



SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

Murcia, 19 de octubre de 2017

INFORME DE LA IV REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE DOLOR

H. REINA SOFÍA DE MURCIA 19/10/2017

El pasado 19 de octubre se celebró en el Hospital Reina Sofía de Murcia la 4ª Jornada Anual de la Sociedad Murciana del Dolor, que fue inaugurada por el **Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, D. Asensio López**, y el **Director Gerente del Hospital Reina Sofía, D. Juan Antonio Marqués**.

El día señalado para la celebración de las jornadas fue muy apropiado, unos días después del Día Internacional del Dolor y coincidiendo con el Día del Cáncer de Mama, ya que este año la jornada estaba dedicada al **Dolor en el Paciente Oncológico**.

LA VISIÓN DEL ONCÓLOGO

Las ponencias fueron iniciadas por la **Dra. M^a Teresa García**, oncóloga del H Morales Meseguer, que destacó la importancia del dolor en el paciente oncológico como uno de los principales factores determinantes de la calidad de vida de estos pacientes. Según nos muestra la numerosa bibliografía, **entre un 50 y un 70% de los pacientes con cáncer padece dolor** que en mayor o menor medida compromete su calidad de vida y, por tanto, es necesario un control adecuado del mismo. Con el tratamiento analgésico convencional se podría conseguir el alivio del dolor de una parte muy significativa de estos pacientes, pero diversas circunstancias, como **la formación en dolor, la disponibilidad de medios técnicos y humanos, o la difícil coordinación entre diferentes especialidades** (primaria, oncología, unidad de dolor, paliativos, radioterapia,...), **hacen que en muchas ocasiones no se consiga controlar el dolor todo lo deseable**.

La doctora García destacó que clásicamente ha habido poca comunicación entre unidades de dolor y oncología, lo que lleva a un desconocimiento de lo que cada uno puede ofrecer para el tratamiento de los pacientes. Desde hace relativamente poco tiempo está habiendo un **acercamiento progresivo con mayor colaboración**, lo que **redunda en beneficio de los pacientes**. Comentó que probablemente, **comités multidisciplinares** para el tratamiento del dolor en el que intervengan oncólogos, médicos de paliativos y radioterapeutas, pueden ayudar a un mayor **conocimiento mutuo de opciones terapéuticas** y a **protocolizar actuaciones concretas**.



SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

LAS UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

Posteriormente, la **Dra. Elena Martínez Martínez**, de la **Unidad de Cuidados Paliativos y Atención Domiciliaria** de Cartagena, nos presentó la organización y funcionamiento de su unidad, y en general de las unidades de atención domiciliaria de la región, que realizan seguimiento continuo y periódico a los pacientes, en domicilio y telefónicamente, con flexibilidad para atender los casos urgentes. En las visitas domiciliarias hacen una **valoración integral del paciente**, tanto **física** por órganos concretos, como **cognitiva, anímica y espiritual, incluyendo esperanzas, problemas, miedos...** Parte de su función es **educar al paciente** en el uso de tratamientos y protocolos, y sobre todo, a los grandes cuidadores, la **familia**, que careciendo de una formación específica, gracias a las instrucciones y cercanía de los miembros de las unidades de asistencia domiciliaria, asumen gran parte del tratamiento del paciente, incluyendo hasta el manejo de aparataje específico, como infusores subcutáneos, ...

La Dra. Martínez destacó, coincidiendo con la charla anterior, en el escaso conocimiento mutuo y coordinación de actuación con unidades de dolor, aunque remarcó que en los últimos tiempos han estado cada vez más en contacto con la unidad de dolor de su hospital, colaborando en el tratamiento de algunos pacientes. Como compartimos objetivos comunes, considera por tanto imprescindible un **mayor conocimiento mutuo** de lo que cada equipo o unidad puede ofrecer a través de **rotaciones del personal médico y de enfermería, jornadas como la realizada, sesiones clínicas conjuntas y el establecimiento de protocolos de continuidad asistencial** que permitan un fácil acceso a las técnicas invasivas que pueden ofrecer las unidades de dolor a aquellos pacientes que tengan indicación de recibirlos.

En este contexto, la historia clínica en el **sistema informático, distinto entre primaria y especializada, hace difícil compartir información** básica de los pacientes y más aún, un seguimiento cercano de los mismos. Estos problemas estructurales dificultan de manera importante una colaboración ágil, de la que el principal beneficiario sería el paciente.

EL DOLOR IRRUPTOR ONCOLÓGICO

La tercera ponencia fue expuesta por el **Dr. Ignacio Velázquez**, jefe de la unidad de dolor del Hospital de Alta Resolución de Guadix y coordinador del Grupo de Trabajo de opioides de la Sociedad Española del Dolor, nos habló del **dolor irruptor** y del uso del opioides de liberación inmediata, fundamentalmente **fentanilo**, en el tratamiento de este tipo de dolor, que aparece muy frecuentemente en el paciente oncológico. En primer lugar, reflexionó sobre el propio dolor irruptor, que hasta hace 2-3 años tenía una definición muy clara y concreta y que se está revisando, ya que la clínica y la bibliografía de los últimos años nos muestran que este dolor



SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

puede tener unas manifestaciones clínicas mucho más variadas de lo que su definición admitía, tanto en forma de presentación, rapidez de instauración y duración del dolor. Reconocer esta variabilidad entre pacientes e incluso dentro del mismo paciente, nos permitiría un acercamiento más realista al problema y nos abre un más amplio abanico de tratamientos para el dolor irruptor en función de las características que tenga en cada paciente.

