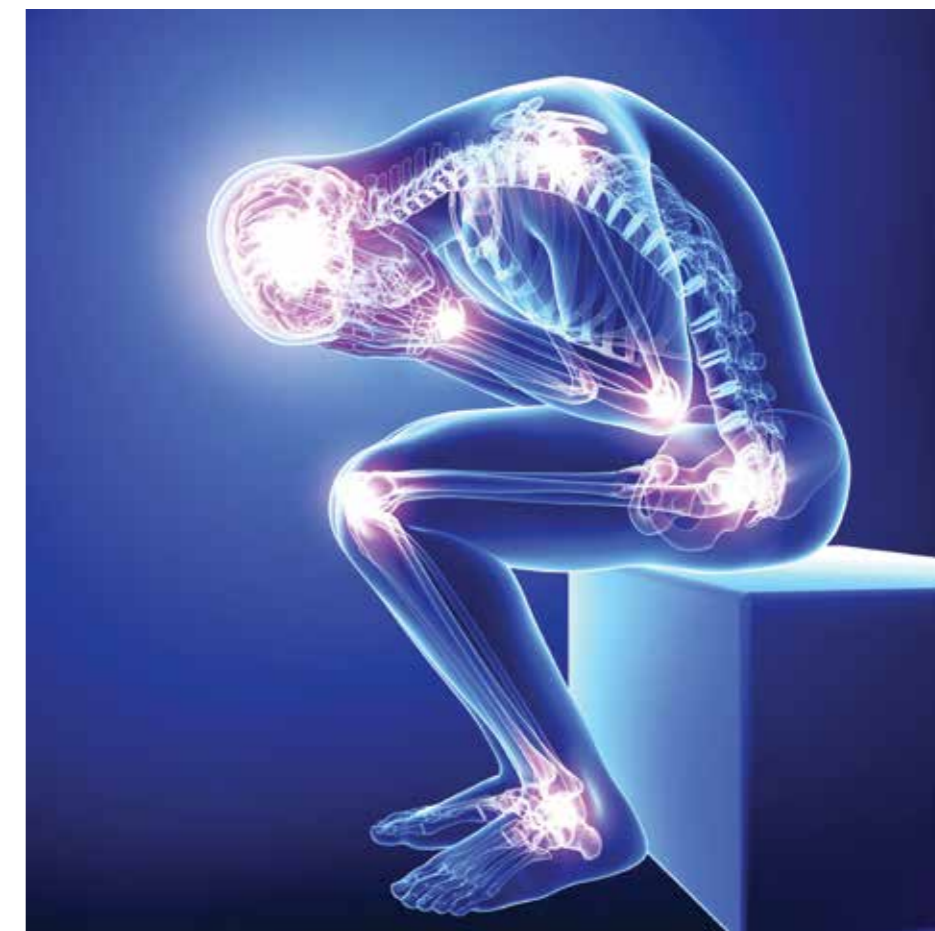
Luego de que el Dr. Vicente García Olivera realizara sus estudios de posgrado en el Hospital Bellevue de Nueva York en 1945, posteriormente complementó su formación en el Hospital para Veteranos en McKinney Texas, bajo la dirección del doctor Duncan Alexander, fundador de la primera clínica del dolor en el mundo.

Años más tarde, en 1972 gracias a la colaboración de los doctores Vicente García y Ramón De Lille Fuentes se crea la primera Clínica del Dolor en el país, que tuvo como sede el Instituto Nacional de Nutrición, hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Mientras tanto, en Estados Unidos el doctor John J. Bonica funda la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en 1974, y viaja a otros países para invitar a los médicos interesados a afiliarse a esta Asociación.

En 1976 el Dr. Bonica visita México y asiste al curso de actualización organizado por el doctor Enrique Halsz, en el Instituto Nacional de Cardiología. A raíz de este encuentro, los doctores Vicente García y Ramón De Lille se incorporan a la IASP y se convierten en los primeros socios fundadores mexicanos.

Posteriormente, en 1979 se reunieron en Guadalajara, Jalisco, los doctores Vicente García, Miguel Herrera Barroso, Carlos Valle Gil, Ramón De Lille, que junto con la colaboración altruista del licenciado Francisco Ibáñez Rivero sentaron las bases para la constitución legal de la Asociación Mexicana para el



Estudio y Tratamiento del Dolor, el 23 de febrero de 1981.

El primer Consejo Directivo quedó integrado por los doctores Ramón De Lille Fuentes, presidente; Vicente García Olivera, presidente electo; Carlos Valle Gil, secretario; y Miguel Herrera Barroso, tesorero.

COLABORACIÓN DE GRUPOS INTERDISCIPLINARIOS

El Dr. Eduardo Nuche Cabrera explica que antiguamente las universidades no enseñaban cómo tratar el dolor, si bien sabían que era un síntoma que alertaba sobre un paciente enfermo, ellos no tenían los conocimientos para un manejo adecuado de este padecimiento;

"no estudiaban el dolor y sólo daban un tratamiento para ver si se quitaba, pero sin tratar la base científica de lo que estaba manifestando el dolor".

Una vez formalizada la Asociación se establecieron los estatutos. Entre los objetivos principales destacan: fomentar dentro de las instituciones hospitalarias el bienestar de los pacientes a través de la formación de clínicas del dolor, así como la creación de grupos interdisciplinarios para la atención.

En este sentido, otro de los objetivos está enfocado en la generación del conocimiento con la participación de diferentes grupos dedicados a las áreas de dolor agudo, crónico, neuropático y cuidados paliativos de todo el país.

Esto en parte motivado por la falta de algólogos que hay en México, pues sólo hay aproximadamente 600 especialistas, un número mínimo para la atención de los pacientes.

Por esta razón, profesionales de la salud, entre ellos estudiantes, enfermeras y médicos generales son el contacto con el paciente para dar un alivio al dolor temprano y puedan referir al enfermo con el terapeuta del dolor para brindar en conjunto un tratamiento adecuado; es necesario difundir el conocimiento a otros profesionales de la salud, entre ellos los médicos generales que son el primer contacto con el paciente, para que refieran al enfermo con el especialista del

dolor y puedan brindar un tratamiento temprano.

La presente administración del Dr. Eduardo Nuche Cabrera ha optado por dar continuidad a la gestión de su antecesor, el doctor Alfredo Covarrubias; uno de los aspectos más sobresalientes ha sido agrupar a científicos básicos y otros profesionales interesados en el manejo y tratamiento de este padecimiento.

La Asociación también está interesada en conocer el diagnóstico situacional del país en cuanto al manejo del dolor y los cuidados paliativos, a partir de estadísticas para fomentar su prevención y manejo oportuno.

La educación médica continua es uno de los pilares dentro de la Asociación, que busca la formación y capacitación de profesionales de la salud cada vez más preparados y comprometidos.

DIFUSIÓN Y ENSEÑANZA

AMETD promueve la enseñanza a través de cursos, simposios, seminarios, congresos, un Diplomado para el tratamiento y manejo del dolor avalado por la UNAM, así como otras actividades académicas que se difunden en toda la República Mexicana. De esta manera, también se fomenta la investigación del dolor.

A partir de la gestión del Dr. Alfredo Covarrubias, una de las estrategias que se implementó con el fin de acercar este conocimiento fue la publicación de libros. Hasta el momento se han editado tres títulos: *El médico de primer contacto y el enfermo con dolor*; *Atención paliativa al final de la vida* y *Neurofisiología del dolor para el médico de primer contacto*, publicaciones sustentadas en el conocimiento y experiencia de especialistas de la AMETD.

Durante su mandato el Dr. Eduardo Nuche ha decidido continuar con las actividades emprendidas por sus antecesores por medio de la enseñanza del dolor, pero no tan centrada en los algólogos sino más abierta al campo de los médicos generales. Y con especial atención en "el brazo más importante": las enfermeras.

Actualmente algunos cursos están enfocados en el personal de enfermería, para que tengan conocimientos más amplios del dolor, del uso de opioides y de los tratamientos. Desde 2015 se inició un curso-taller acerca de opioides dirigido a enfermeras.

Este año se realizará un simposio dirigido a un grupo multidisciplinario: enfermeras, psicólogos, tanatólogos y nutriólogos, especialistas que en determinado momento intervienen en el manejo de los pacientes.

INTERCAMBIO DEL CONOCIMIENTO

La Asociación mantiene vínculos con asociaciones nacionales e internacionales para el intercambio y asesoría en programas relacionados con el tratamiento del dolor agudo, crónico, neuropático y cuidados paliativos.

Desde 1993 forma parte del Capítulo México de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), esta colaboración le ha dado la oportunidad de trabajar con otros investigadores y conocer los avances en el estudio de este padecimiento. También colabora de manera cercana con la Federación Latinoamericana de Tratamiento del Dolor (Fedelat).

Para el Congreso Mexicano de Dolor y Cuidados Paliativos 2016, que se realizará del 19 al 22 de octubre en Querétaro, se contará con la presencia del doctor Fernando Cervero, expresidente de la IASP.

En colaboración con la IASP, este año por primera vez México será la sede del Curso Pain Camp que reúne a profesores y alumnos provenientes de Latinoamérica para conocer el manejo que realizan los médicos mexicanos.

Este evento se llevará a cabo del 10 al 15 de octubre en la Ciudad de México. Por parte de la AMETD estará coordinado por los doctores Alfredo Covarrubias y Carlos

Monroy. Tendrá como sedes el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y la Universidad Nacional Autónoma de México.

Otra área de interés para la AMETD es la participación dentro de un marco común para la promoción, educación y prevención del dolor, que permita la generación de guías nacionales y políticas que estén integradas en el Sistema Nacional de Salud.

