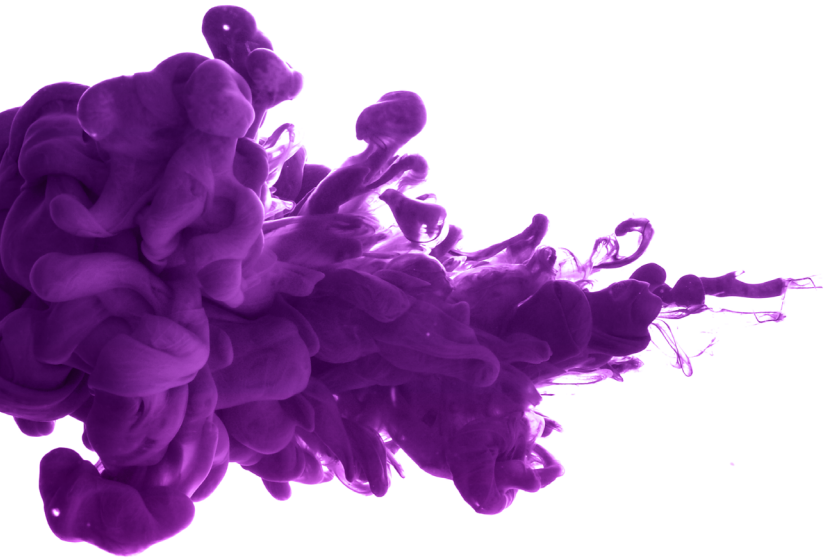


GADO

GUÍA PARA EL ABORDAJE
INTERDISCIPLINAR
DEL DOLOR ONCOLÓGICO



COORDINADORES

Dra Concepción Pérez

Sociedad Española del Dolor

Dr Alberto Alonso

Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Dr Francisco Villegas

Sociedad Española del Dolor

Dr Alfredo Ramos

Sociedad Española de Oncología Radioterápica

Dr Juan Antonio Virizuela

Sociedad Española Oncología Médica

SUMARIO

1. Introducción

- I. Justificación de la Guía
- II. Epidemiología del dolor oncológico
- III. Etiología del dolor oncológico
- IV. Patogenia del dolor oncológico
- V. Evaluación del dolor oncológico
- VI. Conclusiones

2. Tipos de dolor oncológico y su abordaje

- I. Dolor somático
- II. Dolor Visceral
- III. Neuropático
- IV. Irruptivo

3. Abordaje psicológico del dolor oncológico

4. Situaciones especiales

- I. Paciente con comorbilidades : Insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca. Insuficiencia hepática , deterioro cognitivo
- II. Largos supervivientes
- III. Pacientes con Dolor mixto
- IV. Final de la vida

1

INTRODUCCIÓN

1.- JUSTIFICACION DE LA GUIA

El abordaje adecuado del dolor en el paciente con cáncer debe ser MULTIDISCIPLINAR:

Todos los especialistas que participan en su tratamiento son importantes: el Oncólogo, el Cirujano, el Oncólogo Radioterapeuta, el Médico de Atención Primaria, el Psicólogo y/o Terapeuta Ocupacional, el Paliativista y el Especialista en Dolor. Cada uno intervendrá en el momento que se precise, con una comunicación fluida y eficaz.

Los **objetivos** comunes que engloban el abordaje de la enfermedad oncológica deben:

- ✓ Tener al paciente como centro del tratamiento y parte activa de su proceso
- ✓ Adecuar el tratamiento a la fase de la enfermedad en que se encuentre el paciente: tratamiento quirúrgico, tratamiento con quimio y/o radioterapia, tratamiento paliativo o terminal
- ✓ Ofrecer un tratamiento de soporte siendo, el tratamiento del dolor, uno de los pilares básicos y más importantes, ya que está demostrado que la mejora del dolor, en su faceta de abordaje tridimensional: bio-psico-social, mejora la calidad de vida de todos los pacientes, con especial énfasis en los pacientes con cáncer.
- ✓ Valorar al paciente y familia de forma integral incluyendo el aspecto psicológico.
- ✓ Cuidar y tratar en casa. Los especialistas en Atención Domiciliaria y los equipos de Atención Primaria deben estar coordinados para atender al paciente y evitar ingresos innecesarios.

