

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

Informes destacados

Reseñas

1 - Reseña sobre el Dexketoprofeno Trometamol en el Dolor Agudo <i>Hanna M, Moon J</i> Current Medical Research and Opinion. 2019 Feb;35(2):189-200	4
2 - Efectos de una Intervención Breve Basada en Mindfulness en la Percepción del Dolor en Pacientes con Dolor Pélvico Crónico: Serie de Casos <i>Donat L, Reynolds J, Fox S y colaboradores</i> Case Reports in Women's Health. 2022 Ene;33(00380):1-4.....	6
3 - Dolor Crónico, Funcionalidad y Calidad de Vida en Pacientes que Sobreviven al Cáncer <i>Poço Gonçalves J, Veiga D, Araújo A</i> British Journal of Pain. 2021 Nov;15(4):401-410	7

Originales

4 - Efecto de la Reducción de Opioides sobre la Tolerancia al Dolor Experimental en Pacientes con Dolor Crónico <i>Compton P, Halabicky O, Aryal S, Badiola I</i> Pain and Therapy. 2022 Ene;11(1):303-313	9
5 - Dolor Crónico y Patrones de Consumo de Drogas en Personas sin Hogar con Enfermedad Mental <i>Vogel M, Choi F, Krausz M y colaboradores</i> International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Ene;19(1):1-10.....	10
Contacto directo	12
Autoevaluaciones de la lectura, Respuestas correctas	13-14





Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)

Rafael Bernal Castro
Presidente

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

Consejo Superior (PEMC-SIIC)

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

Sociedad Iberoamericana de
Información Científica (SIIC)
www.siic.salud.com

México, representante comercial:
Grupo Percano de Editoras
Asociadas
S.A de CV, Ciudad de México
grupo@percano.mx

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

Información adicional en
www.siic.salud.com

Colección
Temas Maestros

Serie
Algología

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



Volumen 1, Número 4,
Diciembre 2021

Programa SIIC de Educación Médica Continuada (PEMC-SIIC)

Comité de Redacción Científica

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

Selección y Supervisión Científica

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

Colección Temas Maestros, serie Algología

Fuentes científicas consultadas

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

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

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

Reseñas

1 - Reseña sobre el Dexketoprofeno Trometamol en el Dolor Agudo

Hanna M, Moon J

Analgesics and Pain Research (APR), Beckenham, Reino Unido; Seoul National University Cancer Hospital, Seúl, Corea del Sur

[A Review of Dexketoprofen Trometamol in Acute Pain]

Current Medical Research and Opinion. 2019 Feb;35(2):189-200

El dexketoprofeno trometamol brindó una eficacia analgésica similar a los inhibidores de la ciclooxigenasa tipo 2 en el tratamiento del dolor agudo, con un inicio de acción rápido (dentro de los 30 minutos) y buena tolerabilidad.

El dolor agudo puede ser producido por una lesión, cirugía o eventos fisiopatológicos, y su aparición reduce la calidad de vida, el bienestar y la funcionalidad del paciente, con alteración del sueño. El traumatismo o la inflamación tisulares activan a los nociceptores, y los estímulos nociceptivos se transmiten como impulsos eléctricos por medio de las vías ascendentes de dolor en la médula espinal hacia el sistema nervioso central, donde provocan la experiencia dolorosa. El daño celular desencadena la liberación de mediadores inflamatorios, como las citoquinas y las prostaglandinas, que disminuyen el umbral de activación de los nociceptores, con el consiguiente aumento en la sensibilidad al dolor en el sitio de la lesión. Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) constituyen la clase de fármacos analgésicos más comúnmente utilizados, y su acción se basa en la inhibición de las enzimas ciclooxigenasas (COX). La inhibición de las enzimas COX-1 y COX-2 evita la síntesis de prostaglandinas, lo cual provoca una reducción en la sensibilización periférica, el dolor y la inflamación. Los AINE clásicos (no selectivos) inhiben ambas isoformas de la enzima. La enzima COX-1 está presente de manera constitutiva en muchos tejidos y participa en procesos homeostáticos de los sistemas gastrointestinal, respiratorio, cardiovascular y renal y, por ende, su bloqueo puede producir efectos adversos. La enzima COX-2 es inducida principalmente por mediadores inflamatorios, y su inhibición tiene menos efecto sobre la síntesis de prostaglandinas involucradas en la homeostasis. Los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden brindar una eficacia similar a la de

los AINE no selectivos tradicionales, pero con menos efectos adversos gastrointestinales. Sin embargo, todos los AINE, inclusive los inhibidores de la COX-2, se vinculan con efectos adversos cardiovasculares. Una estrategia alternativa para mejorar el perfil farmacológico es la inhibición de ambas isoenzimas COX, con reducción del riesgo de efectos adversos mediante el aumento de la potencia o de la absorción del fármaco y la administración de dosis inferiores. Para tal fin, se elaboraron los inhibidores no selectivos de la COX modificados, tales como los derivados de la sal de trometamina, como el dexketoprofeno trometamol. El dexketoprofeno trometamol es el enantiómero S del ketoprofeno, que muestra mayor potencia que el compuesto racémico, y tiene absorción e inicio de acción rápidos. Este fármaco se encuentra disponible como formulaciones orales y parenterales. El objetivo de esta reseña fue evaluar la eficacia y la tolerabilidad del dexketoprofeno trometamol en el dolor agudo secundario a cirugía, cólico renal (nefrolitiasis) y otros estados de dolor agudo, en comparación con algunos de los fármacos indicados más comúnmente, como los inhibidores de la COX-2 celecoxib, etoricoxib y parecoxib (para administración parenteral). También, se evaluó la utilidad del fármaco en estudio para reducir las dosis de los opioides en los regímenes multimodales.

Métodos

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos Medline, Embase y *Cochrane Library*, hasta marzo de 2017.

