

Estudio Opinaudit: usos clínicos en dolor irruptivo, ¿se sigue la evidencia científica?

J. Carceller Ruiz¹, J. Guitart Vela², D. Monge Martín³ y F. Caballero Martínez³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ²Hospital Plató Barcelona Healthcare.

³Grado de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Vitoria. Madrid

Carceller Ruiz J, Guitart Vela J, Monge Martín D y Caballero Martínez F. Estudio opinaudit: usos clínicos en dolor irruptivo, ¿se sigue la evidencia científica? Rev Soc Esp Dolor 2018;25(6):325-334.

ABSTRACT

Introduction: Breakthrough pain (BTP) is a common health problem, badly known and poorly treated in spite of the advancement in its treatment. Guidelines have been published recently by Scientific Societies involved in their management in order to improve the diagnosis and treatment.

Objectives: To know the degree of knowledge and professional agreement with Scientific Societies recommendations, the auto perception in the follow-up and the real follow-up by doctors in their outpatient clinics.

Materials and methods: A descriptive study from professionals' opinions that were recorded in an electronic survey at two sequential times. A self-audit of clinical habits was performed between them. Professionals evaluated the level of agreement and the application of 12 recommendations from the guidelines in five patients with BTP in their outpatient clinics.

Results: A total of 202 doctors from breakthrough pain units and palliative care participated in the study, at a national level; the mean of professional experience was 11.9 years. Mean age was 47.9 years and 45 % were women. Recommendations' document was known by 86.6 %. Recommendations with lower degree of agreement or considered less followed-up by professionals were: 1. Recommendation related to the patient's follow-up during medication titration process: 78.7 % and 18.3 % of surveyed were totally or partially agree with it while 59.4 % always applied it. 2. Recommendation related to prevention of opioid side effects from the beginning of the treatment: 56.4

% and 18.8 % of surveyed were totally or partially agree with it while 66.3 % always applied it. 3. Recommendation related to the need of the patient of receiving opioids for baseline pain: 76.7 % and 35.6 % of surveyed were totally or partially agree with it while 66.8 % always applied it.

After clinical records self-audit, recommendations regarding patients' follow-up and prevention of side effects were not applied between 15 and 20 % of the times, in line to previous perceptions from specialists. However, recommendation related to the use of opioids for baseline pain disclosed a lower breach (7 %) than perceived (33.2 %).

Conclusions: Professionals from Pain Units and Palliative Care Units have a realistic and accurate perception of the quality of their job in patients with breakthrough pain as well as the improvement areas in their daily job regarding the follow-up and application of recommendations based in scientific evidence.

Key words: Breakthrough pain, recommendations, survey, quality health care, variability.

RESUMEN

Introducción: El dolor irruptivo oncológico (DIO) es un problema de salud frecuente, mal conocido e incorrectamente tratado a pesar de los avances en su tratamiento. Las sociedades científicas implicadas en su manejo han publicado recientemente recomendaciones para la optimización de su diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: Conocer el grado de conocimiento y de acuerdo de los profesionales con las recomendaciones de las sociedades científicas, la autopercepción del seguimiento de las mismas por los médicos y su seguimiento real en la clínica.

Material y métodos: Estudio descriptivo de las opiniones de los profesionales recogidas en un cuestionario electrónico en dos

momentos secuenciales entre los que intermedió una autovaloración (*self-audit*) de hábitos clínicos. Los profesionales evaluaron el grado de acuerdo y la aplicación de 12 recomendaciones de las guías en cinco pacientes con DIO en seguimiento en consulta.

Resultados: En el estudio participaron 202 médicos de unidades del dolor y cuidados paliativos de ámbito nacional con una media de 11,9 años de experiencia laboral. La edad media fue 47,9 años y el 45 % fueron mujeres. El 86,6 % conocía el documento de recomendaciones.