II.- EPIDEMIOLOGIA DEL DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor es una de las causas más frecuentes de consulta médica, programada o de urgencias. Clásicamente se ha distinguido entre agudo y crónico, si la duración es igual o superior a tres meses.

En los pacientes oncológicos se debe tener una consideración especial, ya que más de una tercera parte de los pacientes con cáncer presentan dolor moderado o intenso muchas veces tratado de forma insuficiente.

Hay que tener en cuenta que la **prevalencia** del dolor es diferente según la localización del cáncer:

- » Cánceres de cabeza y cuello: 70%
- » Cáncer ginecológico y gastrointestinal: sobre el 60%
- » Neoplasia de mama, pulmón y sistema urogenital: entre 50- 55%

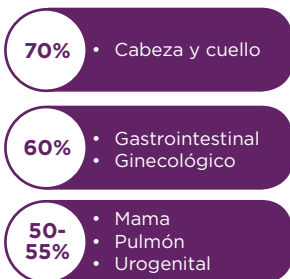
El dolor en los pacientes con cáncer puede estar presente en todas las **fases de su enfermedad**:

- » 53% de los pacientes, independientemente de su estadio
- » 64% de los pacientes con enfermedad avanzada, metastásica o terminal
- » 59% de los pacientes en tratamiento para el cáncer
- » 35% de los pacientes que había recibido tratamiento anteriormente y están en fase de resolución completa o curativa de su enfermedad

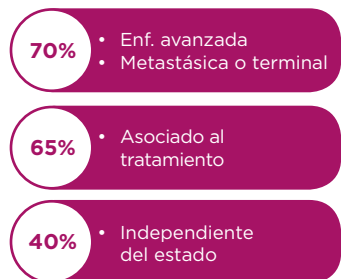
La tasa de supervivencia relativa a 5 años, para el conjunto de cánceres diagnosticados en los últimos 10 años, es superior al 60%. Esto refleja que hay un número importante de pacientes curados de esta enfermedad que presentan dolor crónico residual.

Cada día hay que tener más en cuenta a estos pacientes ya que acuden en su mayor parte a Atención Primaria, son los llamados "Long survivors" o supervivientes de larga duración.

Prevalencia del dolor según la localización del tumor



Prevalencia del dolor según la fase de la enfermedad



III.- ETIOLOGIA DEL DOLOR ONCOLÓGICO

La **clasificación** de los tipos de dolor en pacientes oncológicos se asocian a:

- » **Dolor relacionado con el cáncer:** causado directamente por la enfermedad. Ej: infiltración tumoral de órganos, nervios , etc: Es el más frecuente (40-80%).
- » **Dolor asociado al cáncer:** asociado indirectamente a la enfermedad. Ej: dolores musculoesqueléticos (lumbalgias) por encamamientos prolongados (10-25%).
- » **Dolor relacionado con el tratamiento oncológico:** Ej: dolor agudo postoperatorio, secuelas quirúrgicas (cicatrices dolorosas), dolor asociado a quimioterápicos o a la radioterapia, etc (15-20%).
- » **Dolor independiente del cáncer:** relacionado con la comorbilidad del paciente: Ej: osteoartritis, polineuropatía diabética, etc (3-10%).

