



# REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE DE RECEPCIÓN  
COMO ACADÉMICO CORRESPONDIENTE

DISCURSO DE INGRESO

EL DOLOR EN PACIENTE ONCOLÓGICO

POR LA

Dra. Dña. Joaquina Martínez Lozano



28 de septiembre de 2023

MURCIA





# DISCURSOS

LEÍDOS EN LA SESIÓN EXTRAORDINARIA Y SOLEMNE  
DE RECEPCIÓN COMO ACADÉMICA CORRESPONDIENTE,  
CELEBRADA POR LA

## REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA REGIÓN DE MURCIA

el día 28 de septiembre de 2023

### Discurso de ingreso

por la

Dra. Dña. Joaquina Martínez Lozano

**‘El Dolor en Paciente Oncológico’**

*Edita:*



*Real Academia de Medicina y Cirugía  
de la Región de Murcia*

*Realización y producción:*

Juana Alegría (juanialeagriagarcia@gmail.com)

*Depósito Legal:*

MU 982-2023

# Índice:

- Discurso de ingreso:
  - El Dolor en Paciente Oncológico** ..... 7
  - Introducción ..... 11
  - ¿Por qué se produce el dolor? ..... 12
  - Tipos de dolor ..... 13
    - Por sus características ..... 13
    - Por su duración ..... 14
    - Por su intensidad ..... 14
    - Por su aparición ..... 15
  - El dolor no es inevitable. La importancia del control del dolor ..... 16
  - Protocolo de actuación ante el dolor ..... 16
    - Nivel I ..... 16
    - Nivel II ..... 17
    - Nivel III ..... 18
    - IV Escalón. Técnicas intervencionistas de control del dolor 23
  - Dolor de difícil control ..... 25
  - Conclusiones ..... 25
  - Bibliografía ..... 29



*Excmo. Sr. presidente.*

*Autoridades.*

*Ilmos. Sres. Académicos.*

*Señoras y Señores*

La Real Academia de Medicina de Murcia es una institución sanitaria que, a lo largo de su historia, más de 200 años, ha trabajado mucho por los murcianos y probablemente sin el conocimiento ni el reconocimiento que le deberíamos.

Desde sus inicios las Reales Academias, tuvieron competencias que luego fueron perdiendo en aras de una planificación más institucionalizada y moderna de la sanidad, casas de socorro, colegios profesionales, consejerías de sanidad, sistemas nacionales y regionales de salud... pero siempre fue una constante en ellas actuar de vigías sanitarios, como en la famosa epidemia de la de la fiebre amarilla de 1811 donde perdieron la vida asistiendo enfermos, cinco de sus miembros, o la del cólera de 1854 donde la Academia advertía a las autoridades que la epidemia no estaba acabada, sino dormida, advertencia que se confirmaría al seguir apareciendo casos al año siguiente.

Durante estos primeros años, sus miembros siempre estaban atentos a prestar ayuda en lazaretos, donde se trataban personas infectocontagiosas, y hospitales provisionales para enfermos sin recursos, sin olvidar sus tareas científicas y literarias realizadas en tiempos postpandemia o incluso durante ellas.

Algunos temas que hoy consideramos de enorme actualidad, como la dieta, el abandono del tabaco, la práctica del deporte como medio para

mejorar la calidad de vida, o los problemas derivados del alcoholismo ya fueron tratados en sesiones de la academia de 1913 y 1921 por el Dr. Hernández Ros, ilustre académico.

Esta institución ha gozado en todas las épocas de un prestigio y de una veracidad que la hacía idónea para tratar con imparcialidad complejos temas sociosanitarios como la pandemia de 1941 conocida como el Piojo verde, cuyo vector de transmisión era la rickettsia. Es el prestigio de la Academia la que acaba con rumores y supersticiones sobre su origen o la preocupación por el agua potable en Murcia y el mejor sistema de potabilización realizando los académicos murcianos en 1924 un viaje a Sevilla para ver las instalaciones de las plantas potabilizadoras y poder aconsejar en su realización<sup>(1)</sup>.

Actualmente las academias son un foro multidisciplinar, sin ánimo de lucro, ajeno al corporativismo y al margen de la lucha por el poder.

Las constituyen médicos y otros profesionales sanitarios que han demostrado experiencia y madurez en sus respectivos campos profesionales, pudiendo actuar como consultores ecuanímenes en ese equilibrio inestable de ciencia, ética y gestión económica sobre la que pivota la moderna sanidad.

La brillante y prolífica actividad de la Real Academia se ha mantenido incluso en la reciente pandemia de la COVID-19, adaptando sus reuniones a los modernos sistemas streaming para seguir con su labor de divulgación científica.

Es para mí un honor y me llena de felicidad poder entrar a formar parte de esta docta corporación y quiero dar las gracias a todos sus Ilustrísimos miembros por la decisión de aceptarme.