La Asociación interviene en reuniones con autoridades gubernamentales para la regulación del uso de fármacos opioides y forma parte de la Red del Dolor que está integrada por senadores, diputados, miembros de la industria farmacéutica, de la Asociación Mexicana de Farmacovigilancia y otras asociaciones.

La Red del Dolor está trabajando de manera conjunta con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) para regular el uso de opioides en el tratamiento de pacientes con dolor. Así como en el uso de los nuevos recetarios electrónicos para la prescripción de estos medicamentos.

Con la industria farmacéutica están trabajando en el tema del abastecimiento de estos fármacos, para que exista una distribución adecuada y los pacientes tengan acceso a estas medicinas.

La finalidad es que la Asociación siga contribuyendo en los avances del manejo del dolor. Y por eso, "felicitó a todos los médicos que son amigos del tratamiento del dolor, porque AMETD somos todos", concluyó el Dr. Nuche. ♦

Dr. Eduardo Nuche Cabrera

Médico egresado de la UNAM. Especialista en anestesiología y con subespecialidad en algología. Realizó un Diplomado en Anestesia Gineco-obstétrica, así como en Tanatología.

Durante su trayectoria trabajó en el Hospital Juárez de México, en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex y actualmente en el Hospital Loma Linda de San Bartolo Naucalpan, además de practicar la medicina privada.

Ha impartido cursos y ponencias. Dentro de su participación en asociaciones destaca su trabajo como expresidente de la Sociedad Mexicana de Anestesia y Ginecología y Obstetricia; es miembro de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y de la Federación Latinoamericana del Dolor (Fedelat). Además, es Presidente de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) en el periodo 2015-2016.



Formación de profesionales en dolor

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez

(Coordinador del Consejo Consultivo de la AMETD)



Para atender las deficiencias existentes a nivel mundial con respecto a la educación en dolor, en los últimos años, las universidades han incorporado materias relacionadas al tema, donde se atienden desde la fisiología, taxonomía, diagnóstico hasta los aspectos farmacológicos. Esta decisión ocurre porque, actualmente, la evaluación del dolor y su correcto tratamiento es un parámetro de calidad para la evaluación de los hospitales y constituye uno más de los derechos humanos.

Desde su fundación en 1981, la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), procura acercar el conocimiento no sólo a algólogos sino a todo el personal médico interesado en el estudio y tratamiento del dolor. Lo que es congruente con las declaraciones internacionales propuestas por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), de la cual la AMETD es el capítulo mexicano.

Dentro de la organización normativa de la Asociación Mexicana, la coordinación del Consejo Consultivo, de acuerdo con los estatutos de la misma, corresponde al presidente saliente, actualmente está a cargo del doctor Alfredo Covarrubias Gómez.

El Consejo Consultivo orienta las acciones del Consejo Directivo con base en las recomendaciones hechas por el consenso de los expresidentes de la Asociación Mexicana en beneficio de la agrupación que se lleva a cabo mediante una sesión conjunta entre ambos consejos.

ACCIONES EN EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Durante la administración del doctor Eduardo Nuche "se ha favorecido la educación médica continua en el contexto del estudio y tratamiento del dolor", tales esfuerzos han dado como resultado tanto la publicación del libro "Atención paliativa al final de la vida" como otra publicación enfocada en las bases neurobiológicas del dolor y el dolor neuropático.

Aunado a las acciones editoriales se ha logrado realizar consensos de práctica clínica destacando las recomendaciones emitidas por la Asociación Mexicana para el manejo del dolor neuropático, cuyos resultados se publicaron en la Revista Mexicana de Anestesiología.

Asimismo, se trabaja con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la Federación Latinoamericana de capítulos de la IASP para que México cuente con una iniciativa internacional de capacitación en dolor denominada *Pain Management Camp*, dirigida a médicos nacionales y latinoamericanos.

PARTICIPACIÓN ACTIVA

La Asociación Mexicana, preocupada por la formación de recursos humanos en salud, promueve la generación de estos profesionales mediante el Fondo Ramón De Lille para la educación en Medicina del Dolor, el cual otorga una beca para la capacitación en esta área de la medicina.

Otras de las actividades de la Asociación Mexicana están centradas en concientizar a la población acerca de la importancia del tratamiento y alivio del dolor, así como la atención médica paliativa. Se fomenta la actividad física mediante eventos deportivos que incluyen clases de zumba. Y con apoyo de algunas universidades se llevan a cabo pláticas de divulgación dirigidas a médicos en formación, pacientes y familiares.

En los últimos años la AMETD ha tenido una participación destacada en el contexto latinoamericano; y en este sentido, ha sido relevante la colaboración del doctor Eduardo Nuche quien ha proyectado al país como "uno de los centros internacionales más activos en producción científica y académica" relacionada con dolor.

En las diferentes gestiones la AMETD ha contribuido tanto a nivel gubernamental, local como universitario para lograr avances en términos legislativos. La Asociación Mexicana ha participado en los acuerdos del Consejo General de Salubridad para la normatividad de la atención médica al final de la vida y en conjunto con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) participa en las gestiones para la obtención de opioides.

En el ámbito académico, la Asociación Mexicana se destaca como una institución con altos estándares técnicos académicos, por ello, cuenta con el reconocimiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). ♦

Dr. Alfredo Covarrubias Gómez

Expresidente y coordinador del Consejo Consultivo de la AMETD. Secretario General de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (Fedelat). Fundador del Centro Nacional para la Educación en Dolor. Médico adscrito al Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Revisor de la Revista Mexicana de Anestesiología, de la Revista Colombiana de Anestesiología, de la International Journal of Hospital Administration y de la Revista Neuro Target.

Persistencia y evolución

Dr. Carlos Javier Monroy Álvarez
(Secretario propietario)



El doctor Carlos Monroy inició su trayectoria en la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) en el bienio 2013-2015, al integrarse como delegado en representación del estado de Guerrero.

Actualmente forma parte de la Mesa Directiva de la presente administración a cargo del doctor Eduardo Nuche (2014-2016) y funge como Secretario propietario. Las principales funciones a su cargo consisten en llevar el control de las reuniones y sesiones a través de actas para la realización del informe de actividades anual.

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

“El dolor siempre ha acompañado a la humanidad”, puede presentarse con diferente intensidad y, en consecuencia estar asociado a diferentes causas.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como: una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrito en términos de dicho daño.

El Dr. Monroy explica que este padecimiento puede clasificarse por temporalidad en: dolor agudo y dolor crónico. El primero tiene un inicio repentino y es causado por una lesión tisular asociada a estímulos nociceptivos, entre ellos: heridas o enfermedades de la piel, de las estructuras somáticas profundas o vísceras, que tienen una duración menor a tres meses. El dolor agudo es una señal de alerta sobre un posible daño al paciente.

Mientras que el dolor crónico es aquel que se prolonga más allá de la lesión tisular y persiste posterior a la patología que inicialmente la ocasionó; que provoca “cambios de neuroplasticidad en nuestro sistema somatosensorial” y se considera una enfermedad que debe tratarse por separado de la patología que lo originó.

También existe una clasificación de acuerdo a la estructura donde existe la lesión o enfermedad y se deriva en dos tipos: nociceptivo y no nociceptivo. El primero se divide en visceral y somático, dependiendo de la estructura que lo origine, y requiere la integridad de las vías nociceptivas para producirse secundario a un daño tisular en vísceras, huesos, articulaciones y tejidos blandos.

Éste se puede manifestar al sufrir una quemadura, un esguince, una fractura, en una enfermedad inflamatoria o un problema de tipo vascular, que activan el sistema somatosensorial y envían una señal de alerta al organismo.

En cambio, el dolor no nociceptivo es por definición ocasionado por una lesión o enfermedad en el sistema somatosensorial, puede ocurrir a nivel periférico (neuropatía diabética) o central (lesión medular o dolor posterior a un evento vascular cerebral) y se conoce como neuropático.

ESTUDIO Y AVANCES

Hoy en día existe un mejor conocimiento acerca de “las bases moleculares, fisiológicas y fisiopatológicas del dolor”, que nos permite comprender mejor sus mecanismos, consecuencias y posibles objetivos terapéuticos para el desarrollo de técnicas o fármacos para su manejo.

Estos avances han dado como resultado el desarrollo de mejores herramientas terapéuticas para su manejo, “que debe ser siempre un abordaje multidimensional dentro de un esquema bio psico social; sin embargo, aún tenemos un largo camino

por recorrer, tanto en investigación como en educación en materia de dolor”.

La contribución de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor se ha encaminado a contribuir con el fomento a la investigación y la educación médica continua, por medio de sesiones mensuales, cursos, talleres y congresos que fomenten la actualización del conocimiento.

Dentro de la AMETD existen diferentes grupos de trabajo dedicados a dolor agudo, neuropático y oncológico, cada uno dedicado a incentivar la investigación en sus campos para presentar sus avances en el Congreso anual.

