

Rev Soc Esp Dolor  
2018; 25(2): 129-131

**Consenso y controversias sobre la definición, evaluación y seguimiento del dolor irruptivo oncológico (DIO): resultados de un estudio Delphi**

DOI: 10.20986/resed.2016.3492/2016

Sr. Director:

La definición de dolor irruptivo oncológico (DIO) es relativamente reciente y ha cambiado en los últimos años sin que haya un consenso unánime en cuanto a los rasgos que lo definen. En la Tabla I se resume cómo ha evolucionado en el tiempo la definición de DIO (1-5).

La aparición de DIO en pacientes con cáncer es muy frecuente y no hay un método validado para su evaluación (6). Tanto la definición como la valoración clínica del DIO influyen en la elección del tratamiento y la evolución del paciente. A pesar de la prevalencia del DIO y de la importancia de su efecto sobre el paciente, muchos expertos consideran que sigue estando infradiagnosticado e infratratado (7).

El Proyecto INES-DIO nació en el año 2014 con el objetivo de profundizar en los elementos de definición de DIO, los procedimientos y escalas de evaluación utilizados en la práctica clínica en España, así como su seguimiento. El proyecto permitió explorar sobre las áreas de consenso y discrepancias, permitiendo elaborar recomendaciones de manejo.

*Metodología y participación.* El estudio se llevó a cabo mediante la metodología DELPHI, que permite obtener una visión colectiva de un grupo de expertos sobre un tema, y es capaz de obtener y depurar los juicios del grupo. La técnica consiste en el envío de cuestionarios sucesivos y anónimos a un grupo de expertos, seleccionados con anterioridad, para tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes (8,9).

El proyecto INES-DIO, en que participaron 90 expertos (28,9 % de Unidades del Dolor, 23,3 % de Oncología Médica, 26,7 % de Unidades de Cuidados Paliativos/Atención Domiciliaria y 21,1 % de Oncología Radioterápica), se realizó en dos fases mediante 2 cuestionarios consecutivos en un soporte online (el cuestionario 2 pretendía reducir la variabilidad en las respuestas del primero y consensuar recomendaciones de manejo del DIO) (10).

*Principales resultados.*

– *Sobre la definición de DIO.* De las 2 definiciones de DIO propuestas, se observó un grado de acuerdo más consistente (6,1) con la propuesta por Escobar y cols.

(11), que incluía el matiz “dolor basal estabilizado y controlado con opioides”, respecto a la propuesta de Davies y cols. (3) en la que el grado de acuerdo se situó en 5,7 y que describe el DIO como “dolor basal estabilizado y adecuadamente controlado con el tratamiento recibido”. Ambos resultados se basan en una escala de Lickert de 1 a 7, donde 1 es “poco importante” y 7 es “muy importante”. Más allá de la definición teórica del DIO, en ambos cuestionarios se pidió que identificaran los factores que determinan el diagnóstico de DIO. Se observó un cambio estadísticamente significativo sobre la importancia del control del dolor oncológico basal, pasando de un 59 % que lo consideraban imprescindible en el primer cuestionario, a un 84 % en el segundo cuestionario (p = 0,0007). Igualmente, el acuerdo es muy consistente en considerar DIO como la existencia de exacerbaciones espontáneas o incidentales de dolor (98,9 % lo considera imprescindible); la duración media del episodio ha de ser ≤ 60 min y la intensidad del dolor ≥ 7 puntos sobre 10. No hubo acuerdo sobre la obligatoriedad de estar tomando analgésicos para el dolor basal (50 % lo considera imprescindible). Para considerar controlado el dolor de base, no se consideró imprescindible que el número de episodios diarios deba ser menor o igual a 4 (10).

– *Respecto a la evaluación y manejo del DIO.* En el primer cuestionario se mostró a los participantes el algoritmo de Davies (Figura 1): el 34 % de los participantes reconoció no utilizarlo, el 38 % por desconocimiento del mismo (10).

