

Rev Soc Esp Dolor  
2017; 24(6): 361-362

### Guía práctica de la Sociedad Americana de Oncología Clínica sobre el tratamiento del dolor crónico en los supervivientes de cánceres en adultos

DOI: 10/20986/resed.2016.3494/2016

Sr. Director:

Como resultado de los extraordinarios avances en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer, hasta el 40 % de los 14 millones de sobrevivientes de cáncer en Estados Unidos experimentan dolor crónico significativo y deterioro de su calidad de vida (1,2).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (*American Society of Clinical Oncology* [ASCO]) acaba de publicar en la revista *Journal of Clinical Oncology* una guía sobre el tratamiento del dolor crónico en los supervivientes de cánceres en edad adulta. Se trata de las primeras pautas en esta población y un punto de partida importante para los médicos que atienden a estos pacientes, ya que el problema del dolor crónico oncológico es enorme y existe un riesgo de tratamiento insuficiente y de sobretratamiento (3).

Este documento analiza las intervenciones analgésicas, terapias no farmacológicas y las mejores opciones de tratamiento basadas en la evidencia. Las recomendaciones incluyen la detección del dolor en este tipo de pacientes y la comprensión de cómo minimizar el abuso, adicción y consecuencias adversas cuando se prescriben opioides para pacientes que no han respondido en el control del dolor con medidas más conservadoras (3).

**Metodología.** Un panel de expertos llevó a cabo una búsqueda sistemática en la literatura de 1996 a 2015 sobre los estudios de investigación en el tratamiento del dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer. Los resultados de interés incluían: alivio de los síntomas, intensidad del dolor, calidad de vida, resultados funcionales, eventos adversos, uso incorrecto o desviación de consumo, y evaluación de riesgos o mitigación. Se consideraron los resultados en adultos diagnosticados de cáncer que tenían dolor con una duración de 3 meses o más (3).

**Resultados.** Un total de 63 estudios cumplieron los criterios de elegibilidad y constituyeron la base de las recomendaciones (35 revisiones sistemáticas, 9 ensayos controlados aleatorios y 19 estudios comparativos así como estudios de experiencia clínica). Los estudios tendían a ser heterogéneos en términos de calidad, tamaño y poblaciones. Los resultados primarios también variaron entre los estudios y, en la mayoría de los casos, no eran directamente com-

parables; por ello, se carecía de pruebas de alta calidad y muchas de las recomendaciones se basaron en el consenso de expertos (3).

*Principales recomendaciones (3).*

- Uso de una herramienta cuantitativa para evaluar el dolor cada vez que veamos al paciente, como pueden ser 2 cuestiones simples. “¿Ha tenido dolor frecuente o persistente desde la última vez que fue visto?”: si la respuesta es sí, entonces preguntaremos “¿cómo de severo ha sido este dolor, de promedio, durante la semana pasada?”. Una escala de calificación verbal o una escala numérica se pueden utilizar para identificar a los pacientes que deben ser sometidos a una evaluación integral del dolor inicial.
- Realizar una evaluación integral del dolor inicial mediante una entrevista en profundidad para determinar la causa y desarrollar un plan de tratamiento. La entrevista debe solicitar información sobre el tratamiento del cáncer, enfermedades comórbidas, y la historia psicosocial y psiquiátrica (incluyendo el uso de sustancias y tratamientos previos para el dolor).
- Hay que tener en cuenta que muchos pacientes con antecedentes de cáncer también se quejan de dolor crónico no relacionado con el cáncer, tales como la artritis, las enfermedades degenerativas tipo artrosis o la neuropatía diabética.
- Evaluar, tratar y controlar la enfermedad recurrente, segunda neoplasia maligna, o los efectos del tratamiento de inicio tardío en cualquier paciente que refiera dolor de nueva aparición.
- Determinar la necesidad de conseguir que otros profesionales de la salud se involucren. Derivar/consultar en consecuencia.
- En ausencia de interacciones farmacológicas-contraindicaciones, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), paracetamol, analgésicos coadyuvantes, incluyendo los antidepresivos como duloxetina y anticonvulsivantes, como gabapentina o pregabalina, y otros anticonvulsivantes para condiciones de dolor neuropático o dolor crónico generalizado, pueden ser prescritos.
- La eficacia y la efectividad a largo plazo de otros analgésicos sistémicos no opioides, incluyendo otros antidepresivos y anticonvulsivantes, así como las medicinas complementarias o alternativas, no se han establecido.
- Los analgésicos tópicos, tales como AINE, anestésicos locales o cremas/geles que contienen compuestos como baclofeno, amitriptilina y ketamina, pueden ser prescritos.

- Los corticoides no se recomiendan para el alivio a largo plazo del dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer.
- Los médicos pueden seguir las normas estatales específicas que permiten el acceso al cannabis medicinal o los cannabinoides.
- El uso de opioides puede estar estipulado en los sobrevivientes de cáncer seleccionados después de una evaluación de los riesgos de efectos adversos y los posibles riesgos y beneficios con el uso a largo plazo.
- Los pacientes y los miembros de la familia/cuidadores deben ser educados sobre el uso de opioides, y el nivel de alfabetización del paciente y/o antecedentes culturales deben ser considerados.
- Se recomiendan las precauciones universales para minimizar el abuso de opioides, incluyendo pruebas de screening toxicológicas.
- Se debe tener cuidado cuando se prescriba simultáneamente otros fármacos de acción central, en particular benzodiacepinas.
- Si los opioides ya no están indicados, se debe disminuir progresivamente la dosis para evitar el síndrome de abstinencia y considerar otras terapias para reducir los efectos adversos.

Se recomienda la adición de terapias no farmacológicas 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, la distracción, *mindfulness*).

- Terapias neuroestimuladoras (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, estimulación de la médula espinal, estimulación nerviosa periférica, estimulación transcraneal).

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**A. Alcántara Montero y A. González Curado**  
*Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz. España*

*Correspondencia:* Antonio Alcántara Montero  
 a.alcantara.montero@hotmail.com

### BIBLIOGRAFÍA

1. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage* 2016;51(6):1070-90.e9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340.
2. Green CR, Hart-Johnson T, Loeffler DR. Cancer-related chronic pain: examining quality of life in diverse cancer survivors. *Cancer* 2011;117(9):1994-2003. DOI: 10.1002/ncr.25761.
3. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, Campbell T, Chevillat A, Citron M, et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline [consultado el 26 de julio de 2016]. Disponible en: [www.asco.org/chronic-pain-guideline](http://www.asco.org/chronic-pain-guideline)