



CONCEPCIÓN PÉREZ HERNÁNDEZ
JEFA DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO LA PRINCESA Y EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LA ZARZUELA (MÉDICO
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN,
COM MADRID, N° COLEGIADA: 282845922)



CONSENSO MULTIDISCIPLINAR EN LA INFUSIÓN INTRATECAL PARA CANDIDATOS CON DOLOR ONCOLÓGICO

EXPERTOS ESPAÑOLES LANZARON ESTE VERANO UN DOCUMENTO GUÍA PARA AQUELLOS PACIENTES CANDIDATOS A TERAPIA DE INFUSIÓN INTRATECAL IMPLANTABLE EN LOS QUE APARECE DOLOR COMPLEJO O REFRACTARIO ASOCIADO AL CÁNCER.

Uno de cada cinco pacientes con dolor oncológico no responden o no toleran los tratamientos convencionales en primera línea. Para estas personas, queda la opción intervencionista con la administración de la terapia intratecal. Es decir, la administración continua de fármacos y directa en la zona donde aparece el dolor; una opción disponible para quienes tienen algún tipo de cáncer en cualquier momento de la evolución de su enfermedad.

En concreto, explica **Concepción Pérez Hernández**, jefa de la Unidad del Dolor en el Hospital Universitario La Princesa (Madrid) y en el Hospital Universitario de la Zarzuela (Madrid), esta técnica se infunde alrededor del líquido cefalorraquídeo que envuelve la médula y a las raíces nerviosas para que, con poca cantidad de fármaco, la analgesia resulte intensa y, por tanto, efectiva. Además, disminuye los posibles efectos secundarios. *“Es una de las técnicas que más evidencia tienen y que más utilizamos por su versatilidad de poder utilizar en muchos enfermos”*, completa la doctora.

Ella formó parte de un grupo de expertos españoles que publicaron el pasado agosto un documento de consenso para una correcta coordinación entre los distintos profesionales y, también, pacientes que se involucran en su enfermedad. *“Hemos pasado de una medicina paternalista a una medicina donde el paciente entiende perfectamente y es consciente”* de su patología, añade, y por tanto hacía falta sentar unas bases de referencia para una correcta actuación con este colectivo.

El trabajo *Cancer-Related Pain Management in Suitable Intrathecal Therapy Candidates: A Spanish Multidisciplinary Expert Consensus*, publicado en la revista *Current Oncology*, aporta un valor *“diferencial”* en el consenso multidisciplinar que se ha logrado: se involucran oncólogos médicos, radioterapeutas, paliativistas, gestores, médicos de familia, enfermeros, unidades del dolor y pacientes. Esto ha servido para detectar las carencias en cada una de las fases del manejo del dolor y el abordaje del tratamiento.

Un aspecto al que es vital llegar, ya que la mitad (55%) de las personas diagnosticadas con un cáncer siente dolor, según la Organización Mundial de la Salud. Es uno de los síntomas más habituales y uno de los que más impacta en la calidad de vida. Así, en el documento se precisa que los pacientes deben ser derivados a especialistas en dolor cuando el dolor no mejore rápidamente o se prevean efectos secundarios intolerables de la analgesia.

Además, se recomienda crear comités de dolor oncológico multidisciplinarios para evaluar las estrategias del tratamiento de este síntoma en cada paciente, personalizando cada caso para corroborar que son las adecuadas a sus necesidades a lo largo de su evolución. De la misma manera que se debe prestar atención a la salud mental: por eso, concluyen que deberían integrarse profesionales de psicología o bien de psiquiatría, o ambos, en estos equipos. El abordaje integral conlleva que también se aconseje la incorporación al registro sistematizado en la historia clínica de datos referentes a otras comorbilidades, a la evolución del dolor o a otros síntomas asociados.

La medición y monitorización de estos resultados propiciarían acabar con ciertas barreras identificadas por los expertos y orientar a los profesionales sanitarios en una toma de decisiones más eficaz y humanizada, al mejorar la experiencia, el seguimiento y la perspectiva del paciente.

Mejorar la comunicación

Queda aún camino por recorrer en mejorar la comunicación de los profesionales a los pacientes. En este aspecto, Pérez reconoce que a veces caen en el *“error de hablar de una manera muy técnica”* cuando se tiene que poner a la persona una bomba intratecal y puede que este no sabe qué es o no ha entendido el procedimiento que se le va a realizar tanto en el quirófano como en el seguimiento a posteriori.

Por tanto, es necesario *“hacer mucho hincapié en que tanto el paciente como la familia o sus cuidadores”* entiendan *“realmente”* qué es lo que van a hacer los profesionales sanitarios y hasta qué punto eso permitirá *“mejorar el dolor”* e incrementar *“de una manera impresionante”* su calidad de vida, aunque no se consiga abolirlo del todo.

En definitiva, concluye: *“Creo que el paciente tiene que entender, primero, cuáles son sus obligaciones con respecto a un dispositivo de estos; segundo, cuáles son sus beneficios y cuáles los posibles riesgos y cuál va a ser el seguimiento a largo plazo”*. +

LA MITAD (55%) DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON UN CÁNCER SIENDE DOLOR

QUEDA AÚN CAMINO POR RECORRER EN MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES A LOS PACIENTES