Las recomendaciones que alcanzaban menor grado de acuerdo o se percibían como menos aplicadas por los profesionales fueron: 1. La recomendación relacionada con el seguimiento del paciente durante la titulación del tratamiento: el 78,7 % y el 18,3 % de los encuestados mostraron un acuerdo pleno o parcial con la misma y el 59,4 % la aplicaba casi siempre. 2. La recomendación sobre la prevención de efectos secundarios del tratamiento con opioides desde el inicio: el 76,7 % y el 18,8 % mostraron acuerdo pleno o parcial, el 66,3 % la aplicaba casi siempre. 3. La recomendación sobre la necesidad de que el paciente esté recibiendo opioides para el tratamiento del dolor basal: el 56,4 % y el 35,6 % mostraron acuerdo pleno o parcial, el 66,8 % la aplicaba casi siempre.

Tras el *self-audit* de historias clínicas, las recomendaciones sobre el seguimiento de los pacientes y la prevención de efectos secundarios no se aplicaban en el 15 y 20 % de las ocasiones, en línea con las percepciones previas de los especialistas. Sin embargo, la recomendación sobre la utilización previa de opioides para el dolor basal reveló un incumplimiento menor (7 % al percibido (33,2 %).

Conclusiones: Los profesionales de Unidades del Dolor y de Unidades de Cuidados Paliativos tienen una percepción realista y precisa de la calidad de su trabajo en los pacientes con dolor irruptivo, así como de los aspectos mejorables de su práctica clínica diaria en relación con el seguimiento y la aplicación de las recomendaciones basadas en la evidencia científica.

Palabras clave: Dolor irruptivo, recomendaciones, encuesta, calidad asistencial, variabilidad.

INTRODUCCIÓN

El dolor irruptivo oncológico (DIO) se define como una exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y moderada a elevada intensidad, que sufre el paciente con cáncer cuando este presenta un dolor basal estabilizado y controlado con opioides. El DIO es un problema frecuente en pacientes oncológicos y se asocia a una morbilidad significativa (1). Los datos de prevalencia son imprecisos porque no se ha llegado a un consenso definitivo en su definición, pero algunos estudios estiman que puede estar presente en entre un 23 y un 93 % de los pacientes oncológicos (2). A pesar de su alta prevalencia y de los importantes avances producidos en su tratamiento, el DIO todavía es un problema clínico mal conocido, poco investigado y tratado frecuentemente de manera incorrecta (1).

Con el fin de paliar posibles déficits en el manejo del DIO, representantes destacados de la Sociedad Española

de Cuidados Paliativos (SECPAL), la Sociedad Española del Dolor (SED), la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) difundieron en 2013 un documento de recomendaciones multiprofesional en el que se consensuaba la definición del DIO y se daban recomendaciones para la optimización de su diagnóstico y tratamiento (1).

El grado de acuerdo y seguimiento de estas recomendaciones en la práctica clínica real por parte de los médicos especialistas que trabajan en unidades de dolor (UUDD) y en unidades de cuidados paliativos (UCP) no ha sido investigado en profundidad. El objetivo de este estudio ha sido conocer el grado de conocimiento y de acuerdo que tienen los profesionales implicados en el manejo del DIO con de las recomendaciones de las sociedades científicas (SSCC). Además, se ha evaluado la percepción que tienen los médicos del seguimiento que hacen de las mismas y su seguimiento real en la práctica clínica. Para ello se recogieron las opiniones de los profesionales por medio de dos encuestas. Entre la cumplimentación de los dos cuestionarios cada médico realizó una autovaloración de hábitos clínicos (*self-audit*) en la que evaluó en pacientes propios con DIO, si había seguido las recomendaciones que aparecen consensuadas en las guías de manejo del DIO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico entre abril y diciembre de 2016. Se recogieron las opiniones de profesionales en dos momentos secuenciales entre los que intermedió una experiencia personal de autovaloración retrospectiva de hábitos clínicos previos de su práctica clínica (*self-audit*) (Figura 1).

Antes de comenzar el periodo de campo, el promotor presentó el protocolo del estudio, junto con todo el material de trabajo que usaron los investigadores, al CEI de Santiago-Lugo para su evaluación, siendo la resolución de este favorable.

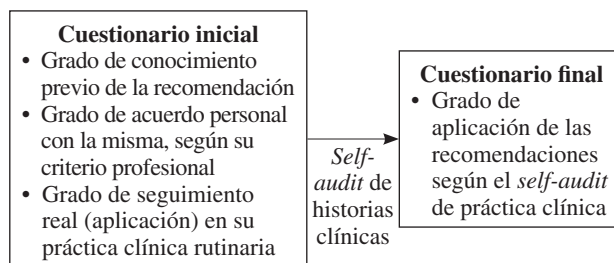


Fig. 1. Esquema del estudio.