A su anterior presidenta y secretaria que iniciaron esta andadura,

Excelentísima Sra. Doña María Trinidad Herrero Ezquerro, y a Ilustrísima Sra. Doña María del Carmen Sánchez Álvarez, y su presidente actual el excelentísimo Sr. Don Manuel Segovia Hernández, y a su secretario Ilustrísimo Sr. Don Manuel Sánchez- Solís de Querol.

Al Ilustrísimo Sr. Don Tomas Vicente Vera por su presentación y apoyo en este discurso.

El Dr. Vicente es un hombre de reconocido prestigio, con formación internacional, Jefe de la unidad de Cardiología del Hospital Reina Sofía de Murcia y Catedrático de la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Experto en rehabilitación cardiaca y tratamiento de la cardiopatía isquémica, nos conocemos desde hace muchos años, y nos unen lazos de amistad y cariño siendo el cardiólogo de mi padre toda su vida y a pesar de lo tremendamente difícil que es tratar a un compañero y amigo él siempre supo aunar ciencia, paciencia, amabilidad, y disponibilidad compartiendo los buenos y malos momentos durante todo el curso de su enfermedad, y al que siempre estaremos muy agradecidos mi familia y yo.

También quiero agradecer a mi maestro el Dr. Víctor Pérez Rigal, con el que tuve la suerte de trabajar durante más de 20 años, que me enseñó esa forma de ver y tratar al enfermo oncológico tan suya, empática y humana.

Esta tarde quiero tener un recuerdo especial para mi padre, el Dr. Antonio Martínez Hernández, Ilustrísimo miembro de esta Academia fallecido hace casi dos años, hombre de ciencia y conciencia, pionero en tantas cosas, que me enseñó a valorar el estudio, a que nada se consiguiera sin esfuerzo, y el complejo mundo de la medicina. Sé que sería muy feliz viéndonos aquí, pues era público y notorio el cariño e ilusión que sentía por esta Real institución y de la que formó parte participando activamente siempre y especialmente los últimos años de su vida.

A mi familia, a mi esposo José y mis dos hijos Andrés y May por su apoyo en todos mis proyectos, y su comprensión por el tiempo que mi trabajo y vocación les ha robado todos estos años. Los médicos sabemos que la medicina es una compañera celosa, absorbente, acaparadora, dominante y fascinante.

A mi madre y hermanos que me han alentado y estimulado para solicitar el ingreso en esta Real Academia, y sé que se sienten tan orgullosos como yo.

El motivo de mi discurso de ingreso es el dolor en el paciente oncológico.



## Introducción

El dolor es uno de los grandes problemas y retos que tiene planteada la Medicina moderna. Se define como una ‘experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de los tejidos cuya expresión es subjetiva e inherente a las características de cada persona’<sup>(2)</sup>.

Existe el concepto de que el dolor es sólo un síntoma físico, un castigo divino como se consideró en la antigüedad, y el síntoma más tratado por los médicos en todas las épocas, pero no hay nada más lejos de la realidad. Reducir el dolor en un paciente con cáncer a un sistema de interacciones químicas entre receptores y moléculas, limita una visión más integral de este.

La presencia de dolor dentro del proceso oncológico es variable.

En el 31 % de los pacientes es el primer síntoma que lleva al diagnóstico.

Aparece en el 20 % en estadíos iniciales y hasta el 80 % en la etapa terminal<sup>(3)</sup>.

El cuadro doloroso va a depender del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual pero siempre supone un recordatorio amargo, constante, triste, de la enfermedad que estás padeciendo.

En el paciente con dolor todas las dimensiones de las personas físicas (tipos de dolor), económicas, psíquicas (depresión, ansiedad, desamores...) social (burocracia, familia, amigos), espirituales (proyectos

de vida, miedo, conciencia del mal...), interaccionan entre sí con gran intensidad originando una situación de dolor total y todos estos aspectos deberían de ser considerados en su alivio.

### **¿Por qué se produce el dolor?**

En el paciente oncológico el dolor puede tener distintos orígenes por lo que su aparición no siempre tiene por qué ser un signo de progresión de la enfermedad, como los pacientes asocian habitualmente.

En algunos casos es debido, a la presión que ejerce el crecimiento del tumor sobre tejidos como huesos, nervios u otros órganos del cuerpo.

Otras veces puede estar causado por el propio tratamiento de la enfermedad como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia.

los síndromes paraneoplásicos que acompañan al cáncer también pueden ocasionar dolor.

En muchas ocasiones también existe un dolor previo a la enfermedad sin relación con ella, como migrañas, artrosis, lumbalgias...

El diagnóstico del dolor se realiza mediante la anamnesis y la exploración física.

El diagnóstico debe incluir:

1. La cualidad o características del dolor para identificarlo como
  - Nociceptivo
  - Somático
  - Visceral
  - Neuropático
2. Su duración
  - Agudo
  - Crónico
3. Su intensidad evaluada por el paciente en escalas unidimensionales
4. Aparición
  - Incidental El paciente sabe cuándo va a ocurrir la crisis dolorosa
  - Impredecible la presencia de crisis dolorosa (dolor irruptivo)

## **Tipos de dolor**

### **1. Por sus características**

#### 1.1 Dolor somático

Descrito como presión, aplastamiento o quemazón.