Resultados

Los datos disponibles indican que el dexketoprofeno trometamol en dosis única proporciona una analgesia eficaz en el tratamiento del dolor agudo, como el dolor posoperatorio, el cólico renal, los trastornos musculoesqueléticos agudos o la dismenorrea. Demostró un inicio de acción rápido, dentro de los 30 minutos, y fue bien tolerado y seguro durante el tratamiento a corto plazo. La analgesia eficaz se observó a los 30 minutos después de la administración de dexketoprofeno trometamol por vía oral en el marco posoperatorio, y en menos de 30 minutos en pacientes con cólico renal que lo recibieron por vía parenteral. Con respecto al cólico renal, el dexketoprofeno trometamol produjo un alivio general del dolor similar, pero con un inicio de acción más rápido, en comparación con la dipirone.

El dexketoprofeno trometamol fue bien tolerado durante el tratamiento a corto plazo. En estudios de

dosis única, la incidencia de eventos adversos no fue diferente a la observada con placebo. De modo similar a lo registrado con otros AINE, los efectos adversos más comunes informados en estudios de dosis única de dexketoprofeno trometamol fueron gastrointestinales, como náuseas y vómitos.

No se contó con comparaciones directas con los inhibidores de la enzima COX-2. Sin embargo, la eficacia y la tolerabilidad de una dosis única de dexketoprofeno trometamol parecen ser congruentes con las observadas con los inhibidores de la COX-2 como celecoxib, etoricoxib y parecoxib, en el contexto del dolor agudo.

Los estudios existentes indicaron que el tratamiento con dexketoprofeno trometamol redujo el consumo de opioides en el entorno posoperatorio, y una combinación de dosis fija de dexketoprofeno trometamol 25 mg y tramadol 75 mg brindó mejor analgesia que la monoterapia con tramadol a 100 mg.

La dosis recomendada de dexketoprofeno trometamol oral es de 25 mg cada 8 horas, hasta una dosis diaria total máxima de 75 mg, y debe tomarse al menos 30 minutos antes de la comida. La dosis recomendada por vía parenteral es de 50 mg cada 8 a 12 horas (aunque puede ser administrado en un intervalo de 6 horas), hasta una dosis máxima total diaria de 150 mg. Se puede administrar por vía intramuscular o como infusión intravenosa lenta (10-30 minutos), o bolo intravenoso lento (15 segundos). En pacientes de edad avanzada, se puede administrar el dexketoprofeno trometamol oral en la menor dosis (dosis diaria total 50 mg), pero no se requiere un ajuste de dosis para la formulación parenteral. El dexketoprofeno trometamol no debe usarse en niños. La dosificación de ambas formulaciones de dexketoprofeno trometamol debe reducirse a una dosis diaria total de 50 mg en los pacientes con insuficiencia renal leve y en aquellos con insuficiencia hepática leve a moderada. No debería ser utilizado en pacientes con insuficiencia renal moderada a grave o insuficiencia hepática grave.

Discusión y conclusión

Comentan los autores que el dexketoprofeno trometamol brindó una eficacia analgésica similar a la de los inhibidores de la COX-2 en el tratamiento del dolor agudo, con un inicio de acción rápido (dentro de los 30 minutos) y buena tolerabilidad. También, permitió disminuir la dosis de los opioides cuando se utilizó como parte de un régimen multimodal. El alivio rápido del dolor es importante en los estados de dolor agudo. Sin embargo, a pesar de ser generalmente seguro y bien tolerado cuando se usa a corto plazo en situaciones de dolor agudo, el dexketoprofeno trometamol y otros AINE no deben administrarse a pacientes con antecedentes de hemorragia gastrointestinal o úlceras pépticas, y debe prescribirse con precaución en aquellos con enfermedad cardiovascular.

La analgesia multimodal, que incorpora una combinación de diferentes tipos de analgésicos

con efectos sinérgicos, puede proporcionar mayor alivio del dolor y tener un efecto de ahorro de opioides. Los estudios existentes indicaron que el tratamiento con dexketoprofeno trometamol redujo el consumo de opioides en el entorno posoperatorio, y una combinación de dosis fija de dexketoprofeno trometamol 25 mg y tramadol 75 mg brindó mejor analgesia que la monoterapia con tramadol a 100 mg.

El cumplimiento del tratamiento y las tasas de abstinencia pueden ser consideraciones importantes durante el uso de fármacos a largo plazo, pero no son una preocupación particular con los AINE en el contexto del dolor agudo. Además, la disponibilidad de formulaciones orales y parenterales de dexketoprofeno trometamol ofrece a los médicos la elección de la vía de administración, según el contexto clínico y la preferencia del paciente. La formulación parenteral de dexketoprofeno trometamol se presenta como una solución que puede inyectarse de manera intramuscular o diluirse para infusión intravenosa. Se demostró que la solución inyectable, o concentrado para solución para la infusión del dexketoprofeno trometamol, es compatible cuando se mezcla en pequeños volúmenes (por ejemplo, en una jeringa) con soluciones inyectables de heparina, lidocaína, morfina y teofilina. Además, la dilución de ambas formulaciones en un volumen de 100 ml de solución salina normal o solución de glucosa es compatible con fármacos como dopamina, heparina, hidroxicina, lidocaína, morfina, petidina y teofilina.

No se publicaron estudios farmacoeconómicos de dexketoprofeno trometamol. Dado que no hay diferencias notorias en la eficacia o tolerabilidad cuando se lo comparó con los inhibidores de la enzima COX-2 para uso agudo, en este contexto la elección podría basarse en los costos del producto.

Se mencionan algunas limitaciones a este estudio. En primer lugar, la ausencia de estudios comparativos directos en los diversos entornos clínicos. Sin embargo, en cierta medida, este hecho puede compensarse por la búsqueda de la mejor evidencia científica, representada por los ensayos controlados y aleatorizados y las reseñas sistemáticas/metanálisis, si bien esto no reemplaza a las comparaciones directas. La restricción de las comparaciones a los entornos clínicos específicos como las extracciones dentales, el cólico renal, el dolor musculoesquelético y la dismenorrea puede permitir que los resultados tengan una aplicación más práctica para los médicos.

