

UN COMPAÑERO EVITABLE

El número de cánceres diagnosticados en España en 2024 se estima que alcanzará los 286.664 casos

En 2040 la incidencia del cáncer puede alcanzar los 341.000 casos

40% presenta dolor en el momento del diagnóstico

80% de las personas con la enfermedad avanzada plantea dolor

90% de los pacientes responde al tratamiento

10% requiere medidas más agresivas, pero con buenos resultados

Fuentes: SEOM, Sociedad Española del Dolor y elaboración propia

TIPOS DE DOLOR ONCOLÓGICO

Por su cronología

- Agudo:** duración menor a tres meses
- Crónico:** duración superior a tres meses. Es el más habitual
- Irruptor:** presente sobre el dolor basal controlado

Por su fisiopatología

- Nociceptivo**
Tiene origen en un daño directo sobre tejidos, generalmente en hueso o músculo. Está bien localizado
- Neuropático**
Provocado como consecuencia directa de la enfermedad o su tratamiento cuando el tumor afecta a nervios, raíces nerviosas, plexos nerviosos, médula espinal o cerebro
- Dolor psicógeno o psico-social**
Dolor complejo en el que interaccionan factores como la ansiedad, la angustia y el miedo

Principales síndromes dolorosos de causa tumoral 66%

- Afectación ósea (metástasis craneal, vertebral, costal, hueso largo)
- Afectación nerviosa (compresión medular, plexopatías, carcinomatosis meníngea)
- Dolor abdominal (compresión gástrica, estreñimiento, dolor hepático, dolor pancreático) dolor pélvico

Principales síndromes dolorosos secundarios al tratamiento 25/30%

- Por radioterapia: mucositis, plexopatías
- Por cirugía: síndrome post-mastectomía, post-toracotomía y miembro fantasma
- Por quimioterapia: neuropatía periférica, mucositis, venopunción dolorosa, extravasación

TRATAMIENTOS DISPONIBLES CONTRA EL DOLOR

- Analgésicos no opioides:** Eficaz en dolor leve o moderado. Pueden combinarse con otros
- Analgésicos opioides:** Se usan solos o combinados en dolor de intensidad leve a moderada
- Medicamentos adyuvantes:** Antidepresivos y anticonvulsivantes, usados para ayudar a los analgésicos
- Técnicas especiales:**
 - Bombas de infusión:** Administración del analgésico de forma continua por vía inyectada. El paciente puede controlar la dosis administrada
 - Bloqueo nervioso:** Se inyecta un anestésico en el nervio o alrededor de la médula espinal
 - Neuroestimulación:** Colocación de electrodos de forma externa o debajo de la piel
- Técnicas no farmacológicas:**
 - Relajación:** Reduce la tensión arterial y relaja los músculos
 - Fisioterapia:** Reduce contracturas y ayuda a controlar el dolor muscular o inflamatorio
 - Apoyo psicológico:** Controla la ansiedad y el estrés

La realidad infravalorada del dolor oncológico

▶ La cronicidad de algunos tumores dispara la necesidad de crear unidades específicas de dolor oncológico, una secuela con la que convive más del 30% de los supervivientes

Raquel Bonilla. MADRID

Aunque la tasa de supervivencia en varones supera en nuestro país el 55%, en mujeres roza casi el 62% y en niños está por encima del 80%, el cáncer supone una de las piedras más complejas que cualquiera puede encontrarse en su camino, sobre todo si aparece en la infancia. El impacto emocional resulta demoledor, mientras que a nivel físico suele aparecer un indeseado compañero que complica aún más el viaje: el dolor.