A veces pueden coexistir varios tipos de dolor, sobre todo, los relacionados con la enfermedad y su tratamiento



IV.- PATOGENIA DEL DOLOR ONCOLOGICO

Debemos ,además de conocer la etiología del dolor, definir y diagnosticar que tipo de dolor es:

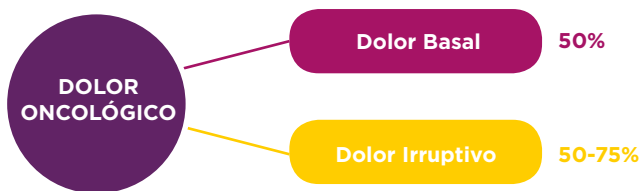
TIPOS DE DOLOR

- » **Nociceptivo:** es un dolor somático, como el dolor inflamatorio o de las metástasis óseas o un dolor visceral, siendo uno de los más característicos el dolor en las Neoplasias de Páncreas.
- » **Neuropático:** dolor por compresión nerviosa de plexos o nervios periféricos. Metástasis vertebrales o dolor derivado de tratamientos quimioterápicos con polineuropatías mixtas.
- » **Mixto:** en este caso coexisten ambos debido a la localización tumoral y su extensión.



En los pacientes oncológicos confluyen, además, varios tipos de dolor según su forma de aparición, duración y frecuencia, derivados de su temporalidad:

- » **Dolor basal:** presente en la mayoría de los cánceres (50% independiente de su estadio)
- » **Dolor irruptivo o irruptor:** ya sea espontáneo o de reposo o incidental (en relación con el movimiento o la terapia: radioterapia, etc). Este dolor puede estar presente en casi el 75% de los pacientes con metástasis óseas.



El tratamiento de los tipos de dolor, según su etiología, su patogenia y temporalidad, es necesario para un correcto manejo de estos pacientes complejos.

Vamos a destacar brevemente alguno de los tipos de dolor oncológico que tiene unas características especiales, ya sea por su frecuencia de aparición, por su intensidad o por su difícil manejo:

A. DOLOR SECUNDARIO A METÁSTASIS ÓSEAS

Es uno de los más importantes por su alta prevalencia y difícil control.

Las lesiones líticas, además de aumentar el riesgo de fractura, causan dolor por producción de fracturas patológicas, destrucción local del hueso, compresión de estructuras nerviosas, etc.

Las neoplasias que con mayor frecuencia producen de metástasis óseas son los cánceres de mama (50-80%), próstata (50-70%), pulmón (30-50%)y cáncer colorrectal (5-10%).

Hasta un 75% de los pacientes con metástasis óseas pueden presentar episodios de dolor irruptivo espontáneos o incidentales.

B. DOLOR RELACIONADO CON EL TRATAMIENTO

Según el tratamiento al que es sometido el paciente existe un tipo de dolor no relacionado con el cáncer per sé, sino derivado del tratamiento instaurado:

Dolor postquirúrgico:

Dolor agudo postoperatorio. Es de más fácil manejo, con los programas de DOLOR AGUDO POSTOPERATARIO (PDA) y el uso de técnicas analgésicas locorreregionales o intravenosa (uso de opiáceos y/o analgésicos convencionales). No hay que olvidar los procesos diagnósticos con técnicas intervencionistas (aspirados medulares, etc) sobretodo en niños, ya que son procesos dolorosos.

Dolor crónico postquirúrgico. Cuando el componente inflamatorio agudo ha pasado, el dolor inicial persiste o incluso empeora debido a la agresión quirúrgica u otros factores. EJ: Dolor post-mastectomía, dolor de miembro tras amputación, etc.

Dolor relacionado con la quimioterapia:

Neuropatías. Sobre todo con fármacos muy neurotóxicos como los taxoles. Síntomas variados aunque predominan la neuropatía dolorosa bilateral en partes distales (pies y manos).