En conclusión, en pacientes con dolor agudo, el dexketoprofeno trometamol produjo niveles de analgesia que son equivalentes a los observados con el uso de los inhibidores de la enzima COX-2, que son los fármacos más comúnmente recetados. Además, el dexketoprofeno trometamol tiene un inicio rápido de acción, es bien tolerado y tiene un efecto ahorrador de opioides cuando se usa como parte de un régimen multimodal en el contexto del dolor agudo.

2 - Efectos de una Intervención Breve Basada en *Mindfulness* en la Percepción del Dolor en Pacientes con Dolor Pélvico Crónico: Serie de Casos

Donat L, Reynolds J, Fox S y colaboradores

Women's Medicine Collaborative at The Miriam Hospital, Providence, EE.UU.

[The Effects of a Brief Mindfulness-based Intervention on Pain Perceptions in Patients with Chronic Pelvic Pain: A Case Series]

Case Reports in Women's Health. 2022 Ene;33(00380):1-4

En general, el control del dolor pélvico crónico requiere un tratamiento interdisciplinario, que incluye fisioterapia; no obstante, la incorporación de una intervención breve basada en mindfulness demostró una mejoría en la percepción del dolor.

El dolor pélvico crónico (DPC) es aquel que se localiza en la pelvis anatómica, la pared abdominal anterior, el ombligo o por debajo de este, la espalda lumbosacra o las nalgas; cíclico o no, de 6 meses o más de duración, y de tal magnitud que causa discapacidad funcional o requiere atención médica. El DPC afecta del 5.7% al 26.6% de las mujeres. Las intervenciones basadas en *mindfulness* (atención plena) han sido eficaces para mejorar los resultados clínicos de las pacientes con dolor crónico; sin embargo, requieren mucho tiempo, suelen consistir en 8 sesiones semanales de 2.5 h, con 45 minutos de tarea diaria y concluyen con un retiro de meditación de un día entero. Aunque hay pruebas de que la reducción del estrés basada en la atención plena beneficia a las pacientes con DPC, el tiempo y el costo son obstáculos.

El objetivo de este estudio fue informar sobre la utilidad de una intervención breve basada en *mindfulness* para pacientes con DPC que realizan tratamientos habituales, y los efectos preliminares de la intervención sobre los niveles de dolor y la catastrofización del dolor.

Metodología

Se realizó un estudio de serie de casos en un único centro. Durante 14 meses, se invitó a las pacientes que recibían tratamiento por DPC a participar en un programa con entrenamiento en *mindfulness* en sus sesiones de fisioterapia. Fueron excluidas las pacientes que tenían diagnóstico de DPC, indicación de fisioterapia para el suelo pélvico como parte de su tratamiento y una puntuación mínima de 20/52 en la *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). Fueron excluidas las mujeres menores de 18 años, embarazadas, las que no sabían leer, escribir o hablar en inglés y aquellas que tenían experiencia previa en *mindfulness*.

Las participantes completaron cuestionarios antes y después del programa para medir la percepción del dolor. El fisioterapeuta realizó la intervención de *mindfulness* durante las sesiones. Se utilizaron 3 ejercicios de meditación pregrabados como guía. Los ejercicios incluyeron una meditación sentada, un escaneo corporal y una meditación compasiva.

Las meditaciones se diseñaron específicamente para pacientes con DPC. Las participantes también recibieron tarjetas semanales de práctica, educación sobre el impacto del estrés en el dolor, ejercicios, citas inspiradoras, ideas para prácticas de atención plena de un minuto y un registro de sus tareas. Asimismo, las pacientes realizaron 2 controles con sus médicos tratantes durante el programa. En estas consultas, los profesionales reforzaron el papel de la atención plena en el tratamiento del dolor, junto con la atención habitual e individualizada del dolor pélvico. Las pacientes completaron una escala numérica de calificación del dolor (0 a 10) y la PCS antes y después de la intervención. Los análisis estadísticos se realizaron con IBM SPSS versión 25.

Resultados

Veinte pacientes fueron incluidas en el estudio. La media de edad fue de 33 años (rango: 20 a 61 años). Las participantes estaban físicamente sanas, con un índice de comorbilidad de Charlson medio de 0.5. Todas tenían al menos 2 diagnósticos de dolor pélvico. Nueve habían tenido una cirugía pélvica previa y 4, una histerectomía. Nueve pacientes presentaban fibromialgia u otro trastorno del dolor central; 19 tenían ansiedad o depresión. El 50% completó el programa de 8 semanas. Cuatro pacientes se retiraron del programa *mindfulness*, pero continuaron con la atención habitual. Seis abandonaron el programa y se perdieron durante el seguimiento.

Al inicio del programa, las puntuaciones medias fueron de 5.32 (rango: 0 a 9) para el nivel medio de dolor; 9.08 (rango: 7 a 10) para el nivel máximo de dolor y 3.18 (rango: 0 a 8) para el dolor mínimo. Las puntuaciones iniciales de dolor no difirieron entre las participantes que completaron el estudio y aquellas que no lo hicieron ($p > 0.21$). La puntuación media de la PCS fue de 36.37 (rango: 16 a 51) al inicio del estudio, y no difirió entre las pacientes que completaron el estudio y aquellas que no lo hicieron ($p = 0.44$). Las puntuaciones de dolor de las participantes que completaron el programa de *mindfulness* se compararon al inicio y durante el seguimiento. Aunque se observó la reducción en todas las puntuaciones de dolor, esta no alcanzó significación estadística.

El ANOVA de medidas repetidas reveló que el cambio en las puntuaciones de la PCS difirió significativamente por grupo ($p = 0.029$). La catastrofización del dolor disminuyó de 35.33 a 25.44 entre las mujeres que completaron el programa.

Discusión y conclusiones

En este estudio se examinó el efecto de un programa breve basado en la atención plena o *mindfulness* integrado en la fisioterapia para mujeres con DPC. En las pacientes que completaron el programa (10/20) de 8 semanas se observó una reducción de la PCS y una tendencia hacia menores puntuaciones de dolor. El programa tuvo una tasa de abandono del 50%; en la mayoría de los casos, debido a dificultades para acudir a las citas.

