

## Dolor oncológico: un reto persistente

El dolor es uno de los símbolos del sufrimiento humano. Su prevalencia en pacientes con cáncer es superior al 50%, alcanzando al 70-80% de los enfermos en situación avanzada y terminal<sup>1</sup>. El 73% de los pacientes remitidos a nuestra unidad presentan dolor, siendo un motivo de consulta frecuente. Además, representa la molestia prioritaria y una de las principales preocupaciones de nuestros pacientes. La experiencia dolorosa está habitualmente matizada por problemas emocionales, sociales y espirituales. Podría decirse que una de las razones para el nacimiento de los cuidados paliativos fue el sufrimiento relacionado con el dolor del cáncer.

Una gran parte de estos dolores puede aliviarse eficazmente. La estrategia postulada por la OMS en 1986, la escalera analgésica, supuso un gran avance y, a pesar de algunas objeciones, sigue representando una base sólida para el tratamiento del dolor. En los últimos años se ha progresado significativamente en el conocimiento de los mecanismos de producción y transmisión del dolor y en sus estrategias terapéuticas, tanto en el campo de los opioides como en tratamientos adyuvantes y otros procedimientos analgésicos. Disponemos de numerosos protocolos terapéuticos, guías y recomendaciones. Sin embargo, las prevalencias de dolor intenso siguen siendo elevadas, y existen claras evidencias de que su control es a menudo insuficiente e inadecuado<sup>2</sup>. Probablemente, uno de los primeros pasos para mejorar esta situación es el reconocimiento de que nos encontramos ante un problema complejo, que requiere, además de la optimización del tratamiento farmacológico,

un análisis detallado y el diseño de soluciones innovadoras.

Entre las razones para su insuficiente control se han señalado numerosas barreras por parte de profesionales, pacientes y el sistema sanitario<sup>3</sup>. Destacan por parte de los profesionales y el sistema sanitario una evaluación inadecuada, una cierta banalización ante un problema difícil de objetivar, reticencias frente a los opioides («opiofobia») y formación insuficiente. Por parte de los pacientes y de la sociedad se incluyen también la «opiofobia», con creencias sobre adicción y acostumbamiento a los opioides y una cierta resignación basada en factores culturales y religiosos.

La evaluación detallada es imprescindible para un tratamiento adecuado. Probablemente, los aspectos más importantes en la evaluación sean el reconocimiento de su importancia para el paciente («creer al paciente») y de su carácter multidimensional. Junto a la transmisión de un estímulo eléctrico al SNC, la percepción y expresión de la experiencia dolorosa están matizadas por el estado anímico, la función cognitiva, biografía, creencias y factores socioculturales. Además, la evaluación permitirá la identificación de factores pronósticos adversos para el control del dolor, diseñando estrategias específicas frente a los mismos.

Muchos de los numerosos y crecientes conocimientos disponibles sobre el dolor no se aplican regularmente en la práctica clínica a los pacientes que lo sufren<sup>4</sup>. Un primer paso consistiría en generalizar la

formación sobre dolor, empezando a nivel pregrado. Aspectos de tal trascendencia no pueden limitarse a la voluntariedad o conveniencia de estudiantes y profesores. Asimismo, la formación debería ser continuada para los profesionales implicados en el tratamiento del cáncer<sup>5</sup>. El diseño de dicha formación debería estimular la necesidad de sentir una elevada autocompetencia en este campo. El control del dolor debería tener en las sesiones clínicas y en los comités de tumores una prioridad similar a las decisiones sobre tratamientos antitumorales. La interconsulta a unidades de dolor o unidades de cuidados paliativos puede, además de definir pautas concretas en cada paciente, contribuir a esta formación.

Una gran parte de las pautas terapéuticas en dolor oncológico se basa en consensos de expertos y estrategias empíricas. Son necesarios muchos más ensayos controlados para optimizar el tratamiento. Sería conveniente, además, una más estrecha relación con investigadores básicos para acercar los avances a la cabecera del paciente.

Desde el punto de vista institucional, el alivio del dolor debería considerarse una alta prioridad. Una fórmula interesante es incluir la evaluación del dolor y su tratamiento en los *audits* periódicos del programa de calidad asistencial. Podrían también incluirse objetivos relativos al dolor en los contratos programa y contratos de gestión. El consumo de opioides, a pesar de una cierta inespecificidad, es un indicador objetivo de la calidad del tratamiento del dolor y de la atención sanitaria en general<sup>6</sup>. La revisión periódica y la divulgación de este indicador puede tener un efecto estimulante entre diversas instituciones o comunidades.

Por último, destacaremos la necesidad de potenciar acciones destinadas a una mayor sensibilidad de la sociedad frente al dolor, como campañas informati-

vas, conferencias, jornadas hospitalarias y sesiones abiertas en congresos y participación de asociaciones de pacientes en las estrategias sanitarias.

El reto persistente del dolor requiere, junto a los conocimientos y habilidades necesarios, una actitud reflexiva y solidaria. Como ha señalado Chochinov<sup>7</sup>, «tan importante como lo que hacemos a los pacientes es cómo los vemos. Cuando los vemos como merecedores de honra y respeto es mucho más fácil mantener la dignidad». Podríamos añadir que el alivio del dolor es un componente irrenunciable de la dignidad. No podemos hablar de progreso médico si no respondemos adecuadamente a este derecho humano.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Van den Beuken-Van Everdingen MHJ, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patjin J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol.* 2007;18:1437-49.
2. Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol.* 2008;19:1985-91.
3. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management. A survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med.* 1993; 119:121-6.
4. Ahmedzai S, Boland J. The total challenge of cancer pain in supportive and palliative care. *Curr Opin Supp Palliat Care.* 2007;1:3-5.
5. Chi-Yi Sun V, Borneman T, Ferrell B, Piper B, Koczywas M, Choi K. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manag.* 2007;34:359-69.
6. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Chochinov HM. Dignity-conserving care: a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA.* 2002;287:2253-60.

**Antonio Pascual**

*Unidad de Cuidados Paliativos  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Universidad Autónoma de Barcelona  
Barcelona*