



Dolor asociado al proceso oncológico: viejos conceptos y nuevos horizontes

Pain related to oncologic process: old concepts and new horizons

El dolor asociado al proceso oncológico (DAPO) es un fenómeno transversal que afecta, en mayor o menor medida, a la persona que lo padece, a su entorno familiar y a las estructuras sanitarias y de apoyo social.

El paciente sufre directamente los efectos negativos del dolor y ve mermada su calidad de vida y autonomía. Su familia se ve resentida por la angustia e impotencia de una situación que los supera. El sistema sanitario, supuesto garante del bienestar del paciente, aun disponiendo de recursos en países avanzados, se enfrenta con frecuencia a una falta de coordinación que merma su capacidad de resolución. Finalmente, el apoyo social que necesitan estas personas y sus familias, especialmente en las fases más avanzadas del proceso, es en muchas ocasiones insuficiente o no está correctamente integrado.

Las cifras del problema son conocidas. Así en Europa, el estudio más amplio realizado sobre dolor asociado al proceso oncológico [1] describe un panorama inquietante: sobre una muestra de 5084 pacientes, el 56 % indicaba que sufría dolor de moderado a severo de forma mensual. En una submuestra tomada de forma aleatoria de ese grupo, y conformada por 573 pacientes, el 77 % solo tenía prescrito analgésicos y un 41 % tomaba opioides en solitario o asociados a otros fármacos con capacidad analgésica en procesos oncológicos. El 69 % de esta submuestra indicaban dolor asociado a sus actividades diarias y **el 50 % creía que su calidad de vida no era considerada una prioridad por el profesional sanitario encargado de su cuidado**. Pero de forma paradójica, las estadísticas siguen indicando que una gran proporción de pacientes europeos no acceden a una Unidad de Dolor para el control del DAPO [1].

Si lo anterior es inquietante, no lo son menos los datos aportados por dos revisiones sistemáticas realizadas con 10 años de diferencia por el grupo de van den Beuken [2,3], y cuyo resumen se muestra en la Tabla I.

El aumento de nuevos casos diagnosticados de cáncer, junto con el incremento del tiempo de vida medio y el número de personas que sobreviven [4], pueden explicar una parte de los resultados, ya que tanto la propia enfermedad como los tratamientos aplicados para su manejo son factores generadores de DAPO, pero claramente no son la explicación definitiva. La existencia de dolor irruptivo oncológico (DIO), dolor asociado a la quimioterapia o del dolor refractario neuropático asociado a la evolución de la enfermedad, son circunstancias clínicas que favorecen la perpetuación del dolor y que deberán ser identificados y abordados si queremos realizar un tratamiento de calidad del DAPO y mejorar los resultados de los estudios epidemiológicos.

Los opioides, en sus formulaciones de liberación retardada, rápida o transmucosa oral o nasal, son piedras angulares en un tratamiento correcto del DAPO, pero desgraciadamen-

TABLA I
EVOLUCIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

<i>Prevalencia del dolor</i>	<i>Después de tratamiento curativo</i>	<i>Durante tratamiento oncológico</i>	<i>Fases avanzadas, metastásicas o terminales</i>	<i>Pacientes con dolor moderado o severo</i>
Antes 2004 [2]	33 %	59 %	64 %	> 33 %
2005/2014 [3]	39,3 %	55 %	66,4 %	38 %

te tienen una problemática asociada: sus efectos secundarios. Estos pueden afectar a la calidad de vida del paciente, llegando en ocasiones al punto de no ser tolerados. Además tienen el riesgo conocido de complicaciones o muerte por sobredosis. La posibilidad de adicción es otro de los temores referidos tanto por los pacientes y familiares como por los profesionales de la salud (5).

La reflexión a la que nos llevan estos datos es que existe un problema de aplicación de estándares básicos de manejo, una infravaloración del sufrimiento concreto que el dolor impone al paciente dentro de su proceso oncológico global y de forma implícita a la falta de coordinación entre los diferentes actores sociales y sanitarios a la hora de dar una respuesta integrada a las necesidades de un paciente con DAPO.

La persistencia de este panorama, un tanto desalentador, puede deberse en parte a la existencia de "viejos conceptos", o paradigmas obsoletos, cuya inercia hacen que la persona que sufre un proceso oncológico, con o sin dolor, sea visto como algo desconectado y no como un ser que debe ser entendido dentro de una perspectiva global y unificadora, donde esa persona y su principio de autonomía deben ser el centro de las decisiones, y sus necesidades deban ser satisfechas de una forma personalizada e integrada. Este modelo forzosamente requiere un trabajo interdisciplinar y coordinado.