El DPC es un trastorno complejo, asociado con diversas afecciones que se originan en los sistemas ginecológico, gastrointestinal, urológico y neuromusculoesquelético. El tratamiento se basa en atacar las fuentes periféricas de dolor y en el enfoque en la respuesta al dolor central. Es habitual el uso de analgésicos de acción central, como los opioides. Actualmente, no hay estudios que demuestren beneficios del tratamiento crónico con opioides en estas pacientes; por el contrario, cada vez más publicaciones desaconsejan su uso crónico, dados los riesgos de dependencia, adicción y muerte por sobredosis. La fisioterapia del suelo pélvico es un tratamiento de primera línea para el DPC. En 2005, una revisión sistemática informó que entre el 59% y 80% de las mujeres manifestaron la mejora del dolor tras recibir fisioterapia; sin embargo, muchas pacientes necesitaron un tratamiento interdisciplinario.

Esta serie de casos demostró un beneficio preliminar de un programa breve de *mindfulness* para mujeres con DPC, que puede incorporarse al tratamiento habitual del dolor pélvico como parte de una estrategia interdisciplinaria de tratamiento.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169656

3 - Dolor Crónico, Funcionalidad y Calidad de Vida en Pacientes que Sobreviven al Cáncer

Poço Gonçalves J, Veiga D, Araújo A

Universidade do Porto, Porto, Portugal

[Chronic Pain, Functionality and Quality of Life in Cancer Survivors]

British Journal of Pain. 2021 Nov;15(4):401-410

Aproximadamente, una cuarta parte de los pacientes que sobreviven al cáncer presentaron dolor crónico; menos de la mitad fueron seguidos por un médico y algo más de un tercio recibió analgésicos. El dolor crónico fue el principal predictor negativo de la calidad de vida relacionada con la salud.

El diagnóstico temprano y las opciones terapéuticas en oncología se asocian con el incremento promedio en la expectativa de vida, el número de sobrevivientes y el número de años de vida luego del diagnóstico. Sin embargo, el número creciente de sobrevivientes de cáncer asociado con una mayor duración promedio de años de vida luego del diagnóstico permitió la detección de efectos adversos a mediano y largo plazo, tanto de la enfermedad oncológica como de su tratamiento, que dependen de la localización y la extensión de la enfermedad, la existencia de metástasis y el tipo de tratamiento, como quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia o cirugía.

Entre los efectos secundarios registrados, el dolor es uno de los más prevalentes y el que tiene mayor impacto en la funcionalidad, tanto física como psicológica, y la calidad de vida de los pacientes.

La prevalencia estimada de dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer alcanza el 40%, según la localización del tumor primario y el tratamiento realizado. La etiología del dolor se relaciona con el tumor, la presencia de metástasis o es un efecto secundario del tratamiento, pero también puede no estar relacionada con el cáncer o su terapia. Se define por su persistencia o repetición durante al menos 3 meses, sin una explicación alternativa. El dolor oncológico crónico es consecuencia del daño tisular provocado por la expansión del tumor o la aparición de metástasis, que activa mecanismos inflamatorios, y de mecanismos neuropáticos, como la compresión y la destrucción de las terminales nerviosas sensoriales y la denervación de la zona afectada por el tumor primario o las metástasis. El dolor puede persistir, incluso después de la erradicación del tumor, por mecanismos de sensibilización periférica y central. Asimismo, el dolor posquirúrgico tiene alta prevalencia en la toracotomía (del orden del 30% al 50%) o la mastectomía (en más del 50% de las pacientes después de una cirugía de mama).

El dolor crónico relacionado con el cáncer impacta de manera negativa, a veces incluso más que el cáncer, en la calidad de vida de los pacientes, y compromete las actividades de la vida diaria, la interacción social, el estado de ánimo, el sueño y diversos aspectos de la salud en general.

Durante mucho tiempo, el objetivo principal del tratamiento de las enfermedades oncológicas ha sido la erradicación del tumor y la prolongación de la esperanza de vida media luego del diagnóstico, pero no se enfocó en los efectos nocivos a mediano y largo plazo o en la prevención de la aparición del dolor crónico.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y las características del dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer, así como la interferencia del dolor en la calidad de vida y la funcionalidad.

Métodos

Se analizaron en forma retrospectiva todos los pacientes dados de alta del Servicio de Oncología del *Centro Hospitalar Universitário do Porto*, en Porto, Portugal, entre marzo de 2016 y junio de 2019. De 334 pacientes, 232 fueron excluidos por diferentes razones; por lo tanto, en el estudio se incluyeron 85 pacientes (25.45%) que respondieron a una entrevista telefónica.

El estudio se realizó en dos fases: en la primera se consultaron las historias clínicas (n = 334) y se seleccionó a los posibles participantes (n = 102). La segunda fase consistió en contactar a los pacientes seleccionados (n = 102) para realizar una entrevista telefónica en la que se utilizaron cuestionarios que los participantes respondieron verbalmente (n = 85). De las historias clínicas se recabó la información sociodemográfica, las características de la enfermedad oncológica y el tratamiento. En las entrevistas telefónicas se preguntó acerca de la presencia o la ausencia de dolor crónico y de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), mediante la aplicación

de la versión portuguesa del cuestionario *EuroQoL* de cinco dimensiones (EQ-5D-3L). A los pacientes que declararon tener dolor, se les preguntó sobre los factores relacionados con el dolor crónico y su caracterización, mediante la aplicación del *Brief Pain Inventory* adaptado, el *Pain Disability Index* y un cuestionario específico para la detección de dolor neuropático, el *Douleur Neuropathique 4 Questions* adaptado, validados para el idioma portugués. La CVRS se analizó a partir de la aplicación del EQ-5D-3L, que comprende las dimensiones de movilidad, cuidado personal, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Se realizó un análisis de regresión lineal para determinar las variables que predijeron mejor la CVRS.

Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 65.33 años, el 50.6% (n = 43) eran mujeres y el 49.4% (n = 42), hombres. El 72.9% (n = 62) tenía 60 años o más, el 70.6% (n = 60) estaba casado, el 50.6% (n = 43) tenía entre el primer y el cuarto grado de educación y el 68.2% (n = 58) estaba jubilado.

Las localizaciones más prevalentes del tumor primario fueron aparato digestivo (50.6% n = 43), cabeza y cuello (15.3%, n = 13) y mamas (14.1%, n = 12). De estos pacientes, el 69.4% (n = 59) estaba en el período comprendido entre los 5 y 10 años tras el diagnóstico. El 87.1% (n = 74) no había presentado metástasis. En este grupo, el 95.3% (n = 81) recibió quimioterapia, el 49.4% (n = 42) radioterapia, el 10.6% (n = 9) terapia hormonal, el 2.4% (n = 2) inmunoterapia y el 88.2% (n = 75), cirugía. El 62.4% (n = 53) de estos pacientes se sometió a hasta dos tipos de tratamiento.

De los pacientes encuestados, el 23.5% (n = 20) presentó dolor crónico. Los focos de dolor más referidos fueron la zona lumbar (25%, n = 5), el abdomen (20%, n = 4) y el miembro superior izquierdo (15%, n = 3). El 45% de estos pacientes tenía seguimiento por su médico de cabecera, pero el 55% no tenía seguimiento para el tratamiento de su dolor. El 35% de los pacientes con dolor crónico consumía analgésicos.

En la semana anterior a la encuesta telefónica, el 85% (n = 17) de los pacientes con dolor crónico había experimentado dolor. La mediana de la intensidad mínima del dolor, en una escala de 0 a 10, fue de 4 (2.5 a 4.5) y la mediana de la intensidad máxima del dolor fue de 7 (5.5 a 8.5). Las zonas más referidas como el origen del dolor fueron la zona lumbar (29.4%, n = 5) y el abdomen (17.6%, n = 3).

En cuanto al dolor neuropático, el 85% de los pacientes con dolor crónico informó características de dolor neuropático y el 45% presentó criterios diagnósticos de dolor neuropático. Los síntomas referidos con más frecuencia fueron una sensación quemante en el 30%, electricidad en el 40%, cosquilleos en el 70% y parestesias en el 60%. El 45% presentaba 4 o más características de este tipo de dolor.

Los pacientes con dolor crónico tuvieron una mediana total del índice de discapacidad por dolor de 20.50 (14.5 a 35) y un puntaje promedio de la CVRS de

0.5338 en los pacientes con dolor crónico, y de 0.8872 en aquellos sin dolor. Se observó que el dolor crónico fue el principal factor predictivo negativo de la CVRS y se asoció con la disminución de la funcionalidad.


Discusión y conclusión

Según los autores, los resultados de este estudio indicaron que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes sobrevivientes de cáncer presentaron dolor crónico. De ellos, el 85% informó la presencia de al menos un descriptor de dolor neuropático y el 45% presentó criterios diagnósticos de este tipo de dolor. Menos de la mitad de los pacientes con dolor crónico se sometieron a seguimiento médico, y solo algo más de un tercio recibió terapia analgésica. Se verificó un impacto en el índice de discapacidad y la CVRS. El dolor crónico fue el principal predictor negativo de la CVRS. La demostración de prevalencia significativa de dolor crónico en los sobrevivientes de cáncer evaluados, así como su impacto negativo en la funcionalidad y la calidad de vida, señalaron la necesidad de concientizar a los profesionales de la salud. Es importante dimensionar la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos del dolor, la necesidad de llevar a cabo estudios adicionales y más exhaustivos al respecto, la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes de cáncer, así como de cambiar la práctica clínica para proporcionar mejor atención a largo plazo a este grupo.

Este estudio tuvo algunas limitaciones, como el número escaso de participantes en la muestra analizada y la inclusión de los pacientes seguidos solamente por el servicio de oncología. Por ello, los resultados no pueden extrapolarse a la población general de pacientes con cáncer.

En conclusión, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de concientizar a los profesionales de la salud sobre la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportunos del dolor y su impacto en la CVRS y la funcionalidad a largo plazo de los sobrevivientes de cáncer, así como la necesidad de cambiar la práctica clínica para mejorar la atención prestada a estos pacientes.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/resiic.php/169527

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

Originales destacados

4 - Efecto de la Reducción de Opioides sobre la Tolerancia al Dolor Experimental en Pacientes con Dolor Crónico

Compton P, Halabicky O, Aryal S, Badiola I

Pain and Therapy. 2022 Ene;11(1):303-313

Se estima que aproximadamente el 20% de los adultos de los EE.UU. tiene dolor crónico (DC); en este contexto, la prescripción de opioides ha aumentado considerablemente y, en la actualidad, entre 5 y 8 millones de estadounidenses utilizan opioides de manera diaria para el alivio del DC. Sin embargo, la información en conjunto sugiere que esta estrategia no es apropiada e, incluso, la reducción del tratamiento podría asociarse con ciertas ventajas en términos clínicos. En el contexto de la epidemia actual de prescripción de opioides, esta forma de terapia debe indicarse de manera óptima para maximizar la eficacia y minimizar los efectos adversos.

La hiperalgesia inducida por opioides (HIO) es un fenómeno que parece explicar la evolución clínica desfavorable en pacientes tratados crónicamente con estos fármacos. La HIO se ha demostrado en animales y se asocia con aumento de la sensibilidad al dolor, un aspecto particularmente adverso en pacientes con DC. No obstante, la relación entre la HIO y la reducción de los opioides (RO) ha recibido poca atención. La evidencia firme en este sentido avalaría fuertemente las recomendaciones de los *Centers for Disease Control and Prevention* de los EE.UU. en relación con las estrategias analgésicas destinadas a minimizar el uso de opioides.

Cualquier esquema de RO debe ser gradual e individualizado, en relación con la respuesta del paciente y la tolerabilidad. El objetivo del presente estudio clínico de observación fue identificar y caracterizar los efectos directos de la RO sobre las repuestas al dolor experimental en pacientes con DC dependiente de opioides.