Con un curso temporal continuo, bien localizado, aumenta con la presión de la zona afectada. No tiene una distribución horaria específica está presente por el día y por la noche.

Puede ser provocado por cualquier tumor directamente o por lesiones óseas. Cuando es producto de la metástasis ósea, su intensidad puede aumentar con los movimientos o presión de la zona de la lesión. El dolor por metástasis vertebral suele expresarse como dorsalgia o lumbalgia, localizado en el área de las vértebras afectadas con irradiación hacia el abdomen en forma de cinturón bilateral o unilateral. Puede presentar alteraciones de la sensibilidad en toda el área de la irradiación<sup>(4)</sup>.

#### 1.2 Dolor visceral

Descrito como dolor difuso mal localizado profundo o como apretón cólico o presión.

Se refiere sobre una zona corporal dada, con o sin irradiación a distancia, siguiendo la distribución metamérica de la víscera afectada. Puede ser continuo o con exacerbaciones. Al igual que el dolor somático no tiene una distribución horaria específica, está presente por el día y por la noche.

Aparece en afecciones pleurales, gástricas e intestinales, pancreáticas, uretrales o vesicales. Los tumores renales, vesicales, de cérvix pueden presentar dolor visceral irradiado a zona renal, uréter o vejiga<sup>(5)</sup>.

#### 1.3 Dolor neuropático

Está descrito como parestesias, corrientes o latigazos.

Suele ser difuso e irradiado siguiendo la distribución del sistema nervioso periférico.

Puede ser continuo o paroxístico o mixto, presente a lo largo del día o con mayor incidencia nocturna. Acostumbra a asociar

alteración de la fuerza o de la sensibilidad (hipoestesia, anestesia, disestesia, alodinia o hiperalgesia). Puede presentarse de forma conjunta al dolor nociceptivo constituyendo un dolor mixto. Ello es frecuente en los tumores de cuello y cara, orales, de páncreas y de cérvix.

En el paciente con cáncer avanzado los dolores no se presentan de forma exclusiva, sino que suele estar asociado los dolores somáticos o viscerales a dolores neuropáticos como ocurre en el cáncer rectales y vesicales expresados como prurito, sensación de ocupación, presión o tenesmo, o cambios en la intensidad con la defecación o micción.

El síndrome del psoas es un cuadro doloroso específico que se presenta con características somáticas y neuropáticas, se localiza en la zona lumbar central o lateral y presenta radiación a cadera y zona alta del miembro inferior, como una ciática cortada. El dolor puede aumentar ante la movilidad de la cadera<sup>(6)</sup>.

## **2. Por su duración**

- 2.1 Agudo Si dura menos de 3-6 meses, de comienzo bien definido con signos y síntomas objetivos.
- 2.2 Crónico Si persiste más de 6 meses, no suele acompañarse de signos objetivos y para su control es necesario utilizar distintos enfoques de tratamiento.

## **3. Por su intensidad**

Para la valoración de la intensidad del dolor en la práctica clínica se utilizan escalas unidimensionales.

- La escala cualitativa verbal, el dolor está ausente, leve moderado y severo.
- La escala numérica, el dolor se evalúa cero, ausente, hasta el 10, dolor lo más severo posible
- La escala visual analógica, en la que el paciente marca la intensidad en una línea del cero a 10 en la que en un extremo repre-

senta la ausencia del dolor y el otro extremo representa el dolor máximo.

En ocasiones la escala visual dispone además de la escala numérica escrita sobre ella. Estas escalas nos permiten puntuar y clasificar el dolor:

0 - 3 corresponde con un dolor leve

4- 6 dolor moderado

mayor de 7 dolor intenso.

En ocasiones sorprende que las puntuaciones en las escalas no disminuyan pese a que el paciente reconozca mejoría en la intensidad del dolor. Así la evaluación debería comprender, además, el porcentaje de mejoría del dolor tras el tratamiento. Por ejemplo, un descenso de un punto en la escala numérica puede reflejar una mejoría del dolor.

Es muy importante valorar la severidad del dolor en el paciente para evitar situaciones de sobre o infra diagnóstico por parte de los familiares o los profesionales. Es curioso como en mi experiencia durante la anamnesis, cuando se pasa una escala analógica del dolor a un paciente, siempre me sorprende el resultado, siendo superior la puntuación del paciente a la que yo le habría dado, por eso es tan útil aplicar esta herramienta tan sencilla que nos permite una mejor titulación analgesia.

#### **4. Por su aparición**

A veces los pacientes presentan crisis dolorosas pese a tener un tratamiento y control adecuado del dolor basal.

Estos cuadros dolorosos son conocidos como dolor irruptivo y este puede ser:

4.1 *Dolor incidental o desencadenado*: suele aparecer el dolor con algunas actividades el movimiento, la comida, defecación ... no es continuo, pero sí muy intenso. El paciente es capaz de predecir cuándo se va a producir.