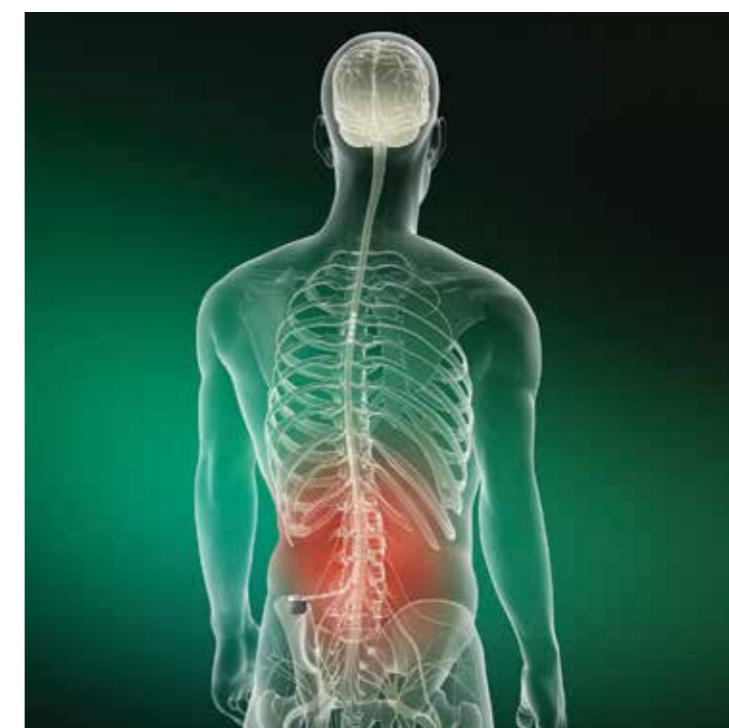
Cada año la Asociación organiza el Congreso Mexicano de Dolor y Cuidados Paliativos que cuenta con un alto nivel académico y reúne a profesores nacionales e internacionales, asociados y profesionales de la salud interesados en el manejo del dolor. También se ha hecho una gran labor para que los delegados en cada estado realicen sesiones a lo largo de todo el país.

INCENTIVAR EL APRENDIZAJE

El Dr. Monroy reconoce que ante la falta de una materia enfocada específicamente en el estudio del dolor en la mayoría de las universidades del país, la manera de incentivar este conocimiento es a través de cursos, pláticas, sesiones, talleres y otras actividades académicas que involucren a los estudiantes de medicina.

A nivel de pregrado y posgrado se estimula el aprendizaje a través de foros universitarios, como el Primer Foro Universitario que se llevó a cabo en 2015 en el Instituto Politécnico Nacional con una asistencia de más de 500 estudiantes de medicina.

Durante el Congreso anual los estudiantes de posgrado tienen la oportunidad de participar en un concurso de carteles, que premia a los tres mejores trabajos de investigación en ciencias básicas, ensayos clínicos y psicología.



La AMETD como capítulo mexicano de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor promueve la capacitación continua a nivel profesional, trabajando de manera conjunta con profesores internacionales de Norteamérica y Latinoamérica.

En octubre de este año se realizará en la Ciudad de México el segundo IASP Pain Management Camp Latinoamérica, un curso que se realiza cada dos años, que ofrece una beca a 30 médicos latinoamericanos por medio de una evaluación curricular, para participar en un curso de una semana de actualización con profesores nacionales e internacionales.

Este curso tiene como objetivo dar a conocer los avances en el diagnóstico, manejo farmacológico e intervencionista del dolor a los médicos seleccionados, para que puedan implementarlo y dar difusión en sus países; y al mismo tiempo, crear

redes de información entre los participantes para que exista un intercambio de conocimiento.

Otra colaboración de la Asociación y la IASP fue la traducción al español del libro de manejo del dolor en poblaciones de escasos recursos, colaborando con la difusión en países de habla hispana.

Como parte de las actividades de difusión de la IASP, cada año se destina un año para una patología o tipo de dolor específico, en 2015 se dedicó al dolor neuropático y este año corresponde al dolor articular y musculoesquelético, con la finalidad de fomentar la investigación y educación en el tema.

Dentro del Congreso de la AMETD gran parte de sus presentaciones estarán enfocadas en este tema, para conocer los avances científicos y las alternativas terapéuticas. ♦



Dr. Carlos Javier Monroy Álvarez

Médico anesthesiólogo, con Alta Especialidad en medicina del dolor. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guerrero. Cursó la especialidad de anesthesiología en el IMSS, en la ciudad de Mérida, Yucatán.

Posteriormente, realizó el Curso de Alta Especialidad en Medicina del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Actualmente es jefe de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Rehabilitación, socio activo de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y, Secretario propietario de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor.

Después de la cirugía: atención del dolor postoperatorio

Dra. Ana Lilia Garduño López
(Secretaria suplente)



A nivel hospitalario, una de las principales manifestaciones de dolor agudo que presentan los pacientes ocurre después de un procedimiento quirúrgico que, dependiendo del tipo de cirugía, tendrá cierta intensidad.

La doctora Ana Lilia Garduño, secretaria suplente de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, (AMETD) explica que el dolor postoperatorio se presenta de forma natural y con mayor intensidad durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía, y después disminuye.

Sin embargo, en otros casos hay personas que persisten con dolor después de una semana o incluso meses posteriores a la operación. De 10 a 50% de los pacientes puede evolucionar a este tipo de dolor.

En ocasiones esta dolencia se debe al desconocimiento del personal médico en cuanto a la epidemiología e incidencia, así como a la falta de una planeación adecuada de los tratamientos y protocolos a seguir.

Dentro de esta manifestación es importante que el médico comprenda que "existen entidades como el dolor quirúrgico persistente, que muchas veces se infradiagnostica y subtrata". Sin embargo, con un manejo adecuado es posible disminuir la incidencia del dolor postoperatorio a través de la aplicación de protocolos que disminuyen el riesgo de dolor crónico.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL

En México el dolor agudo postoperatorio es un área poco estudiada, que requiere de más investigaciones que aborden planteamientos para mejorar la atención de este padecimiento.

Actualmente el doctor Víctor Acosta, del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ), y su equipo de médicos coordinan el proyecto piloto internacional *Pain out* que se realiza de manera conjunta con la Universidad de Jena, Alemania, y está avalado por la AMETD.

Esta universidad generó el registro internacional más grande de dolor postoperatorio en adultos. En este estudio participan el INCMNSZ, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Cardiología, el Instituto Nacional de Rehabilitación, el Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, el Hospital General de México, el Hospital Dr. Rubén Leñero, Médica Sur, la Unidad Médica de Alta Especialidad "Lomas Verdes" y el Hospital Regional de la Clínica 2 Villa Coapa del IMSS.

El manejo actual de los pacientes incluye programas establecidos para proporcionar analgesia específica por procedimiento,

aunque por el momento "es una práctica infrautilizada pero en el futuro podría ser parte de otros hospitales".

El proyecto *Pain out* tiene como objetivo hacer un diagnóstico situacional de los hospitales que participan en este protocolo, además de crear una red nacional de dolor postoperatorio que proponga estrategias para mejorar la calidad de atención. Y también incluye el seguimiento de los pacientes con dolor crónico postoperatorio.

CURSOS

AMETD imparte los cursos de Apoyo Avanzado en Dolor Agudo (AADA) y un curso dedicado al Apoyo Avanzado en Dolor Postoperatorio. Estas actividades están dirigidas a el todo el personal de salud, pero también se han realizado algunas versiones avanzadas especialmente para anesthesiólogos, enfermeras y pediatras.

Los cursos AADA incluyen el manejo pediátrico, que es apoyado por la doctora Georgina Velasco, jefa de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Pediatría. La Dra. Ana Lilia Garduño explica que el manejo de niños y adultos depende de la edad y del procedimiento quirúrgico, todo debe adecuarse a las características del paciente y cada tratamiento debe individualizarse.

Para el manejo de los infantes es más recomendable el uso de técnicas regionales. Aunque en general, el manejo del dolor se lleva a cabo a través de una técnica de analgesia multimodal, en la que se utilizan distintos fármacos y técnicas de manera que actúen en diversos sitios y produzcan "sinergia en la analgesia o atenuación adecuada del dolor".

La Asociación está en continúa comunicación con otras entidades afines como la Federación Mexicana de Anestesiología y el Colegio Mexicano de Anestesiología, para impartir cursos y pláticas que contribuyan en la actualización del conocimiento en el manejo y tratamiento del dolor.

La AMETD cuenta con una plataforma educativa en dolor agudo llamada Curso de Apoyo Avanzado en Dolor Agudo. En el caso de las publicaciones se tiene prevista la realización de un libro enfocado en dolor postoperatorio. "Y también planeamos hacer nuevas guías de práctica médica para este tipo de dolor". ♦

Dra. Ana Lilia Garduño López

Especialista en Anestesiología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" (INCMNSZ). Egresada de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Ha sido jefa de residentes del Departamento de Anestesiología del INCMNSZ, profesora adjunta de la UNAM y de este Instituto. Cuenta con un entrenamiento en anestesia en trasplante de órganos por parte del Hospital Clinic I Provincial de Barcelona, España.

Desde 2013 forma parte de la comunidad de la AMETD y actualmente funge como secretaria suplente. En 2015 fue acreedora a la beca de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA).

Recursos para el apoyo académico

Dra. Sandra Patricia Gaspar Carrillo
(Tesorera propietaria de la AMETD)



Dentro del funcionamiento de las asociaciones civiles una parte fundamental de su estructura tiene que ver con la gestión de los recursos. En la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), la administración de las finanzas es una de las principales tareas que tiene a su cargo la tesorera propietaria, la doctora Sandra Patricia Gaspar.

De esta área depende el crecimiento académico de la AMETD porque a través de estos recursos se otorgan apoyos económicos a médicos en formación, otra parte se destina para traer a profesores que participen en los eventos académicos, así como para la publicación de libros.

Durante la administración del doctor Eduardo Nuche algunas líneas de acción que se han promovido desde la tesorería son el incremento económico, esto con el fin de incorporar más líneas académicas para la atención y tratamiento del dolor.



Dra. Sandra Patricia Gaspar Carrillo

Anestesióloga egresada de Universidad Autónoma de Monterrey. Especialista en algología por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" y anestesia regional guiada por ultrasonido.