En esta investigación prospectiva se incluyeron pacientes con DC tratados con dosis altas de opioides, sometidos a un programa individualizado de RO. Se recogieron datos acerca de la evolución del dolor y la funcionalidad en el contexto de la RO.

Se analizaron pacientes de 21 a 70 años con DC neuropático no asociado con enfermedad maligna, de un año de evolución como mínimo; los pacientes debían recibir ≥ 120 mg equivalentes de morfina al día (MEM) durante 6 meses como mínimo, y estar en buen estado de salud física y mental. Solo se incluyeron pacientes con dolor neuropático, valorado con la *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Pain Scale*. Los pacientes se reunieron en el *University of Pennsylvania Penn Pain Medicine Center* en el transcurso de 19 meses.

El criterio principal de valoración fue la sensibilidad al dolor y se determinó con dos técnicas de

inducción de dolor: la prueba de presión en frío (CPT [*cold-pressor test*]) y la prueba sensorial cuantitativa (QST [*quantitative sensory testing*]). En el contexto de la realización de estas pruebas se tuvieron en cuenta tres aspectos fundamentales: el dolor provocado, la suma temporal y la modulación condicionada del dolor, como indicadores de los mecanismos periféricos, medulares y supramedulares de procesamiento del dolor, respectivamente. La presencia de síntomas atribuibles a la interrupción del uso de opioides se determinó con la *Clinical Opiate Withdrawal Scale*; se realizó estudio toxicológico de orina.

La evolución funcional durante la RO se valoró con el *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (PROMIS®); específicamente, se analizaron indicadores funcionales y de calidad de vida en los dominios físico (intensidad del dolor, interferencia del dolor con las actividades y funcionalidad física), de salud mental (satisfacción) y de salud social (roles y actividades sociales).

Debido a los riesgos comprobados para la salud con el uso de dosis diarias de opioides > 90 mg MEM, el *Penn Pain Medicine Center* recomienda la RO en todos los pacientes con DC (reducción a este nivel de dosis o uno menor, con la dosis más baja posible). Aunque el esquema de RO varía con el paciente, por lo general consiste en una disminución del 10% al 15% en promedio por mes.

Para los análisis estadísticos, la distribución normal de los datos se determinó con pruebas de Shapiro-Wilk. Los efectos de la RO sobre los cambios en las respuestas de dolor (CPT, QST) y la evolución funcional (dominios del PROMIS) en el transcurso del tiempo se determinaron con modelos de regresión de efectos mixtos longitudinales y con modelos generalizados regresión lineal, con ajuste según la dosis basal, la dosis final y el índice de RO. Se crearon modelos de regresión de efectos mixtos separados para cada una de las variables continuas de valoración. La aptitud de los modelos se determinó con los criterios de Akaike.

Se analizaron 7 pacientes con dolor neuropático sometidos a RO; la mayoría eran mujeres de mediana edad y de raza blanca. La mediana de la dosis MEM al inicio fue de 270 mg, con descenso a 127.5 mg al final del programa de RO. La dosis promedio de MEM basal fue de 291.9 mg (entre 127 mg y 645 mg); la dosis promedio final fue de 258.0 mg (entre 90 mg y 615 mg), es decir que se logró una reducción aproximada de la dosis del 12% en el transcurso del tiempo.

La mediana del puntaje del dolor en la escala visual analógica (EVA) fue de 98 puntos al inicio y de 90 puntos al final de la RO. El puntaje promedio de dolor en la EVA basal fue de 85.4 puntos, con disminución a 74.1 puntos al final de la intervención, es decir, una mejoría del 16%. Asimismo, se registraron mejoras en el umbral del dolor en la CPT, de la tolerancia al dolor y de los puntajes del PROMIS. La RO se llevó a cabo en

el transcurso de las 6 a 102 semanas y consistió en una reducción promedio de 4.3 mg MEM cada 2 semanas. El estudio toxicológico de orina reveló la presencia de los opioides prescritos; en un paciente también se detectaron benzodiazepinas.

Al inicio del programa, los pacientes no presentaron síntomas de abstinencia o solo aparecieron síntomas leves; no se registraron cambios significativos en esta variable durante el período de RO (estimado: -0.0253 ; 0.0170 ; $p = 0.1392$).

Los modelos de efectos mixtos lineales con interceptación aleatoria revelaron que la RO mejoró significativamente las respuestas al dolor en la CPT; el umbral para el dolor aumentó en promedio en 1.14 cada 6 semanas ($p = 0.0084$; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] para el cambio en las 6 semanas: 0.3039 a 2.0178), en tanto que la tolerancia al dolor aumentó en 2.87 cada 6 semanas ($p = 0.0026$; IC 95%: 1.02 a 4.7277). No se registraron diferencias significativas en el transcurso de la RO en la suma temporal ni en la modulación condicionada de dolor; para la primera, las respuestas tendieron a permanecer sin cambios en el transcurso de la intervención, mientras que la modulación condicionada del dolor tendió a disminuir en el transcurso del tiempo, en comparación con los registros basales (-0.1428 a -0.40 ; diferencia de 35%).

Los indicadores de funcionalidad, la percepción de satisfacción y la capacidad para participar en actividades y roles sociales no se modificaron de manera significativa durante la intervención.

Se estima que entre 5 y 8 millones de estadounidenses utilizan opioides de manera diaria para el alivio del DC; sin embargo, cada vez existe más información que avala la evolución desfavorable en asociación con esta forma de tratamiento, probablemente en relación con la HIO. No obstante, la información en este sentido todavía no es categórica. En este contexto, es posible que la RO mejore las respuestas al dolor experimental y, de hecho, los resultados del presente estudio confirmaron que la RO se asocia con mejoría de las respuestas de dolor en la CPT, sin que se comprometa la capacidad funcional o la calidad de vida. Por lo tanto, los hallazgos en conjunto avalan la reducción de la HIO en el contexto de la RO.