4.2 *Impredecible*: sin causa aparente conocida y puede durar de minutos a horas o no volver repetirse<sup>(7-11)</sup>.

De los dolores comentados, los más difíciles de tratar son el dolor neuropático e incidental, especialmente el secundario a lesiones óseas.

### **El dolor no es inevitable. La importancia del control del dolor**

El único dolor soportable es el dolor de los demás. Francis Bacon decía en sus Ensayos '*El papel del médico es, no solo devolver la salud, sino mitigar el dolor y el sufrimiento*'<sup>(12)</sup>.

No se debe aceptar el dolor como inevitable y un sufrimiento que tienes que tener.

El dolor no controlado afecta negativamente a las funciones corporales causando e intensificando los trastornos del sueño, disminuyendo el apetito, limitando las capacidades de ejercicio y actividad física y las relaciones sociales. En resumen, disminuye la calidad de vida<sup>(13)</sup>.

La presencia de enfermedades psicológicas o psiquiátricas previas, alteración de las funciones cognitivas y/o adicción activa o recientes al alcohol, drogas, o una elevada intensidad previa del dolor, hace más complejo su control

Por otra parte, los cuadros de depresión y ansiedad, situaciones muy frecuentes durante la evolución de un proceso oncológico, aumentan la percepción del dolor<sup>(14)</sup>.

### **Protocolo de actuación ante el dolor**

La selección del tratamiento analgésico del dolor se realiza con el uso de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta clasifica los analgésicos según su eficacia en 4 niveles:

- **Nivel I**

El paracetamol, los AINES, el metamizol pertenecen a este nivel.

Los AINES son eficaces en este nivel, cuando tratamos dolores

nociceptivos de intensidad leve, su uso está especialmente considerado en el dolor por metástasis óseas, por afectación hepática y el secundario a tenesmo vesical o rectal.

La elección del AINE se realiza en función de su menor efecto gastro lesivo la comodidad de su posología y su coste. No existe diferencia de eficacia entre ellos y no existen datos que describan cuáles presentan un mayor riesgo de provocar efectos secundarios.

No deben de usarse en presencia de insuficiencia renal o afectación hepática con ascitis e hipertensión portal, y es recomendable prescribir conjuntamente inhibidores de la bomba de protones.

Especialmente en personas mayores o con tumores gastrointestinales el metamizol es una alternativa adecuada y carece del efecto secundario o gastrolesivo.

Los corticoides pueden aportar un efecto leve analgésico, aunque el nivel de evidencia es bajo, la asociación de corticoides y aines no aporta ninguna mejora en la eficacia antiinflamatoria y analgésica y presenta un riesgo elevado de provocar hemorragias digestivas.

Los efectos secundarios de los aines, el daño renal y gastroduodenal, así como la ausencia de beneficio analgésico con respecto a otras opciones, solo justifica su uso en pacientes con cáncer con **dolor leve escala analgésica 1-3 y corta duración.**

- **Nivel II**

Hoy día la codeína y la dihidrocodeína han dejado de usarse prácticamente en el tratamiento del dolor oncológico en este escalón.

El tramadol es eficaz en el control del dolor moderado. No debería usarse si hay insuficiencia renal o uso concomitante con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, existe un riesgo de desarrollar un síndrome serotoninérgico.

Actualmente se tiende a prescindir de opioides menores y reformular en este segundo escalón con dosis bajas de opioides mayores.

Así un paciente con dolor oncológico leve-moderado sin respues-

ta a los analgésicos del primer escalón, es candidato a un tratamiento con un opioide eficaz para dolores moderados severos del tercer escalón en menor dosis. Lo que denominamos **ascensor analgésico**, no hay que pasar primero por el 2º escalón antes de subir al 3º<sup>(15)</sup>.

- **Nivel III**

Los fármacos que pertenecen a este nivel son los analgésicos de elección en los pacientes oncológico.

Dentro de este nivel se encuentran los **opioides** que no presentan techo analgésico, es decir, todo incremento de dosis conlleva un aumento de analgesia, sin que exista a priori una dosis límite a partir de la que no se consigue más analgesia, pero se desarrollan más efectos secundarios.

La humanidad conoce la planta adormidera de la que se extrae el opio desde hace más de 5000 años. Llamada ‘planta de la alegría’ por los sumerios. Alejandro Magno introdujo el opio en Persia y la India, y en el 400 dC el opium thebaciun (de Tebas) fue introducido en China por los comerciantes árabes.

En 1522 Paracelso creó el láudano, un brebaje alcohólico con base en el opio, que él mismo describió como ‘analgésico potente que debía de usarse con moderación’, y se utilizó hasta el siglo XIX para tratar una amplia gama de enfermedades.