Los opiáceos de liberación inmediata siguen siendo el principal fármaco para el tratamiento del dolor irruptor. Se ha demostrado, que el uso adecuado de estos fentanilos mejora el dolor de los pacientes y, sobre todo, su calidad de vida, además de ser, a medio plazo, económicamente más económico que otras alternativas de controlar el dolor, y sobre todo si no se controla. Son más eficaces desde el inicio, y más eficientes a medio plazo.

Actualmente estamos inmersos en una gran avalancha informativa proveniente de EEUU donde se demoniza el uso del fentanilo de liberación inmediata por la alta incidencia de dependencia que ha creado, y el incremento de la morbimortalidad. El Dr. Velázquez resaltó las diferencias de los sistemas sanitarios de EEUU y europeos, lo que facilita el abuso de este tipo de fármacos en ese país. Además, según la FDA, solo el 10% de los opiáceos que se prescriben en EEUU y son responsables de este incremento de dependencia y morbimortalidad, están prescritos para uso médico. El 90% restante están prescritos para uso recreativo, y es ahí donde aparece la mayor parte de estos problemas.

En España, donde el acceso a estos fármacos está regulado y con prescripción muy enfocada al control del dolor irruptor (oncológico o no oncológico), **la incidencia de dependencia es muy baja**, se estima que menos del 2% de los pacientes. Sin embargo, desde la Sociedad Española del Dolor se va a poner en marcha un estudio para valorar la incidencia real en nuestro país.

LAS UNIDADES DE DOLOR Y SUS TÉCNICAS INVASIVAS - ¿4º ESCALÓN DE LA OMS?

Para finalizar, el **Dr. Martín García**, de la **Unidad de dolor del Hospital Reina Sofía**, nos habló de las técnicas intervencionistas para el control del dolor en el paciente oncológico. La bibliografía nos habla de que entre el **10 y el 15% de los pacientes no controlan el dolor con fármacos**. Estas técnicas están indicadas en este grupo de pacientes, pero también en los pacientes donde los efectos secundarios no permiten un uso a dosis adecuadas de opiáceos, o antes de llegar a situaciones límite, cuando queremos una **mayor calidad de analgesia con menor consumo de opiáceos y menores efectos secundarios**.

Siguiendo las indicaciones de la medicina basada en la evidencia hizo un repaso sobre una serie de técnicas que han demostrado su eficacia en el paciente oncológico, en función de la localización del dolor y los órganos o tejidos afectados, como radiofrecuencia del ganglio de Gasser, neurolisis química o térmica de nervios espláncnicos o ganglio celíaco, neurolisis del



SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

ganglio hipogástrico superior, o las técnicas espinales, tanto vía epidural como sistemas implantables intratecales, entre otras técnicas.

Actualmente, **estas técnicas ya no están consideradas como 4º escalón de la escalera analgésica de la OMS**, tras el tratamiento con opioides, sino que pueden incluirse dentro de cualquiera de los 3 escalones farmacológicos junto con los analgésicos convencionales, opioides menores y mayores y otros fármacos coadyuvantes, ya que, en fases más precoces de la enfermedad, ayuda a un mayor y mejor control del dolor con menor uso de fármacos, proporcionando **mayor calidad de vida e incluso una mejora en la supervivencia**.

El Dr. García coincidió con los ponentes anteriores en la necesidad de mayor conocimiento mutuo, por ejemplo, en forma reuniones periódicas donde valorar y protocolizar tratamientos, va a repercutir en mejor atención a nuestros pacientes.

Todas las intervenciones tuvieron un interesante y animado debate posterior, en el que participaron gran parte de los asistentes al acto, donde estaban representados médicos de unidades de dolor, oncólogos, médicos de unidades de paliativos y atención domiciliaria, oncoradioterapeutas y enfermeros de dolor y de atención domiciliaria, entre otros.

CONCLUSIONES

Como resumen a la jornada, se concluyó que:

- **El dolor es un problema serio en el paciente oncológico, con importante repercusión en su calidad de vida.**
- **Es importante la mayor comunicación entre los diferentes profesionales que tratamos el dolor oncológico, que nos permita protocolizar actuaciones y ser más eficaces en su tratamiento.**
- **Mejorar y homogeneizar los sistemas de información sería un paso muy importante para el seguimiento común de los pacientes oncológicos.**
- **El tratamiento farmacológico se basa en opioides y dentro de ellos, los de liberación inmediata han demostrado su eficacia y eficiencia en el dolor irruptor. Aunque en otros países se haya convertido en un problema de salud pública, en España y Europa en general, por las características de nuestros sistemas sanitarios, es un tema a considerar, pero no un problema de esa magnitud.**
- **Las técnicas intervencionistas han demostrado su eficacia en control del dolor oncológico y tienen un papel importante en el mismo, no como último recurso, sino como un tratamiento más para utilizar en el curso de la enfermedad, siendo más eficaces cuanto más pronto se apliquen.**



SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

Dr. Juan F^o Mulero Cervantes
Presidente de la Sociedad Murciana del Dolor