En el presente estudio piloto se determinó si las respuestas al dolor experimental mejoran en pacientes sometidos a un programa individualizado de RO. La RO se asoció con mejoras significativas del umbral de dolor y de la tolerancia al dolor; en cambio, no se observaron cambios en la modulación central del dolor, aunque la modulación condicionada tendió a mejorar al final de la intervención. Las mejoras no se produjeron a expensas de la declinación funcional o de la calidad de vida. Por lo tanto, los resultados sugieren que la RO se asocia con mejoras de las respuestas al dolor experimental, sin comprometer la calidad de vida ni la capacidad funcional; los efectos sugieren la reducción de la HIO.

5 - Dolor Crónico y Patrones de Consumo de Drogas en Personas sin Hogar con Enfermedad Mental

Vogel M, Choi F, Krausz M y colaboradores

International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022 Ene;19(1):1-10

Las personas sin hogar suelen presentar diversas afecciones, entre las que prevalecen el dolor crónico (DC) y las enfermedades mentales. Además, el trastorno por consumo de drogas (CD) es muy frecuente en este grupo. Los estudios previos indicaron que las personas sin hogar tienen dificultades para obtener atención médica y, generalmente, reciben atención en los departamentos de emergencias. El CD, los trastornos psiquiátricos y el DC se han documentado como factores de riesgo de muerte por sobredosis en esta población. Además, el DC se asocia con enfermedades mentales y contribuye en la tendencia suicida. La relación compleja entre el DC, el CD y el comportamiento de riesgo asociado en personas sin hogar aún no se ha estudiado en profundidad. El CD puede ser un precursor de la automedicación o el resultado del tratamiento del DC. Se ha observado que las personas sin hogar usan drogas obtenidas en la calle para aliviar el DC; esto se debe, en parte, a la dificultad para acceder al tratamiento adecuado. El CD puede contribuir a las lesiones por caídas o accidentes, lo que a su vez puede generar DC. La mortalidad de las personas sin hogar se asocia con lesiones no intencionales, en tanto que el antecedente de CD y un trastorno de salud mental se asocian con la muerte debida a esta causa.

El objetivo del presente estudio fue examinar la asociación entre el DC y el CD entre las personas sin hogar, con enfermedades mentales.

Se analizaron los datos transversales de Vancouver y Toronto del estudio *At Home/Chez Soi* realizado en Canadá entre 2009 y 2013, que evaluó los efectos de una primera intervención en la vivienda de personas sin hogar con enfermedades mentales. Los datos sobre el CD en el último mes se extrajeron en la entrevista de seguimiento de 18 meses y el DC (definido como dolor persistente durante al menos 3 meses) en la entrevista de seguimiento de 21 meses. El CD informado por el sujeto se evaluó con el *Maudsley Addiction Profile*. El uso de heroína, metadona ilícita u otros opioides ilícitos se fusionaron en la categoría "uso de opioides". El uso de crack, cocaína, anfetaminas y metanfetaminas se fusionaron en "uso de estimulantes". La evaluación del DC cubrió los 3 meses anteriores a la entrevista y la gravedad se calificó con una escala visual analógica (EVA).

Los datos se analizaron mediante estadísticas bivariadas y regresión logística multivariada. El valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS.

Se incluyeron 828 participantes del estudio *At Home/Chez Soi*. La media de edad fue de 42.4 años. La

mayoría de los participantes informó tener DC ($n = 448$, 54%). Las personas con DC fueron significativamente mayores que aquellas sin este (44.0 frente a 40.5 años, $p < 0.001$). El uso de opioides y estimulantes también fue significativamente más frecuente entre las personas con DC. Además, el uso diario de drogas, sustancias e inyecciones se asoció significativamente con el DC.

El consumo diario de drogas aumentó las probabilidades de DC en un 46%, mientras que el CD inyectables casi duplicó las probabilidades. El consumo de opioides y de estimulantes específicamente no se asoció de manera significativa con el DC. Entre los participantes con DC, los consumidores diarios de drogas tuvieron significativamente menos probabilidades de haber recibido tratamiento para el dolor por parte de un enfermero o un médico en los 3 meses anteriores (52% frente a 64%, $p = 0.017$) o analgésicos (42% frente a 54%, $p = 0.023$), en comparación con los que no las usaban en forma diaria. La mitad de los consumidores diarios de drogas indicaron tomar fármacos sin receta para el dolor, en tanto que informó este comportamiento menos de una cuarta parte de los participantes que no usaban drogas en forma diaria (50% frente a 22%, $p < 0.001$). No hubo diferencias significativas entre los sujetos que consumían drogas en forma diaria o no con respecto a la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (73% frente a 75%, $p = 0.63$), el sueño (63% frente a 71%, $p = 0.098$) o las interacciones sociales (46% frente a 54%, $p = 0.108$), o la media de la gravedad del dolor calificada en la EVA (5.15 frente a 5.22, $p = 0.68$).

Dos tercios de los usuarios de inyecciones informaron que usaban fármacos sin receta para el dolor en comparación con una cuarta parte de los participantes que no los usaban (66% frente a 24%, $p < 0.001$). No hubo diferencias significativas entre ambos respecto de haber recibido tratamiento (61% frente a 61%, $p = 0.99$), tomar fármacos prescritos para el dolor (57% frente a 50%, $p = 0.33$) o la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria (80% frente a 74%, $p = 0.31$), el sueño (75% frente a 68%, $p = 0.34$), las interacciones sociales (54% frente a 51%, $p = 0.74$) o la gravedad del dolor (5.70 frente a 5.10, $p = 0.13$).