El primer alcaloide aislado del opio fue la morfina, nombrada así por Friedrich Wilhelm Adam Sertürner en honor a Morfeo, el dios griego de los sueños. Curiosamente se comercializó como analgésico y tratamiento para la adicción del alcohol y opio, por dicha compañía en 1817, todavía no se conocía, en esa época, el efecto adictivo de la morfina.

La morfina se volvió inyectable gracias al Dr. Alexander Wood en 1843 con la aparición de las agujas hipodérmicas. Los efectos eran instantáneos y más fuertes que la morfina oral. Al poco tiempo de su utilización se cobró su primera víctima por sobredosis.

En 1925 se determinó la fórmula estructural de la morfina junto a varios métodos de síntesis, pero tenía que ser inyectada<sup>(16)</sup>.

El mundo del dolor y el de los pacientes oncológicos cambió al final de la década de 1970.

La Dra. Cicely Saunders directora del hospital St Christopher's en Londres fue pionera en un nuevo movimiento de atención médica, los cuidados paliativos. Durante toda su vida profesional luchó para que las autoridades y médicos crearan para los enfermos terminales un entorno más compasivo donde concluir sus vidas.

En dicho hospital nació la idea de crear una pastilla de morfina. Se pusieron en contacto con el laboratorio Napp, una sección de la empresa Purdue Frederick, de la familia Sackler para intentar conseguirla. Hasta entonces la morfina se administraba, como ya hemos dicho, solo de forma intravenosa ya fuera a través de una vía o en una serie de inyecciones. Un paciente oncológico con dolor importante no tenía más opción que ingresar en un hospital y pasar sus últimos días allí para que se le pudieran administrar la medicación para el dolor.

El laboratorio Napp utilizó y patentó un sistema de recubrimiento especial para pastillas de morfina, que permitían que la difusión de un fármaco en el torrente sanguíneo de un paciente fuera regulada con precisión a lo largo del tiempo.

Denominaron a este sistema 'Continus' y al nuevo fármaco MS CONTIN. Se puso a la venta 1980 en el Reino Unido y fue una revolución. El Times lo definió 'uno de los más importantes avances del siglo en cuestión de narcóticos'. 'El paso al frente más importante en el control farmacológico del dolor desde la propia morfina'

Posteriormente se comercializaría en Estados Unidos en 1984 generando unas ventas de más de 170 millones de dólares al año.

En 1993 esta misma empresa crearía la oxicodeona de liberación continua, más potente que la morfina con el nombre de Oxycontin<sup>(17)</sup>.

Otras alternativas analgésicas opioides son:

- El tapentadol que presenta mejor tolerancia digestiva y pro-

voca menor estreñimiento, pero presenta techo farmacológico por encima de 500 miligramos /día.

- La aparición del fentanilo y la buprenorfina de aplicación transdérmica permite una alternativa analgésica muy cómoda para los pacientes, con una duración analgésica de 72h, disminuye el número de pastillas que los pacientes tienen que tomar o se utiliza en pacientes con problema de deglución. No es adecuada como tratamiento inicial de dolores moderados severos y permanece en discusión si presenta techo analgésico, es decir que no mejora la analgesia al aumentar la dosis del fármaco<sup>(18)</sup>.
- También existen fentanilos de acción rápida, en forma de pastilla, parche sublingual, o piruleta, cuyo efecto analgésico es muy rápido, dura unas 4 horas y son de elección en el dolor irruptivo.
- El nuevo opioide que combina la oxicodona y la naloxona es una nueva asociación de opioide más antagonista opioide (que no se absorbe por vía oral) evita el desarrollo de estreñimiento. Existen datos contrastados sobre la eficacia analgésica de la oxicodona que no se altera por su asociación con la naloxona. Se recomienda no superar la dosis 160 /80, en el caso que se precise más analgesia, se recomienda oxicodona sola. Es de elección en pacientes que desarrollan con facilidad estreñimiento secundario al tratamiento.

Los opioides mayores deben utilizarse en **dolores moderados severos**. Los datos disponibles muestran que no existen diferencias entre la eficacia analgésica de la morfina, la oxicodona, el fentanilo transdérmico, la metadona, la hidromorfona y la buprenorfina transdérmica.

No obstante, en un ensayo clínico reciente se ha objetivado que:

- la morfina es el opioide con el que se obtiene de forma más rápida una dosis eficaz estable, pero es la que más efectos secundarios presenta.

- el fentanilo transdérmico presenta pocos efectos secundarios y como hemos dicho, es muy cómodo para el paciente porque la administración transdérmica cuando se consigue una dosis eficaz estable permite olvidarse del dolor durante 72 horas y se puede realizar rescates con fentanilo de acción rápida, si se precisa. No es la mejor elección cuando se precisa una titulación rápida de la dosis por presencia de un dolor severo.

La oxycodona tiene más potencia analgésica que la morfina.

La buprenorfina transdérmica presenta un perfil intermedio entre la morfina y el fentanilo transdérmico<sup>(19)</sup>.