Dentro de su trayectoria destaca su participación como jefa de división en el Instituto Nacional de Rehabilitación. En la AMETD se ha desempeñado como secretaria y actualmente como tesorera propietaria.

Una de las estrategias que se han implementado es el aumento de los asociados, y en este sentido "la intención de la AMETD es crear estrategias para que los médicos de primer contacto se adhieran a la Asociación". Y desde hace algunas administraciones se ha impulsado que tanto los médicos algólogos en formación como los de otras áreas –interesados en el manejo del dolor– se integren a esta agrupación.

CONTRIBUCIONES Y RETOS

Desde su fundación, la AMETD ha contribuido con la generación de conocimiento y la capacitación de personal de salud a través de sus diferentes actividades de educación médica continua.

Una de las principales aportaciones ha sido la creación del Fondo Ramón De Lille para la Educación en Medicina del Dolor, que cada año otorga un número de becas para la capacitación en esta área.

La AMETD ha participado en la traducción de libros del inglés al español y esto ha beneficiado a los médicos latinoamericanos, pero también ha colaborado en la au-

toría y publicación de libros que abordan el dolor desde diferentes perspectivas.

Y aunque la especialidad ha experimentado algunos avances, para la Dra. Gaspar el principal reto que enfrenta la algología sigue siendo la formación, porque a pesar de que el dolor es uno de los primeros síntomas que atiende el médico "no existe una materia que nos hable del manejo del dolor".

La especialista señaló que en el país no existe una revista que incorpore y dé seguimiento a los casos registrados en las áreas preclínica, clínica y operativa, que sirvan como un referente para contar con estadísticas nacionales, "porque el dolor no es igual en todos los países y no puede tratarse de la misma manera".

Por esa razón, es importante crear conciencia en la necesidad de contar con una publicación que incluya el contexto nacional del dolor y, a su vez, sirva para difundir los casos y novedades que llevan a cabo las diferentes instituciones de salud para que puedan replicarse y, sobre todo, beneficien al paciente. ♦

Redes de apoyo en el manejo de cáncer

Dra. Hortensia Ayón Villanueva
(Tesorera suplente)



El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial –que dependiendo de la etapa del padecimiento– ocasiona elevados cuadros de dolor en el paciente y, que en etapa terminal requiere de cuidados paliativos.

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan sólo en 2012 se registraron 14 millones de nuevos casos y se registraron 8.2 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. Los principales tipos de cáncer son: pulmonar, hepático, gástrico, colorrectal, mamario y de esófago.

La doctora Hortensia Ayón, tesorera suplente de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), explica que en pacientes con cáncer es necesario establecer un diagnóstico y a partir de éste hacer un manejo integral. Entre los tipos de cáncer que ocasionan un dolor más severo están los torácicos y ortopédicos.

El manejo integral no sólo incluye la parte física de la enfermedad para tratar de disminuir el dolor sino que también involucra otros factores como el psicológico, emocional, económico e incluso religioso.

Por esta razón, se requiere de la intervención de un grupo médico multidisciplinario para realizar redes de apoyo y brindar una "atención en trinomio": paciente, familia y equipo multidisciplinario. Éste último deberá integrarse por un médico especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos, una enfermera especialista en esta área, una trabajadora social y un psicólogo.

ETAPA TERMINAL

En el caso de los pacientes oncológicos con enfermedad terminal se realiza una atención no sólo dentro del hospital, ya que “como médicos paliativistas y en compañía del equipo multidisciplinario, asistimos al paciente y la familia en su domicilio”.

En función de la evolución del padecimiento, el cáncer puede dividirse en diferentes estadios: en una etapa inicial tiene mayores posibilidades de curación, pero en la medida que evolucionan las etapas clínicas de la enfermedad se llega a una etapa donde “el cáncer se disemina a otras partes del cuerpo y, es a lo que se denomina metástasis.

En ocasiones, el dolor que manifiesta el paciente no es a causa de la lesión o cáncer primario sino debido a la metástasis que afecta a otros órganos. La percepción de la dolencia depende del sitio afectado, el umbral del dolor de cada enfermo, así como del aspecto emocional, entre otros parámetros a evaluar.

En estos casos es importante la participación de un especialista en tanatología para dar apoyo y acompañamiento a la familia durante este proceso, “para enseñarles a despedirse de sus seres queridos y que la agonía no se prolongue”.

ESCALERA ANALGÉSICA

Para el manejo del dolor la OMS ha establecido una escalera analgésica, una herramienta utilizada por los profesionales de la salud para la atención del dolor en diferentes entidades.

La escalera se divide en tres escalones: en el primer escalón están los analgésicos no opioides como paracetamol, diclofenaco, ketorolaco y adyuvantes –que son otra gama de grupos farmacológicos– dentro del que se encuentran: los antidepresivos, anticonvulsivantes, anestésicos locales y algunos opioides.

En el segundo escalón los opioides débiles (codeína, dihidrocodeína y tramadol); y en el tercer escalón, los opioides potentes como morfina, fentanilo, oxycodona, metadona y buprenorfina. También existe un cuarto escalón que “nosotros como intervencionistas realizamos para bloquear algunas estructuras nerviosas del cuerpo que ocasionan dolor”.

Al final, cada paciente requerirá de un manejo y tratamiento individualizado de acuerdo a sus condiciones de salud y a otros factores, que le permitan sobrellevar su vida de la mejor manera posible. ♦

Dra. Hortensia Ayón Villanueva

Egresada de la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Especialista en anestesiología de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Centro Médico Nacional La Raza, del IMSS.

Realizó un *fellow* en Francia enfocado en anestesia para cirugía vascular y torácica. Subespecialista en medicina del dolor y cuidados paliativos por el Instituto Nacional de Cancerología. Cuenta con un Diplomado en tanatología con reconocimiento de la UNAM.

Dentro de su práctica profesional trabajó como anestesióloga en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del IMSS. Posteriormente en la Clínica del dolor y cuidados paliativos. Y desde 2011 se dedica a la medicina privada.

En el año 2000 se integró a la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD). Ha formado parte de varias mesas directivas, actualmente funge como tesorera suplente. Y es secretaria del Colegio Mexicano de Anestesiología.

De la dolencia fisiológica a la patología

Dr. Abraham Ochoa Aguilar
(Coordinador del Comité Científico)



Cuando existe una lesión en alguna parte del cuerpo, éste tiende a reaccionar ya sea retirando el miembro afectado o inmovilizándolo. “El dolor es parte del sistema somatosensorial –que a su vez se encuentra en el sistema nervioso– y registra todo lo que pasa en la piel, músculos y huesos”, indicó el doctor Abraham Ochoa, coordinador del Comité Científico de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD).

En la manifestación del dolor fisiológico ocurre un proceso neurológico que inicia en las fibras sensoriales nociceptoras de los tejidos periféricos, que se activa por estímulos nocivos. Y a su vez, se activan las neuronas de la médula espinal y se presenta el dolor; sin embargo, la señal del nociceptor también activa e incrementa el reflejo de respuesta en el individuo afectado.

Por esta razón, los tratamientos actuales actúan a partir de ver cómo funciona la neurona o la inflamación periférica e incluyen los AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) o gabapentinoides, así como algunos anticonvulsivos y antidepresivos.

Sin embargo, las nuevas tendencias en tratamiento del dolor “están encaminadas a cómo manejar el sistema neuroinmunológico, que principalmente está integrado por dos células: astrocitos y microglías”.

En la transformación de dolor fisiológico al patológico existe un cambio en la manifestación de estas dos células, por lo cual las nuevas tendencias en medicamentos están enfocadas a la modulación del sistema neuroinmunológico y no sólo la modulación nerviosa.



DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTOS

A pesar de la variedad de medicamentos existentes en otras naciones, en el caso de México el Dr. Ochoa señala que no se implementan todos los tratamientos terapéuticos del dolor debido a problemas de regulación, de existencia y conocimiento.

Uno de los tratamientos subutilizados son los opioides, ya que de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría de Salud "solamente se utilizan el 0.4% de los opioides".

Aunque México es uno de los principales productores de opioides a nivel mundial, la mayor parte se exporta porque en el país no existen las reglamentaciones adecuadas que permitan su distribución interna.

La disponibilidad de los fármacos es otra de las limitantes, restringida por la escasa producción o por los precios altos. Un ejemplo de esto es la duloxetina, un antidepresivo inhibidor de la recaptura de serotonina que funciona adecuadamente para tratar el dolor, pero "es prohibitivamente cara para nuestra nación".

Por el contrario, hay otros medicamentos con mayor disponibilidad en el país como la gabapentina y la pregabalina, que pueden ser útiles para diferentes tipos de dolor, sin embargo, son pocos los médicos que cuentan con el conocimiento para el manejo de estos tratamientos.

El papel del médico es relevante en la identificación y manejo del paciente con dolor, para saber en qué momento el dolor se transforma en una patología y es necesario recurrir a otro tratamiento.

Este año durante el Congreso Mexicano de Dolor y Cuidados Paliativos, que se realizará del 19 al 22 de octubre en Querétaro, uno de los temas a tratar será el uso de los cannabinoides, como la marihuana y todos sus derivados, "esperamos que sea el primer foro donde se pueda hablar de manera científica sobre este tema".



El congreso busca la integración no sólo de médicos especialistas y subespecialistas del dolor, sino además la participación de médicos generales, enfermeras, terapeutas físicos, psicólogos, psiquiatras y demás gente interesada en el manejo del dolor; para lo cual el programa incluirá temas amplios y específicos para cada área.

Si bien el dolor no necesariamente es una causa de deceso, también es importante considerar que existe el dolor patológico y otro que se presenta en patologías terminales. Y en éste último se requerirán cuidados paliativos.