En este sentido es interesante la luz que aporta el trabajo realizado por Jordi Pérez y cols. (6), el cual pone en valor el sentido de la interdisciplinariedad y la visión global en el abordaje de un paciente con DAPO. Entre otros aspectos se resalta la cantidad de intervenciones no farmacológicas que se pueden aplicar para un mejor manejo del DAPO (Tabla II). En ella se aprecia que el espectro de cuidados se amplía al terreno de la psicología y recuperación funcional de la persona. Además, la eficacia de estas medidas está avalada por la evidencia científica y se recomiendan en guías de dolor oncológico actuales (7). En cierto modo esta concepción más holística puede considerarse un ejemplo de los "nuevos horizontes" o cambio de paradigma en el manejo del DAPO.

No menos interesante y relevante es la constatación de una nueva clase emergente de paciente: el que sobrevive a su proceso pero pagará el peaje de un dolor crónico asociado. El perfil de este paciente será el de una persona cada vez más joven y con necesidad desarrollar una vida familiar, laboral y social normalizada (4). Esta población, quizás, sea el mejor ejemplo en el cual aplicar este nuevo paradigma de tratamiento del DAPO, ya que necesitan técnicas analgésicas de mayor eficacia y con menos efectos secundarios para poder desarrollar una vida más plena. Pero no sería justo excluir de este nuevo paradigma de abordaje a ningún paciente con DAPO, sea cual sea su fase evolutiva, ya que el control del dolor y su problemática asociada, de la manera más integrativa y respetuosa con la autonomía del individuo, es un derecho de todo ser humano.

Como decíamos anteriormente, dentro del gran árbol que supone el DAPO, una de sus ramas más conocidas y que es causa de una gran cantidad de sufrimiento e inseguridad a las personas que lo padecen es el DIO. La prevalencia del fenómeno es alta y, según las diferentes definiciones y herramientas diagnósticas aplicadas en los estudios, su valor puede oscilar entre el 30 y el 90 %. Uno de los modelos más empleados para su diagnóstico es el algoritmo de Davis (8). En una elegante revisión de Mercadante y Cuomo (9) se nos indican los 10 mandamientos que deben regir el correcto manejo del DIO. Entre los aspectos que debemos destacar se encuentran la necesidad de un diagnóstico y valoración sistemática de su presencia, el buen control del dolor basal (a menor dolor basal menor incidencia de DIO) y una buena información al paciente y su familia. En nuestro país se han realizado recientemente magníficos estudios sobre DIO, y así, el publicado por Pérez y cols. (10) nos enseña que la incidencia en su muestra, y aplicando el algoritmo diagnóstico de Davis, la cifra es del 48 %, siendo más común en pacientes no hematológicos, concretamente en aquellos con cánceres pancreáticos y colorrectales. El realizado por el grupo de trabajo de la SED (11), y desarrollado en el ámbito de 89 unidades del dolor de todo el país, indica que solo el 30,3 % de los participantes usó el algoritmo de Davis como herramienta diagnóstica, y

TABLA II
INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA EL MANEJO DE DOLOR ONCOLÓGICO (6)

Terapias intervencionistas	28,2 %
Intervenciones psicológicas	18,3 %
Radioterapia	12,7 %
Fisioterapia	11,3 %
Terapia ocupacional	4,2 %

que la gran mayoría eligió los fentanilos transmucosa oral para el manejo del DIO. El 77,5 % de los encuestados indicaron la necesidad de un seguimiento precoz (48-72 h). En el estudio realizado por el grupo de oncólogos liderado por Jesús García-Foncillas (12) se nos indica que un 69 % de los pacientes presentaban tanto dolor crónico como DIO, mientras que el 13,8 % solo DIO y el 17,1 % solo dolor crónico. El tiempo medio que sufrieron dolor fue 6,5 meses. Respecto a la calidad de vida, los dominios más afectados fueron: disfrute de la vida, actividad general y estado de ánimo. Otro aspecto relevante de este trabajo nos muestra que el principal profesional sanitario encargado de tratar el dolor fueron los oncólogos (65 %), seguido de atención primaria (11 %), paliativistas (5,1 %), unidad de dolor (4,9 %) y oncólogo radioterapeuta (4,6 %).