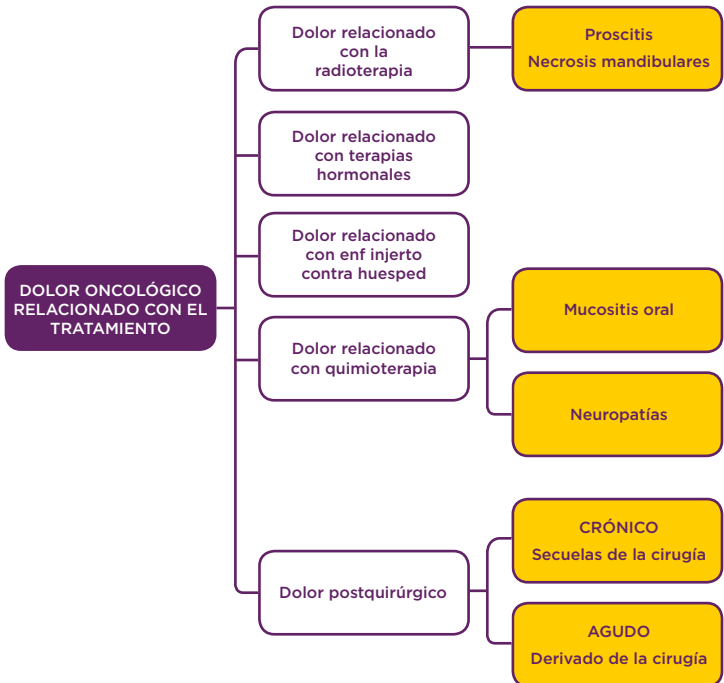
Mucositis Oral. Especialmente en los pacientes que asocian inmunodepresión con mayor riesgo de infección y cronificación. Tiene una repercusión muy importante en la calidad de vida dificultada para la masticación y deglución, incluso afecta a la capacidad de hablar del paciente.

Su abordaje ideal comprende la prevención, la higiene, el uso de analgésicos y cobertura tópica, antibioterapia si precisa, etc.

Dolor relacionado con la radioterapia:

Existen multitud de síndromes dolorosos relacionados con la radioterapia: proctitis, lesiones de plexos, enteritis, necrosis mandibulares, etc.

Muchos de estos tipos de dolor permanecen cronificados en el tiempo y requieren el uso de fármacos potentes y técnicas neuro-modulativas para intentar paliarlos.



V. EVALUACION DEL DOLOR ONCOLÓGICO

El **diagnóstico** del tipo de dolor oncológico debe basarse en un abordaje global y multidisciplinar del mismo: tipo de dolor, etiología, pronóstico vital, comorbilidades, etc

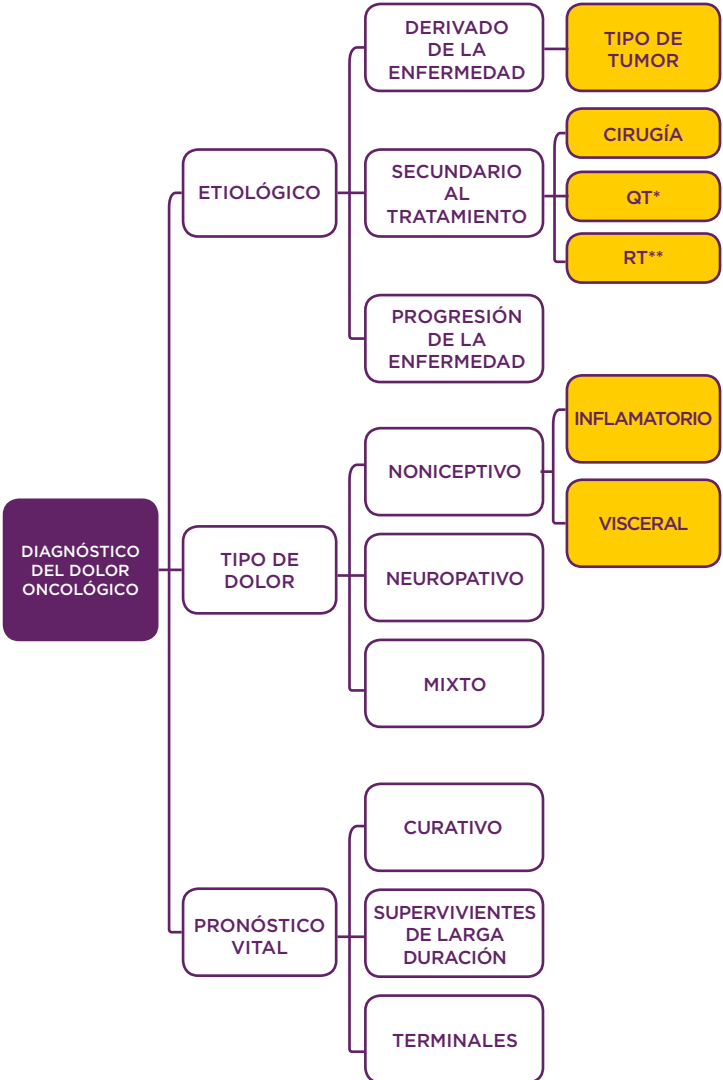
Las diferentes Sociedades Científicas y grupos de trabajo así como las Guías clínicas actuales como la NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) inciden en la efectividad de la evaluación global del dolor.

