

## Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo <sup>(1)</sup>

**Manejo del dolor crónico en supervivientes de cánceres adultos: Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) Guía de Práctica Clínica.** Disponible en: [www.asco.org/chronicpain-guideline](http://www.asco.org/chronicpain-guideline). *Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guide line.* Judith A. Paice, Russell Portenoy, Christina Lacchetti, Toby Campbell, Andrea Cheville, Marc Citron, Louis S. Constine, Andrea Cooper, Paul Glare, Frank Keefe, Lakshmi Koyyalagunta, Michael Levy, Christine Miaskowski, Shirley Otis-Green, Paul Sloan y Eduardo Bruera *Journal of Clinical Oncology* 2016 34: 27, 3325-3345

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology [ASCO]) publicó en el *Journal of Clinical Oncology* (2016) la primera guía sobre el tratamiento del dolor crónico en los supervivientes de cánceres en edad adulta. Este documento, el primero en su tipo, constituye una gran ayuda para quienes atendemos a este tipo de pacientes, programa que desde 2004 está incorporado en el régimen GES de la política del MINSAL. Hemos observado como, a medida que se ha implementado en forma precoz en nuestro país el tema de los Cuidados Paliativos por Cáncer, se ha prolongado en forma importante la sobrevida de este grupo de pacientes, asociándose en ellos en un porcentaje considerable la prevalencia del dolor crónico, situación que a nivel internacional se ve respaldada en algunos estudios, que indican además el peligro de deterioro de la calidad de vida, por control insuficiente o sobretratamiento de este síntoma.

Las guías fueron elaboradas por un panel de expertos, quienes realizaron una búsqueda sistemática en las publicaciones referentes a la investigación en el tratamiento del dolor crónico en pacientes supervivientes de cáncer, entre 1996 y 2015. Se buscó resultados en relación a: intensidad del dolor, alivio de síntomas, calidad de vida, resultados funcionales, eventos adversos, uso incorrecto o desviación de consumo y evaluación de riesgos o mitigación. Los resultados tomados en consideración correspondieron a adultos con diagnóstico de cáncer que tenían dolor con una duración de 3 meses o más.

El grupo de trabajo utiliza el término sobreviviente, acuñado por el “National Cancer Institute’s Office of Cancer Survivorship”, que considera en dicha situación a la persona con historia de cáncer que se encuentra en la fase aguda de diagnóstico y tratamiento. El número de sobrevivientes ha aumentado considerablemente, llegando a alrededor de 14 millones en Estados Unidos. Las dos terceras partes de estos individuos sobreviven a los 5 años de su diagnóstico y requieren de estudio y tratamiento del dolor. Se estima que la prevalencia del dolor en sobrevivientes de cáncer ha escalado a alrededor del 40%.

En la búsqueda realizada, 63 estudios cumplieron los criterios de elección, conformando la base de las recomendaciones (35 revisiones sistemáticas, 9 ensayos controlados aleatorios y 19 estudios comparativos, así como estudios de experiencia clínica). En general, los estudios eran heterogéneos en términos de calidad, tamaño y poblaciones, por lo que la mayoría de las recomendaciones se basaron en el consenso de expertos.

Como resultado del consenso, se llegó a 16 recomendaciones:

1. Utilizar una herramienta cuantitativa para evaluar el dolor (escala verbal o numérica) cada vez que se controle al paciente, en base a dos preguntas simples.
  - a) ¿Ha tenido dolor frecuente o persistente desde la última vez que fue visto?: si la respuesta es sí...
  - b) Se pregunta: ¿Cuál ha sido la intensidad promedio del dolor durante la semana pasada?
2. Evaluación integral del dolor inicial, mediante una entrevista detallada para determinar la causa y desarrollar la estrategia terapéutica. La entrevista debe incluir información sobre el tratamiento del cáncer, comorbilidades y la historia psicosocial (incluyendo tratamientos previos para el dolor).
3. Tener presente que muchos pacientes tienen dolor crónico no relacionado con el cáncer, como osteoartritis, enfermedades degenerativas o neuropatía diabética.
4. Evaluar, tratar y controlar en cualquier paciente que refiera dolor de nueva aparición la enfermedad recurrente, segunda neoplasia maligna o los efectos del tratamiento de inicio tardío.
5. Determinar la necesidad de tratamiento multidisciplinario, involucrando a otros profesionales de la salud (derivar/consultar).
6. En ausencia de interacciones farmacológicas-contraindicaciones, se pueden prescribir AINEs, paracetamol, analgésicos coadyuvantes, antidepresivos como duloxetina; y anticonvulsivantes como gabapentina o