A la hora de elegir un opioide del tercer escalón dependerá, de la situación clínica del paciente, de su tolerancia, de los efectos secundarios, de la experiencia del profesional con uno otro opioide y de las presentaciones farmacéuticas que permitan un adecuado ajuste de la posología.

#### Otras alternativas analgésicas

- La Ketamina es un potente antagonista de los receptores NMDA, indicada en dolor refractario, especialmente si está relacionado con los mecanismos de sensibilización central (hiperalgesia, alodinia...). El efecto desensibilizador puede ser muy potente, pero su utilización debe limitarse a equipos sanitarios especializados debido a los frecuentes e intensos efectos adversos psicómiméticos<sup>(20)</sup>.
- La metadona no suele ser seleccionada como analgésico de primera línea, salvo en circunstancias especiales, pacientes en tratamiento de deshabituación con metadona o como analgésico alternativo en los pacientes que no han respondido a otros opioides.
- La utilización de cannabinoides como adyuvante en el dolor oncológico aportan datos contradictorios. Algunos estudios confirman su eficacia en dosis media-baja asociado a opioides

potentes con un buen perfil de seguridad a largo plazo. En cambio, otros estudios no pueden confirmar ningún beneficio comparado con el placebo.

En mi experiencia, siempre les digo a los pacientes que me preguntan, que sólo deben tomar los analgésicos opioides prescritos por su médico, cuyos efectos secundarios son conocidos y manejables. El cannabis nunca sabes cómo le va a sentar al paciente, sobre todo en personas no consumidoras, habiendo visto casos de delirio o toxicidad en pacientes ancianos que se lo había dado con la 'mejor intención' algún familiar. Creo que, en la práctica, funciona poco como analgésico, algunos pacientes refieren que les disminuye las náuseas de la quimioterapia.

En la evolución de la enfermedad oncológica es normal que haya que ir aumentando la dosis de opiáceos para obtener analgesia adecuada.

### **Nuestro objetivo es**

- Ausencia de dolor con control de las crisis ocasionales de dolor irruptivo.
- Ausencia de dolor en reposo con dolor muy leve en esfuerzo.
- Que el paciente se encuentre satisfecho con el control de SU dolor

Recordemos que el tratamiento del dolor está centrado en el paciente, es él el que define cual es el dolor que puede tolerar o cual sería su criterio adecuado de control de 0-10 de intensidad.

En el control del dolor es muy importante su reevaluación

Al inicio del tratamiento se prescribe y titula la dosis según escala analgésica.

A las 48 horas se debe evaluar si se utilizan formulaciones orales de liberación sostenida de morfina.

A las 24 horas en el caso de oxicodona-naloxona.

A las 72h con las formulaciones transdérmicas.

A las 4- 24 horas con la administración endovenosa.

A las 8-24 h horas con la administración subcutánea.

Es importante siempre prescribir dosis extras de analgésicos además de las pautadas regularmente, para utilizar en los episodios de dolor no controlado, dolor irruptivo.

En los pacientes oncológicos, los fármacos opioides prescritos por profesionales con experiencia en su uso, y con la reevaluación correcta, son excepcionales los casos de adicción.

### Fármacos adyuvantes

En el tratamiento del dolor no hay que olvidar los fármacos que ‘acompañan’ a los opioides.

Los laxantes deben prescribirse al iniciar el tratamiento para evitar estreñimiento o considerar el uso de oxicodona naloxona, si el estreñimiento es un efecto secundario de difícil resolución.

También al iniciar tratamiento de opioides se debe considerar la asociación de un antiemético durante las primeras 72 horas especialmente en personas de más de 75 años, para evitar la aparición de vómitos. Los antieméticos más frecuentes son metoclopramida, domperidona, haloperidol.

Otro coadyuvante es la dexametasona sobre todo en dolor óseo. Duloxetina o Venlafaxina son antidepresivos actualmente muy utilizados en el control del dolor neuropático junto con gabapentinoides.

De aplicación tópica directa se utiliza la capsaicina en parches o crema y la lidocaína tópica en dolores que tienen una clara distribución radicular.

- **IV Escalón. Técnicas intervencionistas de control del dolor.**

A este grupo pertenece las llamadas bombas de infusión, que consiste en la administración de analgésicos de forma continua por vía inyectada. Cuando aumenta el dolor se puede aumentar la dosis administrada y en algunos casos es el propio paciente, quien

decide cuando hacerlo. Son las llamadas bombas PCA (Analgesia Controlada por el Paciente).

En algunas ocasiones, en dolores especialmente difíciles es preciso recurrir a la neurolisis, la administración de medicamentos en los nervios periféricos para bloquear su capacidad de transmitir señales de dolor. Se utiliza para el control del dolor visceral, en tumores abdominales, urológicos, ginecológicos y genitales<sup>(21)</sup>.

Las más frecuentes son:

- Neurolisis del plexo celíaco, en cáncer de páncreas, cáncer gástrico y el colangiocarcinoma.
- Neurolisis del plexo hipogástrico, en el cáncer de cérvix, útero, vejiga y ovario.
- Neurolisis del ganglio impar, en el cáncer anal, vulvar y rectal para el alivio del dolor perineal.