SUBDIVISIONES

Dentro de la subespecialidad del dolor existen áreas particulares como: miembros torácicos, miembros pélvicos, espalda, entre otros, donde cada uno requiere una atención específica. De manera general existen dos tipos de algólogos: clínicos e intervencionistas.

La formación y enseñanza de estas áreas se imparte en diferentes centros y hospitales del sistema de salud. Sin embargo, el Dr. Ochoa enfatiza que sin importar si se trata de un médico general o alguna otra especialidad, lo más relevante es saber que existe un especialista dedicado al tratamiento del dolor que puede ayudarlos con sus pacientes.

Además de las actividades académicas, la Asociación trabaja en la gestión de un apoyo o estímulo a la investigación, que no sólo incluya la presentación de datos sino también el desarrollo de información sobre cómo se maneja el dolor en el país.

Otro aspecto que la AMETD impulsa está enfocado en la creación de una publicación propia dedicada a difundir artículos científicos relacionados con el dolor, que contribuyan con la actualización de los médicos involucrados con la atención de esta patología. ♦

Dr. Abraham Ochoa Aguilar

Médico general egresado de la Universidad La Salle, candidato a doctor en ciencias por parte de la UNAM. Conferencista y autor de diversas publicaciones. Coordinador del Comité Científico de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD).

Innovación de equipos médicos para intervencionismo

Dr. Daniel Chora

A través del intervencionismo es posible lograr un puente adecuado entre la farmacología y el control del dolor, y de esa manera evitar dolores adversos en los pacientes.



Con el fin de coadyuvar en este tipo de intervenciones, Diros ofrece una variedad de accesorios médicos que pueden utilizarse para bloqueos, tanto en la región de la columna cervical, dorsal, lumbar, además del manejo de estructuras nerviosas profundas y superficiales –como rodilla y tobillo–. Con la ventaja de que el equipo puede guardar hasta cinco formatos de diferentes bloqueos.

El doctor Daniel Chora, médico avalado por el Consejo Nacional de Certificación en Anestesiología, explica que esta novedosa tecnología dirigida a la comunidad emergente en intervencionismo proviene de Canadá.

El especialista destaca que el equipamiento para la denervación de articulación



sacroiliaca es realizada con una lesión cuadrípolar, "que no tiene ninguna otra compañía", y asegura la completa lesión distribuida por toda la articulación en un solo tiempo –sin necesidad de múltiples lesiones– utilizando agujas normales que no lesionan tanto la piel en comparación con otras que resultan traumáticas en toda la región sacroiliaca.

Otra de las cualidades de este equipo es que cuenta con un accesorio único que "nos da la oportunidad de realizar la mayoría de los bloqueos guiados por ultrasonido" –a diferencia de tener que utilizar la fluoroscopia– que es la Canula tridente, aguja muy accesible y fácil de maniobrar que incrementa hasta dos veces la lesión realizada con las agujas convencionales.

Las tres puntas que salen de la Canula ayudan a que sin tener la angulación obligatoria –que antes se necesitaba para tener una adecuada lesión de las ramas medias facetarias a nivel lumbar y cervical–, se pueda colocar esta aguja guiada por ultrasonido, disminuyendo el tiempo quirúrgico y el uso de fluoroscopia, "siendo más segura para nosotros como especialistas y para el paciente".

Grupo MAREMI es una empresa fundada hace seis años, que engloba diferentes tipos de industrias en México y Latinoamérica, entre ellas GRUPO INDOL, que tiene presencia en la Ciudad de México y Monterrey y está dedicada a la distribución de equipo médico de alta especialidad.



Gerente comercial, Grupo Maremi

INDOL, al igual que otras empresas del Grupo, tiene entre sus políticas el manejo de marcas con los más altos estándares de calidad, que están en constante desarrollo de innovaciones. Como producto estrella para el dolor ha traído a México a DIROS TECHNOLOGY, una máquina de radiofrecuencia para el dolor más innovador del mercado.

Grupo INDOL maneja todos los insumos para dolor que cualquier hospital o especialista particular puede necesitar, además de contar con la financiera del Grupo que ofrece facilidades para que los médicos puedan adquirir un equipo de este tipo. De esta manera, Grupo INDOL se consolida como una empresa sólida en la industria del dolor en México, con presencia en Ecuador y Colombia siempre llevando productos de alta calidad e innovación, con la visión de mejorar estos procedimientos. ♦



INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA

OxyContin®
Oxicodona
10, 20 y 40 mg
Tabletas
Liberación Prolongada

I. Denominación distintiva

OxyContin®

II. Denominación genérica

Oxicodona

III. Forma farmacéutica y formulación

Forma farmacéutica:

Tabletas de Liberación Prolongada

Código:

Forma de presentación: 10, 20 y 40 mg

Excipiente c.p. _____, 1 tableta

IV. Indicaciones terapéuticas

OxyContin es indicado para el manejo del dolor moderado a severo cuando se necesita un continuo analgésico opioide diario por un periodo de tiempo prolongado.

Indicaciones de uso

OxyContin no se usa:

- Como un analgésico a demanda (prn) Para dolor leve o que no se espera que persista por un periodo prolongado de tiempo.
- Para dolores agudos.
- En el periodo inmediato postoperatorio (las primeras 24 horas después de la operación) en pacientes que no han tomado previamente el fármaco, porque su seguridad no se ha establecido en esa condición.
- Para dolor postoperatorio, a menos que el paciente ya esté recibiendo tratamiento crónico con opioides antes de la cirugía, o si el dolor postoperatorio se espera que sea de moderado a severo y persista por un periodo de tiempo prolongado.

V. Contraindicaciones

OxyContin está contraindicado en pacientes con:

- Insuficiencia respiratoria significativa.
- Asma bronquial aguda o grave en condiciones no monitoreadas o en ausencia de equipo de respiración.
- Conocimiento o sospecha de hipersensibilidad y obstrucción gastrointestinal.
- Hipersensibilidad (por ejemplo, a la Oxicodona (Ver X. Reacciones secundarias o adversas)) o a los componentes de la fórmula.
- Menores de 18 años

VI. Precauciones generales

Potencial de abuso
OxyContin contiene Oxicodona, una opioide agonista y una sustancia controlada (fracción I). Puede haber consumo de la Oxicodona de manera similar a otros opioides agonistas legales e ilícitos. Los opioides agonistas son buscados por toxicómanos y personas con trastornos de adicción y son objeto de desviación criminal. Tome en cuenta estos riesgos al prescribir o dispensar OxyContin en situaciones que impliquen el riesgo de un cambio en las concentraciones plasmáticas de Oxicodona. La inhibición de la actividad CYP3A4 por sus inhibidores, tales como antibióticos macrólidos (por ejemplo, eritromicina, agentes antimicóticos azólicos (por ejemplo, ketoconazol), e inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir), pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de Oxicodona y prolongar los efectos opioides.

Manejo y operación de maquinaria
OxyContin puede afectar las habilidades mentales y físicas necesarias para realizar actividades potencialmente peligrosas, tales como conducir un automóvil u operar maquinaria. Advertida a los pacientes de no operar maquinaria peligrosa, a menos que sean tolerantes a los efectos de OxyContin y sepan cómo van a reaccionar al medicamento.

Inhibidores e inductores del citocromo P450 3A4
Dado que la enzima CYP3A4 juega un papel importante en el metabolismo de OxyContin, los fármacos que alteran la actividad de CYP3A4 pueden causar cambios en la excreción de Oxicodona que podría resultar en cambios en las concentraciones plasmáticas de Oxicodona. La inhibición de la actividad CYP3A4 por sus inhibidores, tales como antibióticos macrólidos (por ejemplo, eritromicina), agentes antimicóticos azólicos (por ejemplo, ketoconazol), e inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir), pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de Oxicodona y prolongar los efectos opioides. Los inductores CYP450, tales como rifampicina, carbamazepina y fenitoína, pueden inducir el metabolismo de la Oxicodona y, por lo tanto, pueden causar un aumento de excreción del fármaco que podría conducir a una disminución en las concentraciones plasmáticas de Oxicodona, falta de eficacia o, posiblemente, desarrollo de un síndrome de abstinencia en un paciente que no haya desarrollado dependencia física a la Oxicodona.

Si la administración simultánea es necesaria, se recomienda precaución al iniciar el tratamiento de OxyContin en pacientes que están tomando o retirando inductores o inductores CYP3A4. Evalúe a estos pacientes en intervalos frecuentes y considere los ajustes en la dosis hasta que se alcancen los efectos estables del fármaco (Ver V. Farmacocinética y farmacodinamia e X. Interacciones medicamentosas y de otro género.)

Uso de OxyContin en poblaciones especiales

Uso pediátrico
No se ha establecido seguridad y eficacia de OxyContin en pacientes pediátricos menores de 18 años.

Uso geriátrico
En estudios farmacodinámicos controlados en pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años), la excreción de Oxicodona se redujo levemente. En comparación con adultos jóvenes, las concentraciones plasmáticas de Oxicodona aumentaron aproximadamente un 15% (Ver V. La farmacocinética y farmacodinamia). Del número total de pacientes (445) en estudios clínicos de tabletas de liberación prolongada de Oxicodona, 148 (33.3%) eran de 65 años o mayores (incluyendo los de 75 años y más), mientras que 40 (9.0%) tenían 75 o más años. En los ensayos clínicos con un adecuado nivel de tratamiento y valoración de la dosis, no se observaron reacciones adversas o inesperadas en los pacientes de edad avanzada que recibieron las tabletas de liberación controlada de clorhidrato de Oxicodona en comparación con las dosis habituales y los intervalos de dosificación pueden ser apropiados para pacientes de edad avanzada. Sin embargo, reduzca la dosis inicial de 1/3 a 1/2 de la habitual en pacientes debilitados, no tolerantes a opioides. La insuficiencia respiratoria es el principal riesgo en los pacientes de edad avanzada a debilitados, por lo general el resultado de grandes dosis al inicio en pacientes que no son tolerantes a opioides, o cuando los opioides se administran en combinación con otros fármacos que deprimen la respiración. Valore la dosis de OxyContin con precaución en estos pacientes.

hipotensión después de iniciar o valorar la dosis de OxyContin. En pacientes con shock circulatorio, OxyContin puede causar hipotensión, lo que puede reducir aún más el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Evite el uso de OxyContin en pacientes con shock circulatorio.