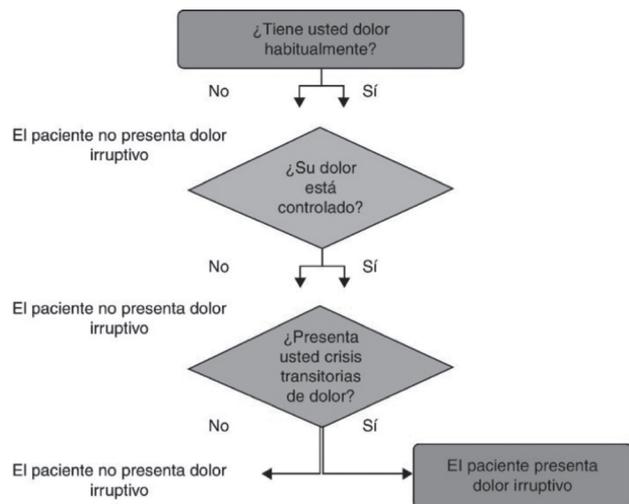


Fig. 1. Algoritmo de Davies (3).

TABLA I  
DEFINICIONES DE DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO (DIO)

Portenoy y cols.	Síndrome doloroso específico que se conoce con el término <i>dolor irruptivo</i> o <i>“breakthrough pain”</i> , y sirve para definir las exacerbaciones transitorias de un dolor oncológico, que se haya bien controlado con la utilización de opioides mayores (1)	1990
Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos	Para considerar que el dolor de base está adecuadamente controlado, algunos autores asumen que la intensidad media debe ser inferior a 4 en una escala verbal numérica (EVN) o visual analógica (EVA) de 0 a 10, y el número máximo de episodios de DIO debe ser de <i>tres al día</i> (2)	2008
Davies y cols.	Exacerbación transitoria del dolor que ocurre, bien espontáneamente o asociada a factores predecibles o no, a pesar de que el <i>dolor basal sea relativamente estable y esté bien controlado</i> (3)	2009
SEOM, SEOR, SECPAL, SED	Exacerbación del <i>dolor de forma súbita y transitoria, de gran intensidad (EVA &gt; 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 min)</i> , que aparece sobre la base de un dolor persistente estable, cuando este se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5) <i>mediante el uso fundamental de opioides mayores</i> (4)	2012
Davies y cols.	Se describió el DIO en una población diversa de pacientes con cáncer, incluyó personas que sufrían hasta <i>24 episodios al día, sin dejar por ello de considerarlos como DIO</i> , y por tanto asumiendo que el <i>dolor de base está adecuadamente controlado</i> (5)	2013

En el segundo cuestionario se reformuló la pregunta, y el 100 % afirmó que pregunta a sus pacientes y recomienda preguntar acerca de los parámetros del algoritmo de Davies, aunque no lo utilice en forma de algoritmo (10).

En la primera fase se preguntó sobre la utilización de herramientas para la evaluación y seguimiento del dolor oncológico, incluyendo el DIO, siendo el “Diario del paciente” la herramienta más utilizada (73,8 %). Los que no lo utilizaban marcaban como principal causa la falta de disponibilidad en su centro de estos materiales (79,2 %). En el segundo cuestionario se valoró qué información debía recogerse en el diario del paciente. Se consideró muy importante (puntuación superior a 5,5 sobre 7) registrar el día y hora de cada episodio, duración e intensidad de la crisis, dosis de rescate administrada, tiempo hasta alivio y grado de alivio, efectos secundarios, así como recoger y redactar información sobre la titulación en el domicilio (10).

El 100 % de los expertos participantes consideró importante recoger la información sobre el DIO en la historia clínica del paciente. Respecto al registro de datos en la historia para caracterizar el DIO, el factor al que se otorgó mayor importancia fue el registro de los fármacos que toma el paciente para el dolor (puntuación media de 6,7 sobre 7), que es también el aspecto que más se pregunta al paciente (89 %). Otros factores considerados importantes fueron: el número de crisis al día o semana, la adheren-

cia al tratamiento para el dolor (ambas con medias de 6,6 sobre 7); la duración (6,4 sobre 7) e intensidad (6,5 sobre 7) de las crisis; la aparición espontánea o desencadenada por alguna actividad (6,5 sobre 7); y la efectividad de los analgésicos (6,4 sobre 7). Hay otros factores que, aun siendo muy importantes para caracterizar el DIO, apenas se tienen en cuenta. Así, poco más del 50 % de los expertos preguntan siempre por la repercusión del dolor en la vida diaria, y únicamente el 43,3 % trata de averiguar de un modo sistemático las estrategias que toma el paciente para aliviar el dolor. El 98 % consideró que la información sobre la medicación para el dolor basal y el irruptivo debería registrarse separadamente en la historia (10).