Otra técnica analgésica es la neuroestimulación que consiste en la colocación unos electrodos externos conectados a un cinturón, dispositivo TENS, o bien se coloca directamente, como implantes debajo de la piel<sup>(22)</sup>.

#### *Otras técnicas para el control del dolor.*

El alivio del dolor metastásico óseo suele ser complejo, sobre todo cuando está presente con los movimientos.

La primera opción terapéutica es la radioterapia paliativa que puede ser administrada en una sola dosis con adecuada eficacia. Con la radioterapia se consigue disminuir la dosis de analgésico o enlentecer el aumento de la dosis de opioides.

La vertebroplastia y la cifoplastia son buenas alternativas para aliviar el dolor y evitar la fractura en las metástasis vertebrales, y los radionúclidos son buenos como analgésicos en metástasis óseas múltiples<sup>(23)</sup>.

## **Dolor de difícil control**

No debemos olvidar el carácter multifactorial en el control de dolor.

La interferencia emocional en la expresión del dolor, la conducta adictiva alcohol o drogas, cuadros previos de alteraciones psiquiátricas son factores de mal pronóstico en el control óptimo del dolor. En estos casos es conveniente utilizar medicación ansiolíticos, sedantes, antidepresivos y neurolépticos previamente.

En esta lucha para controlar el dolor, los pacientes también se pueden beneficiar de intervenciones no farmacológicas.

El tratamiento psicológico ayuda a disminuir la percepción dolorosa.

Las técnicas de relajación permiten reducir la tensión corporal y relajar los músculos, ayuda a conciliar el sueño y sirven de complemento en el alivio del dolor<sup>(24)</sup>.

La fisioterapia también es de utilidad, los masajes pueden aliviar las contracturas, y disminuir la ansiedad.

En nuestro hospital hemos implementado un programa, junto con el servicio de rehabilitación y fisioterapia de prevención del deterioro funcional en pacientes oncológicos, disminuyendo el dolor y mejorando la movilidad y la autonomía de los pacientes

Los pacientes notan el efecto de la rehabilitación de forma rápida, están muy satisfechos y mantienen la práctica de los ejercicios en su domicilio.

## **Conclusiones**

El dolor es uno de los problemas y retos de la medicina moderna. Como dijo el Dr. Martínez Hernández *'El dolor es una historia inacabada'* queda mucho por hacer.

En el paciente oncológico el dolor es un recordatorio amargo, constante, triste, de la enfermedad que estás padeciendo, por eso es fundamental su tratamiento y prevención.

El dolor no se puede reducir a un sistema de interacciones químicas entre receptores y moléculas, sino que hay que tener una visión más integral y en su tratamiento es necesario que todas las dimensiones de

las personas, físicas, psíquica (depresión, ansiedad, desamores...) social (burocracia, familia, amigos), espirituales (proyectos de vida, miedo, conciencia del mal...) y económicas sean consideradas y atendidas en lo posible.

Todos los hospitales deben implementar programas de vigilancia del dolor oncológico y de formación entre los profesionales que tratan a pacientes con cáncer. Tratando el dolor desde su aparición, en función de su tipo, duración e intensidad con los fármacos adecuados, aplicando la escala analgésica y con técnicas intervencionistas cuando sean necesarias.

Los opioides son los fármacos de elección en dolor moderado severo y el 80% de los pacientes oncológicos en situación terminal los van a precisar.

En la elección del tratamiento analgésico el paciente debe ser el centro, es él, el que define cual es el dolor que puede tolerar o cual sería su criterio adecuado de control de 0 -10 de intensidad.

En la elección del tipo de analgésico opioide se debe valorar el estado del paciente, los apoyos familiares o sociales con los que cuenta, sus preferencias y la utilización de terapias no farmacológicas en dolor de difícil control, como técnicas de relajación, fisioterapia, o psicoterapia.

En la evaluación de la etiología del dolor necesitamos estudios de imagen ecografías, radiografías, TAC cuando hay sospecha de metástasis, fracturas óseas, compresión medular... pero no podemos olvidar la medicina de contacto, de exploración, de visualización, la medicina empática, la relación médico paciente que es analgésica en sí misma.

Merecen en un futuro, estudios más amplios de la diferente analgesia en función de la edad, como los aspectos psicológicos y los factores de personalidad puede influir en el control del dolor, o las diferencias de género en la percepción dolorosa o en la demanda de analgésicos<sup>(24)</sup>.