Uso en pacientes con lesiones en la cabeza o aumento de la presión intracraneal
Monitoree a los pacientes que tomen OxyContin que pueden ser susceptibles a efectos intracraneales de retención de CO2 (por ejemplo, aquellos con evidencia de aumento de la presión intracraneal o tumores cerebrales) en busca de signos de sedación e insuficiencia respiratoria, particularmente al iniciar el tratamiento con OxyContin. OxyContin puede reducir el ritmo respiratorio, y la retención de CO2 resultante puede aumentar la presión intracraneal. Los opioides también pueden oscurecer la evidencia clínica en un paciente con una lesión en la cabeza. Evite el uso de OxyContin en pacientes con alteración de la conciencia o coma.

Dificultad al tragar y riesgo de obstrucción en pacientes con riesgo de un lumen gastrointestinal pequeño
Ha habido informes de post-comercialización de dificultad al tragar las tabletas OxyContin. Estos informes incluyen ahogo, náuseas, regurgitación y tabletas asociadas en la garganta. Indique a los pacientes de cómo enjuagar la boca y humedecer las tabletas OxyContin antes de colocarlas en la boca, y tomar una tableta a la vez con suficiente agua para asegurar que se traga completa inmediatamente después de comerla en la boca. Ha habido informes de post-comercialización de casos de obstrucción intestinal, y exacerbación de divertículos, algunos de los cuales han requerido de intervención médica para remover la tableta. Los pacientes con trastornos GI subjetivos tales como el cáncer de esófago o cáncer de colon con un pequeño lumen gastrointestinal están en mayor riesgo de desarrollar estas complicaciones. Considere el uso de un analgésico alternativo en pacientes que tengan dificultad para tragar y pacientes con riesgos de trastornos GI subjetivos resultando en un lumen gastrointestinal pequeño.

Forma farmacéutica y formulación
Tabletas de Liberación Prolongada
Código:
Forma de presentación: 10, 20 y 40 mg
Excipiente c.p. _____, 1 tableta

Uso en pacientes con enfermedad gastrointestinal

OxyContin está contraindicado en pacientes con obstrucción GI, incluyendo ileo paralítico. La Oxicodona en OxyContin puede causar espasmo del esfínter de Oddi. Monitoree a los pacientes con enfermedades del tracto biliar, incluyendo pancreatitis aguda, en caso de empeoramiento de los síntomas. Los opioides pueden causar aumento en la amilasa sérica.

Uso en pacientes con trastornos convulsivos o epilepsia
La Oxicodona en OxyContin puede agravar las convulsiones en los pacientes con trastornos convulsivos y puede inducir o agravar los ataques epilépticos en ciertas condiciones clínicas. Monitoree a los pacientes con antecedentes de trastornos epilépticos para controlar el empeoramiento de la epilepsia durante el tratamiento de OxyContin.

Prevención del retro abrupto

Evite el uso de analgésicos mltos agonistas/antagonista (por ejemplo, pentazocina, nalbupina, butorfanol) que puedan reducir o anular el efecto de un agente opioide con un antagonista parcial u opioide agonista completo, incluyendo OxyContin. En estos pacientes, los analgésicos mltos agonistas/antagonistas pueden reducir el efecto analgésico y/o puede precipitar síntomas de abstinencia. Cuando se retire OxyContin, disminuya la dosis gradualmente (Ver XIII. Dosis y vía de administración). No retire OxyContin abruptamente.

Manejo y operación de maquinaria

OxyContin puede afectar las habilidades mentales y físicas necesarias para realizar actividades potencialmente peligrosas, tales como conducir un automóvil u operar maquinaria. Advertida a los pacientes de no operar maquinaria peligrosa, a menos que sean tolerantes a los efectos de OxyContin y sepan cómo van a reaccionar al medicamento.

Prevención del retro abrupto

Evite el uso de analgésicos mltos agonistas/antagonista (por ejemplo, pentazocina, nalbupina, butorfanol) que puedan reducir o anular el efecto de un agente opioide con un antagonista parcial u opioide agonista completo, incluyendo OxyContin. En estos pacientes, los analgésicos mltos agonistas/antagonistas pueden reducir el efecto analgésico y/o puede precipitar síntomas de abstinencia. Cuando se retire OxyContin, disminuya la dosis gradualmente (Ver XIII. Dosis y vía de administración). No retire OxyContin abruptamente.

Inhibidores e inductores del citocromo P450 3A4
Dado que la enzima CYP3A4 juega un papel importante en el metabolismo de OxyContin, los fármacos que alteran la actividad de CYP3A4 pueden causar cambios en la excreción de Oxicodona que podría resultar en cambios en las concentraciones plasmáticas de Oxicodona. La inhibición de la actividad CYP3A4 por sus inhibidores, tales como antibióticos macrólidos (por ejemplo, eritromicina), agentes antimicóticos azólicos (por ejemplo, ketoconazol), e inhibidores de la proteasa (por ejemplo, ritonavir), pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de Oxicodona y prolongar los efectos opioides. Los inductores CYP450, tales como rifampicina, carbamazepina y fenitoína, pueden inducir el metabolismo de la Oxicodona y, por lo tanto, pueden causar un aumento de excreción del fármaco que podría conducir a una disminución en las concentraciones plasmáticas de Oxicodona, falta de eficacia o, posiblemente, desarrollo de un síndrome de abstinencia en un paciente que no haya desarrollado dependencia física a la Oxicodona.

Si la administración simultánea es necesaria, se recomienda precaución al iniciar el tratamiento de OxyContin en pacientes que están tomando o retirando inductores o inductores CYP3A4. Evalúe a estos pacientes en intervalos frecuentes y considere los ajustes en la dosis hasta que se alcancen los efectos estables del fármaco (Ver V. Farmacocinética y farmacodinamia e X. Interacciones medicamentosas y de otro género.)

Uso de OxyContin en poblaciones especiales

Uso pediátrico
No se ha establecido seguridad y eficacia de OxyContin en pacientes pediátricos menores de 18 años.

Uso geriátrico
En estudios farmacodinámicos controlados en pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años), la excreción de Oxicodona se redujo levemente. En comparación con adultos jóvenes, las concentraciones plasmáticas de Oxicodona aumentaron aproximadamente un 15% (Ver V. La farmacocinética y farmacodinamia). Del número total de pacientes (445) en estudios clínicos de tabletas de liberación prolongada de Oxicodona, 148 (33.3%) eran de 65 años o mayores (incluyendo los de 75 años y más), mientras que 40 (9.0%) tenían 75 o más años. En los ensayos clínicos con un adecuado nivel de tratamiento y valoración de la dosis, no se observaron reacciones adversas o inesperadas en los pacientes de edad avanzada que recibieron las tabletas de liberación controlada de clorhidrato de Oxicodona en comparación con las dosis habituales y los intervalos de dosificación pueden ser apropiados para pacientes de edad avanzada. Sin embargo, reduzca la dosis inicial de 1/3 a 1/2 de la habitual en pacientes debilitados, no tolerantes a opioides. La insuficiencia respiratoria es el principal riesgo en los pacientes de edad avanzada a debilitados, por lo general el resultado de grandes dosis al inicio en pacientes que no son tolerantes a opioides, o cuando los opioides se administran en combinación con otros fármacos que deprimen la respiración. Valore la dosis de OxyContin con precaución en estos pacientes.

Insuficiencia hepática
Un estudio de OxyContin en pacientes con insuficiencia hepática mostró mayores concentraciones de Oxicodona en pacientes con niveles de albúmina sérica equivalentes a los niveles de albúmina en pacientes que están cambiando el tratamiento por otro producto opioide, puede resultar en una sobredosis fatal con la primera dosis. También se ha reportado insuficiencia respiratoria con el uso de opioides de liberación controlada cuando se usa como se recomienda y no hay uso inapropiado o abuso.
Para reducir el riesgo de insuficiencia respiratoria, considere lo siguiente:
• La insuficiencia y valoración adecuadas con los datos de OxyContin debe ser recordado sólo por profesionales de la salud que sean expertos en el uso de opioides potentes para el tratamiento de dolor crónico.
• Insistir a los pacientes a tragar las tabletas OxyContin intactas. Las tabletas no se deben triturar, disolver o masticar. La dosis de Oxicodona resultante puede ser fatal, particularmente en individuos no tratados previamente con opioides.
• OxyContin está contraindicado en pacientes con insuficiencia respiratoria y en pacientes con condiciones que aumentan el riesgo de insuficiencia respiratoria. (Ver XIII. Contraindicaciones)

Pacientes de edad avanzada, caquéticos y debilitados
La insuficiencia respiratoria es más probable que ocurra en pacientes de avanzada edad, caquéticos o debilitados, ya que pueden tener farmacocinética alterada o excreción alterada comparada con los pacientes más jóvenes y saludables. Por lo tanto, monitoree de cerca a estos pacientes, particularmente cuando se inicie y ajuste OxyContin y cuando se les administre OxyContin concomitantemente con otros fármacos que deprimen la respiración.