Por último, se consideró de gran importancia (puntuación media 6,4 sobre 7) elaborar protocolos del manejo del dolor oncológico que tengan en cuenta el DIO, y que incluyan a Atención Primaria (media 6,3/7) y a enfermería (media 6,1/7) (10).

– *Respecto a la elección del tratamiento del DIO.* Se consultó sobre las características que debía reunir el tratamiento ideal para el DIO. Con una puntuación media de 6,6 sobre 7 opinaron que el ideal de tiempo hasta el inicio del efecto analgésico es menor de 15 minutos (97,8 %) y la duración del efecto analgésico entre un máximo de 1 y 2 horas (74,1 %). Se inclinaron por la vía de administración transmucosa oral en un 88,9 % en la primera ola, quedando muy lejos de la recomendación

de utilizar opioides por vía parenteral (valor medio de 3,3) o por vía oral (valor medio de 3) (10).

**Conclusiones.** No existe acuerdo sobre si la definición de DIO debería incluir que el paciente controle el dolor basal con opioides o con otros analgésicos.

- El 84 % de los expertos opinó que no son necesarias menos de 4 crisis diarias para considerar que el paciente presenta DIO.
- La totalidad de los profesionales participantes pregunta y recomienda preguntar acerca del contenido recogido en el algoritmo de Davies para el diagnóstico de DIO.
- El 71 % considera que debe recomendarse el uso de un diario del paciente, facilitando instrucciones sencillas para el paciente o su cuidador. En este diario se ha considerado importante recoger la siguiente información: tiempo hasta el alivio del dolor, el grado de alivio alcanzado, la duración y la intensidad de este, la dosis de tratamiento empleada, los efectos secundarios producidos y el día y hora del episodio del dolor. El 92,2 % de los profesionales recomienda recoger información acerca de la titulación del fármaco en el diario del paciente, para lo cual el paciente debería haber recibido instrucciones adecuadas.
- Los especialistas consideran que sería beneficioso elaborar protocolos de manejo de dolor oncológico que incluyan el DIO y que, a su vez, sean útiles también para los profesionales de Atención Primaria o enfermería, dado que consideran importante la involucración de estos profesionales en el tratamiento y cuidado del paciente con DIO.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**A. Alcántara Montero y A. González Curado**  
*Unidad del Dolor. Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena. Don Benito, Badajoz*

Correspondencia: Antonio Alcántara Montero  
 a.alcantara.montero@hotmail.com

### BIBLIOGRAFÍA

1. Portenoy RK, Forbes K, Lussier D, Hanks G. Difficult pain problems: An integrated approach. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2004. p. 438-58.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica clínica sobre cuidados paliativos. Dosificación de opioides en el Dolor. En: Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos 2008 [consultado el 18 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/es\\_osteba/adjuntos/GPC\\_Paliativos\\_resum.pdf](http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/GPC_Paliativos_resum.pdf)
3. Davies AN, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *Eur J Pain* 2009;13(4):331-8. DOI: 10.1016/j.ejpain.2008.06.014.
4. Consenso sobre dolor irruptivo oncológico (2012) [consultado el 18 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Consenso.docx>
5. Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, Porta-Sales J, Likar R, Weismayr W, et al. Breakthrough cancer pain: An observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Manage* 2013;46(5):619-28. DOI: 10.1016/j.pain-symman.2013.12.009.
6. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Working Group of an IASP Task Force on Cancer Pain. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain-an international survey. *Palliat Med* 2004;18(3):177-83.
7. Ali G, Kopf A. Breakthrough pain, the pain emergency, and incident pain. In: Kopf Andreas, Patel Nilesh B, editors. Guide to pain management in low-resource settings. Seattle: IASP; 2010. p. 277-82.
8. Booberg AL, Morris-Khoo SA. The Delphi method: A review of methodology and an application in the evaluation of a higher education program. *Can J Prog Evaluat* 1992;7:27-39.
9. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32(4):1008-15.
10. Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sánchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol* 2016;18(11):1088-97.
11. Escobar Álvarez Y, Biete i Solá A, Camba Rodríguez M, Gálvez Mateos R, Mañas Rueda A, Rodríguez Sánchez CA, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. *Rev Soc Esp Dolor* 2014;20(2):97-105.2016;18(11):1088-97.