Concluyo MI DISCURSO recordando las palabras de otro ilustre académico el Dr. López Hueso válidas para todos los pacientes, pero sobre todo en el paciente oncológico

*‘No solo el fármaco es el que alivia o mitiga la sensación dolorosa, no sólo es la droga la que posee el efecto benéfico de la analgesia sino que también es fármaco, la relación médico- enfermo, la palabra, el ánimo, el consuelo, la preocupación, la comunicación, el amor, la amistad, la ayuda que se intuye, la mirada que comprende, el apretón de manos que conforta, la caridad que se practica en la medicina desde los tiempos remotos, la psicoterapia, inadvertida incluso para el propio médico, el consejo, el apoyo, la atención y el cariño del que tiene el deber de prestar ayuda no solo física sino también moral al que la necesita’.*

No quiero olvidar en mi agradecimiento al gerente Hospital HLA La Vega Don Eduardo Reina Infantes y su director Dr. Pedro Mateo Beltri por su apoyo, y a ASISA Murcia, entidad de la que formo parte 30 años, a su actual delegado el Dr. Benito García-Legaz que cree como yo que la medicina privada es también puede ser una medicina moderna, científica, rápida, eficiente y eficaz, y de un alto nivel de calidad, para todo ello seguimos trabajamos todos los días.

Reitero mi agradecimiento a los Ilustrísimos miembros de esta institución por el honor que hoy se me hace.

A todos ustedes familiares y amigos por vuestra asistencia aquí esta tarde.

Muchas gracias a todos



## Bibliografía

1. **Martínez Hernández, A.** *Memorias anécdotas y 10 cursos Internacionales de dolor.* RRAA Medicina de Murcia 2021;155-157.
2. **Flores Tascon, F.J.** “Dolor” *Agora Medicine* 1987;32 Madrid
3. **Van den beuken-van Everdingen, M.H.; Hochstenbach, I.M.et al.** *Update on prevalence of pain in patients with cancer systematic review and metaanalysis.* *Pain symptom Manage.*2016;51(6):1070-90.
4. **Strasser, F.; Walker, P.; Bruera, E.** *Palliative pain management when both pain and suffering hurt.* *J Palliant Care* 2005; 21:69-79.
5. **Caraceni, A.** *Evaluation and assessment of cancer pain and cancer pain treatment.* *Acta Anesthesiology Scand* 2001; 45:1067-75.
6. **Agar, M.; Broadbent, A.; Chye, R.** *The management of malignant psoas syndrome: case reports and literature review.* *Pain Symptom Manage* 2004; 28:282-93.
7. **Portenoy, R.K.; Ahmed, E.** *Principles of opioid use in cancer pain.* *J Clin Oncol* 2014; 32:1662-70.
8. **Shaiova, L.** *Difficult pain syndrome’s: bone pain, visceral pain, and neuropathic pain.* *Cancer J* 2006; 12:330-40.
9. **Fainsinger RI, Nekolainchuk C, Lawlor P, et al.** *An international multicenter validation study of pain classification system for cancer patients.* *Eur J Cancer* 2010;46(16):2896-904.
10. **Knudsen, A.K.; Brunelli, C.; Klepstad, P. et al.** *Which do-*

- mains should be included in cancer pain classification system? Analyses of longitudinal data.* Pain 2012;153(3):696-703.
11. **Portenory, R.K.; Dhingra, L.K.** *Overview of cancer pain syndromes.* Uptodate 2016.
  12. **Martínez Hernández, A.** *El Dolor en Medicina: una historia inacabada.* RAMM 1991;8-9
  13. *www.cun.es/areadesalud/areas/dolor/temas-sobre-dolor/el-dolor-enel-paciente-oncologico.*
  14. **Flores, J.A.** *La comunicación y la comprensión del enfermo oncológico.* Zeneca Farma 1997 Madrid
  15. **Fallon, M.; Giusti, R. et al.** *Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.* Ann Oncol.2018;29(4):166-191.
  16. **Bunton Laurence, L.; Hilal-Dandan. et col.** *Las bases farmacológicas de la terapéutica.* McGraw-Hill. 2019;1;4562-98.
  17. **Radden Keefe, P.** *El imperio del dolor.*2021;14:228-41
  18. **Mercadante, S.; Porzio, G.; Gebbia, V.** *New Opioids.* J. Clin Oncol 2014; 32:1671-6.
  19. **Mercadante, S.; Bruera, E.** *Opioid switching in cancer pain: From the beginning to nowadays.* Crit Rev Oncol Hematol2016; 99:241-8.
  20. **Mercadante, S.** *Cancer Pain Treatment Strategies with Cancer.* Drugs 2022;82(13):1357-66
  21. **Vayne-Bossert, P.; Asfsharimani, B. et al.** *Interventional options for the management of refractory cancer pain-what is the evidence?* Support Care Cancer 2016;24(3):1429-38.
  22. **Sindt, J.E.; Brogan, S.E.** *Interventional Treatments of cancer Pain.* Anesthesiology Clin 2016; 34:317-39.
  23. **Bienz, M.; Saad, F.** *Management of bone metastases in prostate cancer a review's* Opin support Palliant Care 2015;9(3):261-7
  24. **Martínez Lozano, J. y Martínez Zaragoza, J.** *Mujer y cáncer.* Jornadas Mujer y Salud 2002 Madrid.