(1) Jefe Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Hospital del Salvador. Coordinador de Emergencias y Desastres. Santiago, Chile.

pregabalina, y otros para el dolor de tipo neuropático o dolor crónico generalizado.

7. La eficacia y la efectividad a largo plazo no se ha establecido para otros analgésicos sistémicos no opioides, incluyendo otros antidepresivos y anticonvulsivantes, como tampoco para las medicinas complementarias o alternativas.

8. Analgésicos tópicos, como AINEs, anestésicos locales o cremas/geles que contienen compuestos como baclofeno, amitriptilina y ketamina, pueden ser utilizados.

9. Corticoides: no se recomiendan para el alivio a largo plazo del dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer.

10. Los médicos pueden seguir las normas estatales específicas que permiten el acceso al cannabis medicinal, teniendo en consideración los riesgos y beneficios.

11. El uso de opioides puede estar estipulado en los sobrevivientes de cáncer seleccionados después de una evaluación de los riesgos de efectos adversos y beneficios con el uso a largo plazo.

12. Educación sobre el uso de opioides a pacientes y miembros de la familia/cuidadores, de acuerdo a nivel de alfabetización y/o antecedentes culturales.

13. Se recomiendan las precauciones universales y pruebas de screening toxicológicas para minimizar el abuso de opioides.

14. Alerta y precaución ante prescripción simultánea de opioides y otros fármacos de acción central, especialmente benzodiazepinas.

15. Síndrome de abstinencia: si los opioides ya no están indicados, se debe disminuir progresivamente la dosis y considerar otras terapias para reducir los efectos adversos.

16. Terapias no farmacológicas: recomendadas para el plan integral del manejo del dolor, entre las cuales se incluyen:

– Medicina física y rehabilitación: terapia física, terapia ocupacional.

– Terapias integrativas: masajes, acupuntura, música.

– Terapias psicológicas: terapia cognitivo-conductual.

– Terapias neuroestimuladoras: estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, estimulación de la médula espinal, estimulación nerviosa periférica, estimulación transcraneal.

Los avances en cuanto al cáncer, su tratamiento y la asociación al concepto de manejo del dolor y cuidados paliativos nos presentan en su evolución nuevos conceptos y desafíos que se exponen en esta guía de reciente publicación y que constituye un documento de gran ayuda para enfrentar esta nueva visión que se nos presenta respecto de esta enfermedad.

El objetivo de esta revisión fue examinar el estado actual de la prevalencia del dolor y la gravedad del dolor.

El método utilizado consistió en una búsqueda sistemática de la literatura publicada entre septiembre de 2005 y enero de 2014, utilizando las bases de datos PubMed, Medline, Embase, CINAHL y Cochrane. Se incluyeron artículos en inglés y holandés, que informaban sobre la prevalencia del dolor por cáncer en una población adulta. Los títulos y resúmenes fueron examinados por dos autores de forma independiente, después de lo cual, los textos completos fueron evaluados en cuanto a su calidad metodológica. Los detalles del estudio y las características del dolor se extrajeron de los artículos con una calidad de estudio adecuada. Las tasas de prevalencia se combinaron con el metaanálisis y meta-regresión, que se realizó para explorar los factores determinantes de la prevalencia del dolor.

### **Resultados:**

De los 4.117 títulos, se seleccionaron 122 estudios para los metaanálisis sobre el dolor (117 estudios,  $n = 63,533$ ) y la gravedad del dolor (52 estudios,  $n = 32,261$ ). Las tasas de prevalencia del dolor fueron del 39,3% después del tratamiento curativo; 55,0% durante el tratamiento contra el cáncer; y 66,4% en enfermedad avanzada, metastásica o terminal. El 38,0% de todos los pacientes informaron dolor moderado a intenso (puntuación de escala de calificación numérica  $\geq 5$ ).