Según datos de la Sociedad Española del Dolor (SED), la preva-

lencia del sufrimiento relacionado con el cáncer oscila entre el 30% y el 50% en los pacientes en tratamiento y es superior al 80% cuando hay enfermedad avanzada. De hecho, el 33% de quienes reciben tratamiento activo del cáncer metastásico padece un dolor significativo relacionado con el propio tumor y este porcentaje aumenta hasta el 90% en las etapas finales del proceso. Además, casi todos los niños con cáncer experimentan dolor como consecuencia directa de la enfermedad o como efecto secundario. Y va a más, ya que «los casos de cáncer crecen cada año, con más personas que logran superar la enfermedad, pero que mantienen secuelas que provocan males-

tar, lo que convierte al dolor oncológico en una realidad subestimada. La cronicidad de algunos tumores, incluso con metástasis, se va a convertir en un tsunami de pacientes con dolor oncológico que exige un abordaje global, ya que ese sufrimiento es evitable y los pacientes no tienen que resignarse a ver mermada su calidad de vida», advierte Jesús García-Foncillas, presidente de la Fundación ECO y director del Instituto Oncológico «OncoHealth» de Madrid.

Los expertos lo tienen claro. Tener cáncer o haberlo superado no significa asumir que hay que sufrir dolor residual o crónico. La piedra angular para lograrlo son las unidades multidisciplinarias de dolor

oncológico. «Los comités específicos son imprescindibles, aunque en nuestro país no están, ni de lejos, normalizados», lamenta García-Foncillas. Y así lo denuncia también Luz Cánovas, coordinadora del Grupo de Trabajo de Dolor Oncológico de la SED, quien asegura que «en España existen todas las técnicas y tratamientos necesarios para tratarlo de forma adecuada, pero faltan recursos y, sobre todo, conciencia y voluntad. Esto provoca que en nuestro país hasta el 30% de los pacientes con cáncer no reciba tratamiento adecuado y conviva con dolor, algo que es inasumible, pues sabemos que eso impacta en la supervivencia».

El camino a seguir está dibujado, pero faltan muchas líneas por trazar. Es el caso, por ejemplo, de la inclusión de los cuidados paliativos desde las primeras fases de la enfermedad. «Debemos aspirar a hacer cuidados paliativos lo más precoces posibles, porque es un error pensar que solo actuamos para aliviar la agonía final del paciente. Nuestro trabajo mejora la calidad de vida desde el principio, pero esto se hace de manera errática en nuestro país,

pues ni siquiera todos los hospitales tienen cuidados paliativos. De hecho, hay una carencia manifiesta, pues se recomienda tener dos unidades de paliativos por cada 100.000 habitantes y aquí hay 0,6, lo que resulta gravísimo», recuerda Elia Martínez, adjunta en el servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Fuenlabrada y presidenta de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Secpal.

En este sentido, Pedro Pérez, miembro de la Comisión Permanente de la Fundación ECO y jefe de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, insiste en que «el dolor no tiene utilidad, salvo en algunos casos que puede indicar la complicación del cáncer, pero de ninguna manera se debe aceptar. Hay tumores, como el de páncreas o la metástasis en huesos, que hacen que sea difícil reducirlo, pero nuestro trabajo es que el paciente no sufra». Y es que, según añade la presidenta de la Secpal, «si hay dolor se dificulta la adherencia al tratamiento y la carga de la enfermedad sube, porque se come peor, se realiza menos ejercicio, se sociabiliza mal... Por eso, preguntar por el dolor debe ser la primera cuestión en la consulta».

Injustificado miedo a los opioides

▶ Existen tumores especialmente dolorosos, tanto por la ubicación como por el tratamiento. Sin embargo, «resulta injustificado el miedo a usar fármacos como la morfina o los opioides más potentes, ya que hemos desarrollado destrezas y conocimiento suficiente como para manejarlos sin efectos secundarios adversos. Sabemos cómo rotarlos y existe arsenal terapéutico suficiente y muy eficaz para vivir el cáncer sin dolor y con total seguridad, aunque todavía existe reparo y cierto rechazo por parte de algunos pacientes», afirma la presidenta de la Secpal.