Insuficiencia renal
OxyContin con insuficiencia renal, como se evidencia por la disminución de excreción de creatinina (<60 mL/min), las concentraciones de Oxicodona en el plasma son aproximadamente 50% más altas que en los pacientes con función renal normal. Sigue un enfoque conservador a inicio de la dosis y ajustar de acuerdo a la situación clínica (Ver V. Farmacocinética y farmacodinamia).

Interacciones de género
En estudios farmacocinéticos con OxyContin, las mujeres que no han sido tratadas con opioides demostraron hasta un promedio de 25% más alto que los hombres de concentraciones plasmáticas y una mayor frecuencia de eventos típicos adversos al opioide, incluso después del ajuste del peso corporal. La relevancia clínica de una diferencia de esta magnitud es aún no ha sido fármaco diseñado al uso clínico en dosificaciones individualizadas, y no hubo diferencia hombre/mujer detectada para eventos efectos o adversos en ensayos clínicos.

Síndrome de abstinencia neonatal opioide
El uso crónico materno de oxicodona durante el embarazo puede afectar al feto con signos de abstinencia posteriores. El síndrome de abstinencia neonatal se presenta como irritabilidad, hiperactividad y patrones de sueño anormal, grito agudo, temblores, vómitos, diarrea y falta de ganancia de peso. La aparición, duración y gravedad del síndrome de abstinencia neonatal varía en función del fármaco utilizado, la duración del uso, la dosis de la última utilización materna y la tasa de eliminación del fármaco por el recién nacido. El síndrome de abstinencia de opioide neonatal, a diferencia del síndrome de abstinencia de opioide en adultos, puede ser potencialmente mortal y debe ser tratado de acuerdo con los protocolos desarrollados por expertos en neonatología.

Abuso y dependencia del fármaco
Sustancia controlada
OxyContin contiene Oxicodona, una sustancia controlada de Fracción I con un alto potencial de abuso, similar a otros opioides, incluyendo fentanilo, hidromorfona, morfina, Oxycodona y oximorfina OxyContin puede ser objeto de abuso y está sujeto al uso inapropiado y desviación criminal. (Ver VII. Precauciones generales)

Abuso
El abuso de OxyContin supone un riesgo de sobredosis y muerte. Este riesgo se incrementa poniendo en riesgo la tableta y con el abuso concomitante de alcohol u otros sustancias. Todos los pacientes tratados con opioides requieren de monitoreo cuidadoso para detectar signos de abuso y adicción, ya que el uso de productos analgésicos opioides conllevan el riesgo de adicción, incluso bajo uso médico apropiado. La adicción a las drogas es una enfermedad tratada, utilizando un enfoque multidisciplinario, pero la recidiva es común. El abuso de drogas es el uso no autorizado de un medicamento de venta libre, incluso una vez, por un grañante efecto psicológico o fisiológico. El abuso de drogas incluye, pero no se limita a los siguientes ejemplos: el uso de un medicamento con receta de venta libre para llegar "alto", o el

uso de esteroides para mejorar el rendimiento y la acumulación muscular. La adicción a las drogas es una agrupación de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del uso repetido de sustancias e incluyen un fuerte deseo de tomar la droga, dificultades para controlar su uso, persistiendo en su uso a pesar de las consecuencias dañinas, una mayor prioridad dada al consumo de la droga que a otras actividades y obligaciones, aumento de tolerancia, y a veces una abstinencia física.

La formación actual de "buzos de drogas" es muy común en los adictos y toxicómanos. Las prácticas en la búsqueda de drogas incluyen llamadas de emergencia o visitas cerca del final del horario de oficina, rechazo a someterse a una examinación adecuada, pruebas o entrevistas, solicitudes múltiples de pérdida de recetas, alteración de recetas y renuencia a proporcionar registros médicos previos o información de contacto de otros médicos. Visitar varios médicos para obtener recetas adicionales es común en toxicómanos que sufren de adicciones no tratadas. La precaución para encontrar un alivio adecuado al dolor puede ser un comportamiento adecuado en un paciente con control deficiente del dolor. Abuso y adicción son separadas y diferentes de la dependencia física y la tolerancia. Los médicos deben estar conscientes de que la adicción no puede ir acompañada por una tolerancia concurrente y síntomas de dependencia física en todos los adictos. Además, el abuso de opioides puede resultar en ausencia de verdadera adicción. OxyContin, al igual que otros opioides, puede ser desviado para uso no médico dentro de los canales de distribución lícita. Se recomienda altamente el cuidadoso registro de información de la prescripción, incluyendo la cantidad, la frecuencia y las solicitudes de renovación como lo requiere la ley del estado. La selección correcta del paciente, las prácticas adecuadas, la reevaluación periódica del tratamiento y la correcta administración y almacenamiento son las medidas adecuadas que ayudan a reducir el abuso de fármacos opioides.

Riesgos específicos por abuso de OxyContin
OxyContin es para uso oral solamente. El abuso de OxyContin supone un riesgo de sobredosis y muerte. El abuso puede ocurrir al tomar las tabletas intactas en cantidades mayores a las prescricas o sin propósitos legítimos al triturar y masticar o inhalar la formulación triturada, o al inyectar una solución hecha de la formulación triturada.

El riesgo de sobredosis o muerte se incrementa con el abuso concomitante de OxyContin con alcohol y otras sustancias. Si se toma OxyContin cortada, partida, masticada, triturada o disuelta, aumenta la liberación del fármaco y aumenta el riesgo de sobredosis y muerte. Con el abuso parenteral, los excipientes de la tableta pueden ocasionar la muerte, necrosis del tejido local, infección, granuloma pulmonar e incremento de riesgo de endocarditis y lesiones valvular. El abuso de OxyContin puede resultar en un aumento de la transmisión de enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el VIH.

Efectos teratogénicos
El efecto de la Oxicodona en la reproducción humana no ha sido suficientemente estudiado. Estudios con dosis orales de clorhidrato de Oxicodona en ratas hasta 8 mg/kg/día y conejos hasta 25 mg/kg/día, equivalentes a 0.5 y 2.0 veces una dosis de un adulto humano de 160 mg/día, respectivamente, no revelaron evidencia de daño fetal a causaado por la Oxicodona. En un estudio de toxicidad pre y postnatal, las ratas hembras recibieron Oxicodona durante la gestación y lactancia. No se observaron efectos a largo plazo en el desarrollo y reproducción de las crías. (Ver XII. Precauciones en relación con efectos de carcinógenesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad)

Efectos no teratogénicos
En un estudio de toxicidad pre y postnatal, las ratas hembras recibieron clorhidrato de Oxicodona en oral durante la gestación y lactancia. No hubo efectos relacionados al fármaco en el desarrollo reproductivo de estas hembras o ningún efecto a largo plazo en el desarrollo o reproducción de las crías a causa de estas ratas.

Efectos no teratogénicos
En un estudio de toxicidad pre y postnatal, las ratas hembras recibieron clorhidrato de Oxicodona en oral durante la gestación y lactancia. No hubo efectos relacionados al fármaco en el desarrollo reproductivo de estas hembras o ningún efecto a largo plazo en el desarrollo o reproducción de las crías amantadas por madres que recibieron la dosis máxima utilizada (6 mg/kg/día, equivalente a aproximadamente 0.4 veces un adulto humano de 160 mg/día, en base a mg/kg/día). Sin embargo, el peso corporal de estas crías se recuperó.

Parto y alumbramiento
Los opioides cruzan la placenta y pueden producir insuficiencia respiratoria y efectos psicofisiológicos en los recién nacidos. No se recomienda el uso inmediato de OxyContin en mujeres antes o durante el parto, mientras que el uso de analgésicos de corta duración o otros técnicas analgésicos son más adecuadas. En mujeres que toman los analgésicos opioides pueden prolongar el parto a través de acciones que reducen temporalmente la fuerza, duración y frecuencia de las contracciones uterinas. Sin embargo, este efecto no es consistente y puede ser compensado por un aumento de frecuencia de dilatación cervical, que tiende a acortar el parto.

Queven de cerca a las recién nacidas cuyas madres recibieron analgésicos opioides durante el parto para detetar signos de insuficiencia respiratoria. Tenga un opioide antagonista específico, como la naloxona o nalmeftene, disponible para el percarce de insuficiencia respiratoria inducida por el opioide en el recién nacido.
Madres en periodo de lactancia
Se ha detectado Oxicodona en la leche materna. Indique a las pacientes de no amamantar mientras reciben OxyContin. No iniciar el tratamiento de OxyContin durante la lactancia debido a la posibilidad de sedación e insuficiencia respiratoria en el niño.
Monitoreo
ocurrir signos de abstinencia en bebés lactantes cuando se detiene la administración materna de un analgésico opioide, o cuando se detiene la lactancia.

VIII. Reacciones secundarias y adversas
Las siguientes reacciones adversas descritas en otra parte del etiquetado son:

- Insuficiencia respiratoria (Ver VII. Precauciones generales y XV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia) (Ver VII. Precauciones generales y XV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia)
- Depresión del SNC (Ver X. Interacciones medicamentosas y de otro género, y XIV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia o ingestá accidental) Efectos hipotensor (Ver VII. Precauciones generales y XIV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia o ingestá accidental)
- Abuso, adicción y dependencia del fármaco (Ver Abuso y dependencia del fármaco)
- Efectos gastrointestinales (Ver VII. Precauciones generales)
- Ataques epilépticos (Ver VII. Precauciones generales)

Veintiseis de los sujetos completaron el estudio. Dosificación incompleta debido a granúlos que caen de las fosas nasales de los sujetos ocurrieron en 34% (n=10) de los sujetos, con OxyContin bien triturado con un 7% (n=2) de los sujetos con OxyContin original bien triturado y ningún sujeto con HCl de oxicodona en polvo.