### **Conclusión:**

De los resultados obtenidos, se concluye que se ha desarrollado en el transcurso del tiempo, en relación a los enfermos con cáncer, una mayor atención orientada en la evaluación y el tratamiento del dolor. Este síntoma, que origina un deterioro importante en la calidad de vida en estos pacientes, continúa siendo en ellos un síntoma prevalente. Sin embargo, en los próximos 10 años, será necesario superar las brechas hacia el tratamiento efectivo del dolor, desarrollando e implementando estrategias con procedimientos orientados para el manejo del dolor de forma óptima en los pacientes con cáncer.

**Intervención de ejercicios de habilidad motora manual en el dolor y función en sujetos adultos con artritis reumatoide:** serie de casos *Rev Soc Esp Dolor* 2017; 24(6): 294-303 / DOI: 10.20986/resed.2017.3576/2017 D. Rubio Oyarzún (1, 2), K. Neuber Slater (1) F. Araya Quintanilla (1), H. Gutiérrez Espinoza (1, 3), L. Arias Poblete (1), C. Olgún Huerta (1), M. Cornejo Cea (1), J. Zagal Poblete (1) y E. Banda Maturana (1)

(1) Escuela de Kinesiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Las Américas. (2) Kinesiólogo. Clínica Quiropráctica RAQUIS. Huechuraba. (3) Kinesiólogo. Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). Hospital Clínico San Borja- Arriarán. Santiago, Chile. Felicitaciones al grupo de profesionales chilenos que, en el último número de la Revista Dolor de la Sociedad Española del Dolor (SED), Volumen 24, N°6 año, 2017 publicaron su experiencia en pacientes con artritis reumatoide y la intervención mediante ejercicios de habilidad motora. El esfuerzo de este equipo es compartido a los socios de ACHED y nos estimula a imitarlos en el esfuerzo investigativo nacional en los diversos aspectos que involucran al tema dolor. A continuación, presentamos el resumen del artículo publicado.

#### Resumen

**Introducción:** La artritis reumatoide tiene un significativo impacto negativo en la capacidad para realizar labores diarias, incluyendo el trabajo, las tareas del hogar y la calidad de vida. Los hallazgos experimentales y clínicos sugieren que el reentrenamiento de la habilidad motora puede proporcionar mejoras en pacientes con dolor crónico de muñeca y mano.

**Objetivo:** Describir los cambios en la función manual, en la fuerza de puño y en el dolor, a la sexta semana y al tercer mes tras la aplicación de ejercicios enfocados en la habilidad motora manual en adultos con artritis reumatoide.

**Método:** Estudio de diseño no experimental, descriptivo, serie de casos, muestra 17 participantes con diagnóstico de artritis reumatoide. Los pacientes realizaron un programa de ejercicios enfocados en la habilidad motora manual durante 6 semanas. Se midieron las variables de función, dolor, fuerza de puño y pinza, a la sexta semana y al tercer mes.

**Resultados:** No existe diferencia significativa en la intensidad del dolor, función y fuerza de puño, post-intervención  $p > 0,05$ . Existe diferencia significativa a la sexta semana en la fuerza de pinza  $p = 0,002$ . Durante el seguimiento al tercer mes solo hubo diferencia significativa en la fuerza de puño  $p = 0,01$ .

**Conclusión:** La aplicación de un programa de ejercicios enfocados en la habilidad motora manual generó cambios a nivel de la fuerza de puño y pinza. Con respecto a la funcionalidad e intensidad del dolor no se apreciaron diferencias significativas.

**Palabras clave:** habilidad motora manual, terapia física, dolor crónico, artritis reumatoide.

#### Conflicto de Interés:

Autor (es) no declaran conflicto de interés en el presente trabajo:

Recibido el 14 de diciembre de 2017, aceptado para publicación el 21 de diciembre de 2017.

Correspondencia a:  
Dr. Rodrigo Fernández Rebolledo  
Jefe Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos  
Hospital del Salvador.  
Past President ACHED.  
Santiago. Chile.  
E-mail: rodrigoached@gmail.com