En conexión con las anteriores investigaciones sobre DIO realizadas en España, debemos felicitarnos por el artículo incluido en este número de la RESED: "Manejo y percepción de la adherencia al tratamiento del dolor irruptivo oncológico por oncólogos españoles".

En él podemos apreciar la preocupación del colectivo de oncólogos por la calidad de vida de sus pacientes, centrando su investigación en un aspecto clínico tan relevante para la calidad de vida de los mismos, como es el correcto manejo del DIO. En él se constata que los fentanilos de liberación transmucosa oral son los fármacos de elección para su manejo. Se identifican patrones de consumo y adherencia al tratamiento que pueden repercutir negativamente en su buen control. Se aportan datos sobre las preocupaciones de los pacientes por este tipo de tratamientos. Finalmente se realizan propuestas para mejorar su uso y resultados.

A modo de conclusión, me gustaría enumerar algunos de los aspectos del tratamiento del DAPO que deben hacernos reflexionar para avanzar en eficacia y calidad:

1. La persona y su principio de autonomía deben ser el eje central del tratamiento.
2. Los pacientes con DAPO deberán ser considerados y tratados en general, exceptuando quizás las fases finales del proceso, como pacientes afectados por dolor crónico no oncológico, aplicándosele las mismas medidas de calidad y precaución.
3. La interdisciplinariedad y su coordinación en equipos integrados deberán ser un objetivo en el manejo de estos pacientes.
4. No podemos olvidar que los fármacos pueden asociarse a problemas de calidad de vida y adicción.
5. Deberemos ofrecer técnicas no farmacológicas con evidencia siempre que sea posible.

A. Carregal Rañó

Unidade da Dor. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra, España

Correspondencia: Alfonso Carregal Rañó
alfcarregal@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol.* 2009;20(8):1420-33. DOI: 10.1093/annonc/mdp001.
2. van den Beuken-van Everdingen MHJ, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18(9):1437-49. DOI: 10.1093/annonc/mdm056.
3. 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):1070-1090.e9. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340.
4. Yeh JM, Ward ZJ, Chaudhry A, Liu Q, Yasui Y, Armstrong GT, et al. Life Expectancy of Adult Survivors of Childhood Cancer Over 3 Decades. *JAMA Oncol.* 2020;6(3):350-7. DOI: 10.1001/jamaoncol.2019.5582.
5. Carmichael AN, Morgan L, el Fabbro E. Identifying and assessing the risk of opioid abuse in patients with cancer: an integrative review. *Subst Abuse Rehabil.* 2016;7:71-9. DOI: 10.2147/SAR.S85409.
6. Perez J, Olivier S, Rampakakis E, Borod M, Shir Y. The McGill University Health Centre Cancer Pain Clinic: A Retrospective Analysis of an Interdisciplinary Approach to Cancer Pain Management. *Pain Res Manag.* 2016;2016:2157950. DOI: 10.1155/2016/2157950.
7. Paice JA, Portenoy R, Lacchetti C, Campbell T, Cheville A, Citron M. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol.* 2016;34(27):3325-45. DOI: 10.1200/JCO.2016.68.5206.

8. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain*. 2009;13(4):331-8. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.06.014.
9. Mercadante S, Cuomo A. Breakthrough Cancer Pain: Ten Commandments. *Value Health*. 2016;19(5):531-6. DOI: 10.1016/j.jval.2016.03.002.
10. Pérez-Hernández C, Blasco A, Gándara A, Mañas A, Rodríguez-López JM, Martínez V, et al. Prevalence and characterization of breakthrough pain in patients with cancer in Spain: the cARpe-Dio study. *Sci Rep*. 2019;9(1):17701. DOI: 10.1038/s41598-019-54195-x.
11. Estévez FV, Alarcón MDL, Mayoral V, de Madariaga M, Margarit C, Duran JA, et al. Current management of breakthrough cancer pain according to physicians from pain units in Spain. *Clin Transl Oncol*. 2019;21(9):1168-76. DOI: 10.1007/s12094-019-02044-8.
12. García-Foncillas J, Antón-Torres A, Caballero-Martínez F, Campos FJ, Feyjoo M, Gómez de Liaño A, et al. Patient Perspective on the Management of Cancer Pain in Spain. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1417-24. DOI: 10.1177/2374373520978872.