Escala VAS (100 mm)*	OxyContin (bien triturado)	OxyContin (bien triturado)	OxyContin (bien triturado)	
Gusto por el fármaco	Mediana (SE)	80.4 (3.9)	94.0 (2.7)	89.3 (3.1)
	Mediana (Rango)	78 (0-100)	100 (20-100)	100 (0-100)
Tuimales el fármaco de nuevo	Mediana (SE)	64.0 (7.1)	86.6 (3.9)	86.6 (4.4)
	Mediana (Rango)	78 (0-100)	100 (20-100)	100 (0-100)

* Escalas bipolares (0 = respuesta negativa máxima, 50 = respuesta neutra, 100 = respuesta positiva máxima)

La Figura 1 muestra una comparación del gusto por el fármaco para OxyContin vs OxyContin en comparación con HCl de oxicodona en polvo en sujetos que recibieron ambos tratamientos. El eje Y representa el porcentaje de sujetos que alcanzan una reducción del porcentaje en el gusto por el fármaco para OxyContin vs. HCl de oxicodona en polvo mayor que o igual al valor en el eje X. Aproximadamente 44% (n = 12) no tuvo reducción en el gusto con OxyContin en relación con HCl de oxicodona. Aproximadamente 50% (n = 5) de los sujetos tuvo alguna reducción en el gusto del fármaco con OxyContin, en relación con HCl de oxicodona. Treinta por ciento (n = 9) de los sujetos tuvo una reducción de al menos 30% en el gusto del fármaco con OxyContin, en comparación con HCl de oxicodona, y aproximadamente 22% (n = 6) de los sujetos tuvo una reducción de al menos 50% en el gusto del fármaco con OxyContin, en comparación con HCl de oxicodona.

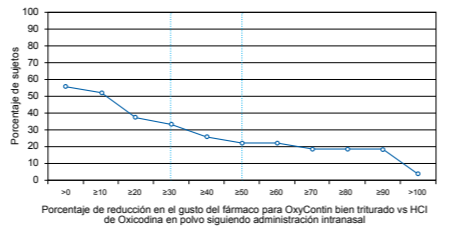


Figura 1. Perfiles de reducción de porcentaje para Emax del gusto del fármaco VAS para OxyContin vs HCl de oxicodona, N=27 siguiendo administración intranasal.

Los resultados de un análisis similar de gusto del fármaco para OxyContin bien triturado en relación con OxyContin original bien triturado fueron comparables a los resultados de OxyContin bien triturado en relación con HCl de oxicodona en polvo. Aproximadamente 43% (n = 12) de los sujetos no tuvo reducción en el gusto del fármaco con OxyContin en relación con OxyContin original. Aproximadamente 57% (n = 16) de los sujetos tuvo alguna reducción del gusto del fármaco. 36% (n = 10) de los sujetos tuvo una reducción de al menos 30% en el gusto del fármaco, y aproximadamente 29% (n = 8) de los sujetos tuvo una reducción de al menos 50% en el gusto del fármaco con OxyContin en comparación con OxyContin original.

Dependencia

Tanto la tolerancia como la dependencia física pueden desarrollarse durante el tratamiento crónico

del opioide. Se necesita tolerancia para el aumento en las dosis de opioides para mantener un efecto clínico como la analgesia (en la ausencia de progresión de la enfermedad o de otros factores externos). La tolerancia puede ocurrir tanto a los efectos deseados como los no deseados de los fármacos, y pueden desarrollarse en diferentes rangos para efectos diferentes.

La dependencia física conlleva a síndrome de abstinencia después del retro abrupto o una reducción importante del fármaco. El retro abrupto también puede ser precipitado a través de la administración de fármacos con actividad de opioide antagonistas, por ejemplo, naloxona, nalmeftene, o analgésicos mltos agonistas/antagonistas (pentazocina, butorfanol, nalbupina). La dependencia física no puede ocurrir en un grado clínicamente importante sino después de varios días o semanas de uso continuo del opioide. OxyContin no debe ser retirado abruptamente (Ver XIII. Dosis y vía de administración) Si OxyContin se retira abruptamente en un paciente físicamente dependiente, puede ocurrir un síndrome de abstinencia. Algunos de los síntomas de abstinencia pueden caracterizar este síndrome: agitación, lagrimeo, irrima, bochazos, sudoración, escalofríos, mialgia y midriasis. También pueden desarrollarse otros signos y síntomas, incluyendo: irritabilidad, ansiedad, dolor de espalda, dolor articular, debilidad, calambres abdominales, insomnio, náuseas, anorexia, vómito, diarrea o aumento de la presión sanguínea, frecuencia respiratoria o de la frecuencia cardíaca. Los niños nacidos de madres físicamente dependientes de opioides también serán físicamente dependientes y pueden presentar dificultades respiratorias y síndrome de abstinencia (Ver VII. Precauciones generales).

VII. Restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia.

Embarazo

Categoría B del embarazo

No hay estudios adecuados y bien controlados sobre el uso de Oxicodona durante el embarazo. En estudios en limitados datos en humanos en la literatura, la Oxicodona no parece aumentar el riesgo de malformaciones congénitas. En la reproducción animal y estudios de desarrollo en toxicología, se observó que no hay evidencia de daño fetal. Dado que los estudios de reproducción en animales no siempre son predictivos a la respuesta en humanos, la Oxicodona debe utilizarse durante el embarazo sólo si es claramente necesario.

Efectos teratogénicos

El efecto de la Oxicodona en la reproducción humana no ha sido suficientemente estudiado. Estudios con dosis orales de clorhidrato de Oxicodona en ratas hasta 8 mg/kg/día y conejos hasta 25 mg/kg/día, equivalentes a 0.5 y 2.0 veces una dosis de un adulto humano de 160 mg/día, respectivamente, no revelaron evidencia de daño fetal a causaado por la Oxicodona. En un estudio de toxicidad pre y postnatal, las ratas hembras recibieron Oxicodona durante la gestación y lactancia. No se observaron efectos a largo plazo en el desarrollo y reproducción de las crías. (Ver XII. Precauciones en relación con efectos de carcinógenesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad)

Efectos no teratogénicos

En un estudio de toxicidad pre y postnatal, las ratas hembras recibieron clorhidrato de Oxicodona en oral durante la gestación y lactancia. No hubo efectos relacionados al fármaco en el desarrollo reproductivo de estas hembras o ningún efecto a largo plazo en el desarrollo o reproducción de las crías amantadas por madres que recibieron la dosis máxima utilizada (6 mg/kg/día, equivalente a aproximadamente 0.4 veces un adulto humano de 160 mg/día, en base a mg/kg/día). Sin embargo, el peso corporal de estas crías se recuperó.

Parto y alumbramiento

Los opioides cruzan la placenta y pueden producir insuficiencia respiratoria y efectos psicofisiológicos en los recién nacidos. No se recomienda el uso inmediato de OxyContin en mujeres antes o durante el parto, mientras que el uso de analgésicos de corta duración o otros técnicas analgésicos son más adecuadas. En mujeres que toman los analgésicos opioides pueden prolongar el parto a través de acciones que reducen temporalmente la fuerza, duración y frecuencia de las contracciones uterinas. Sin embargo, este efecto no es consistente y puede ser compensado por un aumento de frecuencia de dilatación cervical, que tiende a acortar el parto. Queven de cerca a las recién nacidas cuyas madres recibieron analgésicos opioides durante el parto para detetar signos de insuficiencia respiratoria. Tenga un opioide antagonista específico, como la naloxona o nalmeftene, disponible para el percarce de insuficiencia respiratoria inducida por el opioide en el recién nacido.

Madres en periodo de lactancia
Se ha detectado Oxicodona en la leche materna. Indique a las pacientes de no amamantar mientras reciben OxyContin. No iniciar el tratamiento de OxyContin durante la lactancia debido a la posibilidad de sedación e insuficiencia respiratoria en el niño.
Monitoreo
ocurrir signos de abstinencia en bebés lactantes cuando se detiene la administración materna de un analgésico opioide, o cuando se detiene la lactancia.

VIII. Reacciones secundarias y adversas

Las siguientes reacciones adversas descritas en otra parte del etiquetado son:

- Insuficiencia respiratoria (Ver VII. Precauciones generales y XV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia) (Ver VII. Precauciones generales y XV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia)
- Depresión del SNC (Ver X. Interacciones medicamentosas y de otro género, y XIV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia o ingestá accidental) Efectos hipotensor (Ver VII. Precauciones generales y XIV. Manifestaciones y manejo de sobredosis/abstinencia o ingestá accidental)
- Abuso, adicción y dependencia del fármaco (Ver Abuso y dependencia del fármaco)
- Efectos gastrointestinales (Ver VII. Precauciones generales)
- Ataques epilépticos (Ver VII. Precauciones generales)

Experiencia en ensayos clínicos

Dado que los ensayos clínicos se llevan a cabo en condiciones ampliamente variables, los rangos de sobredosis/abstinencia observados en los ensayos clínicos de un fármaco no pueden ser comparados directamente con los rangos de los ensayos clínicos de otro fármaco y pueden no reflejar los rangos observ



Ayude a sus pacientes a dejar el dolor atrás

OxyContin[®]

MARCA REGISTRADA

Oxicodona **Clave Sector Salud: 4032, 4033 y 6040**



— ⊕ —
Aportando
más
a la vida
— ⊕ —