Entre las personas sin hogar, con enfermedad mental, el DC se relaciona con los parámetros que indican la gravedad del CD (como el uso diario y el empleo de inyecciones) y no tanto específicamente con las drogas. Se observó una asociación significativa entre el consumo de opioides ilícitos y el DC. Se confirmó la hipótesis de que las personas sin hogar, con enfermedad mental, se automedican con opioides para tratar el DC. Además, pueden presentar un trastorno por CD posterior a la prescripción de opioides en el contexto del tratamiento del DC. Sin embargo, esta asociación no persistió cuando se controlaron los parámetros de edad, trastornos psiquiátricos y gravedad del CD en el análisis multivariado. De manera similar, no se encontró una asociación bivariada significativa con el consumo de estimulantes en el análisis multivariado. A diferencia de lo esperado, el uso de sedantes no se


asoció significativamente con el DC. En el presente estudio no se demostró la relación fundamental de la presencia de DC por el CD específicas, y viceversa, en personas sin hogar, con enfermedad mental. No se encontró una asociación entre el dolor y el consumo de cannabis, pero sí entre el consumo de estimulantes y el DC. Los indicadores clínicos de un patrón de CD más grave, como el consumo diario de drogas y el uso de inyecciones, pero no el uso de fármacos específicos, se asociaron significativamente con el DC. El DC puede ser consecuencia del CD y, por lo tanto, es más frecuente en personas con patrones graves de CD que en aquellas con patrones de menor gravedad. Es más probable que se produzcan consecuencias adversas para la salud en las personas que consumen o se inyectan drogas a diario respecto de aquellos con patrones de menor gravedad.

Los patrones de CD y el tratamiento del dolor observados en el presente estudio permiten considerar que el DC pudo haber inducido el consumo diario con la esperanza de aliviar el dolor. Las restricciones en la prescripción de analgésicos para pacientes con trastorno por CD como medida preventiva para la actual crisis de opioides puede aumentar la tasa de consumo ilícito de analgésicos y daños relacionados si no existe un programa multidisciplinario alternativo adecuado para tratar el dolor.

No se pudo establecer si el DC conduce al consumo grave o viceversa. Sin embargo, no se encontró una asociación entre la intensidad del dolor con el consumo diario de drogas o el uso de inyecciones. Es probable que los patrones relacionados con el CD grave impliquen la aparición de DC en las personas sin hogar, con enfermedades mentales.

Entre las personas sin hogar, con enfermedades mentales, el DC es un problema grave que se relaciona más con la intensidad del CD que específicamente con las sustancias. Se requieren estudios adicionales en esta población para investigar si las intervenciones en la reducción de los daños que intentan cambiar los patrones de CD pueden aliviar el DC. La evaluación de los patrones de CD, incluido el tipo, la frecuencia de uso y la vía de administración, debe ser parte de la atención de rutina. Es importante ampliar el acceso y la calidad del tratamiento para las personas sin hogar con DC.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/resiic.php/169511

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

Autoevaluaciones de la lectura

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

TM N°	Enunciado	Seleccione sus opciones
1	¿Cuáles son características del dexketoprofeno trometamol?	<p>A) Es el enantiómero S del ketoprofeno.</p> <p>B) Muestra mayor potencia que el compuesto racémico.</p> <p>C) Tiene absorción rápida.</p> <p>D) Tiene un rápido inicio de acción.</p> <p>E) Todas son correctas.</p>
2	¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento del dolor pélvico crónico es correcta?	<p>A) La fisioterapia es el tratamiento de elección, junto con las consultas clínicas.</p> <p>B) Se requieren analgésicos que actúen a nivel central.</p> <p>C) Las terapias basadas en <i>mindfulness</i> demandan mucho tiempo.</p> <p>D) Una intervención breve de <i>mindfulness</i> resulta beneficiosa.</p> <p>E) Todas las respuestas son correctas.</p>
3	¿Cuál es la etiología del dolor en los sobrevivientes de cáncer?	<p>A) Se relaciona con el tumor.</p> <p>B) Se asocia con la presencia de metástasis.</p> <p>C) Es un efecto secundario del tratamiento.</p> <p>D) No se vincula con el cáncer o su tratamiento.</p> <p>E) Todas las respuestas son correctas.</p>
4	¿Cuáles son los efectos de las intervenciones destinadas a la reducción gradual e individualizada de la dosis de opioides, en pacientes tratados diariamente con estos fármacos por dolor crónico?	<p>A) Mejoras significativas del umbral para el dolor.</p> <p>B) Mejoras significativas de la tolerancia para el dolor.</p> <p>C) Deterioro de la calidad de vida.</p> <p>D) Deterioro de la capacidad funcional.</p> <p>E) A y B son correctos.</p>
5	¿Con qué se relaciona el dolor crónico entre las personas sin hogar, con enfermedades mentales?	<p>A) Con la gravedad en el consumo de drogas.</p> <p>B) Específicamente, con las sustancias.</p> <p>C) Con la edad del paciente.</p> <p>D) Con el tipo de enfermedad mental.</p> <p>E) Ninguna es correcta.</p>

Respuestas correctas

TM N°	Respuesta	Fundamento	Opción
1	Todas son correctas	El dexketoprofeno trometamol es el enantiómero S del ketoprofeno, que muestra mayor potencia que el compuesto racémico y tiene absorción e inicio de acción rápidos. Este fármaco se encuentra disponible como formulaciones orales y parenterales.	E
2	Todas las respuestas son correctas.	El dolor pélvico crónico afecta del 6% al 27% de las mujeres. El origen es complejo e involucra varios sistemas. Actualmente, la fisioterapia del piso pélvico es el tratamiento de elección. Las terapias farmacológicas que se basan en tratar el dolor a nivel periférico y central incluyen opioides, aunque no se recomienda su uso crónico. Una intervención breve en <i>mindfulness</i> podría ser beneficiosa en pacientes con dolor pélvico crónico.	E
3	Todas las respuestas son correctas.	La etiología del dolor puede estar relacionada con el tumor, la presencia de metástasis o como efecto secundario del tratamiento, pero también puede no asociarse con el cáncer o su tratamiento.	E
4	A y B son correctos.	La intervención reduce la hiperalgesia inducida por opioides, sin afectar la calidad de vida ni la capacidad funcional.	E
5	Con la gravedad en el consumo de drogas.	Según un estudio realizado en Canadá, entre las personas sin hogar, con enfermedades mentales, el dolor crónico es un problema grave que se relaciona más con la gravedad del consumo de drogas que específicamente con las sustancias.	A