Deben utilizarse escalas que engloben: la intensidad del dolor (Escala Visual Analógica), escalas para dolor neuropático central y periférico, escalas de valoración psicológica (ansiedad-depresión, etc), calidad de sueño, escalas específicas de valoración del dolor Irruptivo y cuestionarios de Calidad de Vida y de satisfacción del paciente.

Evaluación del Dolor Oncológico



Diagnóstico del Dolor asociado al Cáncer



* QT - Quimioterapia
** RT - Radioterapia

i VI.- CONCLUSIONES

- » El Dolor oncológico es muy frecuente en pacientes con cáncer e incluso en supervivientes
- » El tratamiento del Dolor debe ser objetivo terapéutico prioritario del paciente con cáncer.
- » Debe ser abordado desde un punto de vista Multidisciplinar por todos los participantes en su diagnóstico y tratamiento teniendo como centro del mismo al paciente, en su perfil bio-psico-social
- » El Objetivo primordial es conseguir el bienestar del paciente, su curación si es posible pero haciendo hincapié en la mejora de la calidad de vida que se obtiene con un control adecuado del dolor
- » Es prioritario una evaluación del dolor con la ayuda de escalas específicas para los tipos de dolor y una monitorización del mismo
- » Su tratamiento debe ser Multimodal: farmacológico, intervencionista, psicológico, etc
- » Deben promoverse actuaciones específicas: tanto en formación como con grupos de trabajo interdisciplinares: oncólogos, radio-terapeutas, cirujanos, atención primaria, paliativistas, psicólogo, terapeutas del dolor, etc para fomentar el mejor abordaje del dolor oncológico y desarrollo de guías clínicas y protocolos con criterios de derivación y actuación adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

- Portenoy et al: Oxford textbook of Palliative Medicine (3rd Ed): 2004. Oxford University Press
- Zeppetella. Succesful Management of Breakthrough Cancer Pain. London :Evolving Medicine 2010
- Bennett Md et al: Consensus Panel Recommendations for the Assessment and management of Breakthroug Pain. May 2005. Congreso Nacional SEOM- Málaga 2011.
- Davis et al: Eur J Pain 2008
- Paice J: Chronic treatment related pain in cancer survivors. Pain 2011
- Guastella V et al: A prospective study of neurophatic pain inducen by thoracotomy. Pain 2011
- Yakolev AE et al: treatment of cancer-realted chest wall pain using spinal cord stimulation. AMJ Hosp Palliat care 2010
- Varrassi G et al: Curr Med Res Opin 2010
- Leon-Casasola O: Cancer Pain. Elsevier 2006
- Van der Beuken MHG et al: Oncolo 2007
- Paice JA : Cancer J Clin 2011
- <http://www.iasp-pain.org>
- Kress HG: Eur J Pain 2010
- American Academy of Pain Medicine. WMJ 2001
- Pain Education. Modulo 8. 2015
- Caraceni A et al: Lancet Oncolo 2012
- WORld Health Organization 2007 / study-apin-guidelines.pdf