Cuando la respuesta a esa pregunta es afirmativa, el engranaje del trabajo multidisciplinar entra en acción con profesionales de la enfermería, la psicología y la fisioterapia, que trabajan en la sombra desde el propio diagnóstico. «Algunos tumores dan la cara con dolor de espalda, de pecho, etc., y si al tratarlo vemos algunas señales que actúan de bandera roja, el fisioterapeuta debe derivar. Una vez tratado el cáncer, trabajamos sobre las secuelas para mejorar la movilidad, reducir las cicatrices o aliviar el dolor con rehabilitación. Además, es fundamental hacer un seguimiento una vez superada la enfermedad. Sin embargo, no hay una buena colaboración entre rehabilitación y oncología y apenas hay fisioterapeutas como sería necesario en los hospitales», explica Raúl Ferrer, vocal del Grupo de Trabajo de Fisioterapia y Dolor de la SED.

Por su parte, el psicooncólogo cumple una función clave en el abordaje del dolor, ya que «el sufrimiento puede generar ansiedad, tristeza, miedo, impotencia, etc., hasta el punto de dejar atrapado al paciente. Le guiamos con empatía a aceptar la enfermedad y, desde ahí, convivir con ello, pues ver el

dolor como un enemigo y focalizarse en él es un error. La terapia, la meditación o las técnicas de relajación ayudan a aliviarlo», aconseja Roberto Álvarez, psicooncólogo de la Secpal, quien reconoce que «cada vez se da mayor peso a la psicooncología, pero todavía son necesarios más profesionales en las unidades específicas».

Y cosiendo todo este trabajo multidisciplinar, la labor de la enfermería resulta crucial, pues «atendemos a las personas desde una perspectiva integral, donde es tan importante la esfera física como la psicoemocional, social y espiritual. La enfermera forma en autocuidado, valora los patrones de salud para identificar problemas y realiza intervenciones de colaboración en la administración de medicación o en otros tratamientos», detalla Manuela Monleón, coordinadora del Grupo de Enfermería de la SED. El arsenal terapéutico y las técnicas no farmacológicas intervencionistas, como la neuroestimulación, los bloqueos, la radioterapia o el uso de bombas de infusión de analgésicos, han mejorado notablemente, lo que lleva a los expertos a insistir en que no hay por qué asumir el cáncer con dolor.

Opinión

Caleidoscopio

Precaución ante aditivos alimentarios

José María Fernández-Rúa

Entre el 30 y el 60 por ciento de la ingesta de energía alimentaria en adultos jóvenes de Europa y Norteamérica tiene su origen en alimentos ultraprocesados. Este alto porcentaje ha encendido la luz roja entre los investigadores de diversos países, que han tomado la decisión de alertar a la sociedad sobre ello.

En base a los resultados de diversos estudios epidemiológicos, esta alerta se traduce para la gran mayoría de las personas en riesgo de aparición de diabetes así como de otros trastornos metabólicos. Es bien sabido que los emulsionantes se encuentran entre los aditivos más utilizados. Se añaden con frecuencia a alimentos procesados y envasados, entre ellos pasteles, galletas y postres industriales, así como en yogures, helados, tabletas de chocolate, panes industriales, margarinas y comidas listas para comer o calentar, con el fin de mejorar su apariencia, sabor y textura y alargar su vida útil. Entre estos emulsionantes se incluyen, por ejemplo, monoglicéridos y diglicéridos de ácidos grasos, carrajeninas, almidones modificados, lecitinas, fosfatos, celulosas, gomas y pectinas.

Ahora, por primera vez en el mundo, un equipo de investigadores franceses ha estudiado durante 14 años (desde 2009 a 2023) las relaciones entre la ingesta dietética de emulsionantes y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La base ha sido un gran estudio de la población general, en el que analizaron datos de un total de 104.139 adultos, con una edad media de 43 años. De esa cifra, el 79% eran mujeres y participaron en el estudio de cohorte «NutriNet-Santés» que difunde la revista científica «The Lancet Diabetes & Endocrinology». La conclusión principal ya se dice líneas arriba.