Población de estudio

Se reclutaron médicos que trabajaban manejando pacientes con DIO en UDD y en UCP distribuidos proporcionalmente en las distintas comunidades autónomas. Los profesionales se comprometieron a analizar la información de 5 casos propios con DIO mediante la revisión de la historia clínica (HC) de los 5 últimos pacientes atendidos personalmente en su consulta que cumplían los criterios de elegibilidad del estudio. Analizaron el seguimiento de 12 de las recomendaciones de consenso de las guías de manejo del DIO promovidas por las SSCC (1).

Muestra de estudio

Se reunió información de 905 HC para garantizar precisión suficiente en las estimaciones descriptivas de los resultados centrales del estudio (porcentaje de pacientes con un seguimiento adecuado de las recomendaciones expertas). Este tamaño muestral permite estimar los resultados categóricos dicotómicos con un error máximo de $\pm 3,3\%$, para un nivel de confianza del 95 % y suponiendo el resultado más desfavorable ($p = q = 0,5$) de una distribución binomial. El número de HC asegura la precisión de los resultados incluso si estos se desagregan y analizan por factores de interés específicos como especialidad, zona geográfica u otras.

Los criterios para considerar una HC auditable fueron: HC de pacientes diagnosticados y atendidos por episodios de DIO y constatado en los registros clínicos de morbilidad del servicio y HC de pacientes en seguimiento clínico habitual por el profesional que tiene autorizado el acceso a ese registro. Se excluyeron posibles casos de pacientes reclutados para seguimiento en un ensayo clínico relacionado con su cuadro doloroso u oncológico en el último año.

Los investigadores seleccionaron las HC de los últimos cinco pacientes atendidos por DIO con anterioridad a la fecha de inicio del estudio.

Desarrollo del proyecto

El estudio se efectuó mediante dos cuestionarios descriptivos de opinión, vehiculados por cuestionarios electrónicos estructurados y autoadministrados. En el periodo entre los dos cuestionarios, cada participante realizó, confidencialmente y para su estricto conocimiento personal, un *self-audit* de su práctica habitual (Figura 1). El análisis de la información fue retrospectivo (*chart-review*), es decir, disponible en la HC pero generado con anterioridad al inicio del estudio. El cuestionario final (opinión descriptiva de su práctica real) se realizó al finalizar el *self-audit*. Los cuestionarios de inicio y cierre recogieron opiniones perso-

nales de los profesionales y/o descripciones autovalorativas de sus hábitos clínicos. No se registró ni analizó ningún dato relacionado con la identidad de pacientes.

Instrumentación del estudio

El cuestionario inicial consistió en un formulario anónimo y confidencial de recogida de la percepción personal y subjetiva de los profesionales relacionada con el grado de seguimiento (conocimiento, aceptación y aplicación) de una lista de 12 recomendaciones de buenas prácticas sobre el manejo del DIO seleccionadas de las recomendaciones consensuadas por las SSCC (1) (Tabla I). A continuación se estableció un periodo temporal limitado en el que se invitó a los participantes a implicarse en una revisión sistemática del grado de aplicación de dichas recomendaciones a partir de los datos registrados en las HC de sus pacientes. Los médicos recogieron el grado de adherencia a las recomendaciones en las HC de los casos analizados. Se ofreció al médico un recordatorio (*chek list*) con una síntesis de las principales recomendaciones procedentes del consenso experto de referencia para estandarizar y optimizar el rigor en la revisión de historias clínicas. Finalmente se distribuyó un formulario final donde se valoró de forma agrupada los resultados del *self-audit* de forma anónima y confidencial. El formulario recogió la opinión del grado de aplicación real de las recomendaciones.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los requerimientos éticos de la declaración de Helsinki, revisión de Escocia (octubre 2000) para la investigación con seres humanos. Aunque el proyecto solo recoge opiniones y juicios profesionales se sometió a la aprobación por un Comité Ético de Investigación Clínica independiente (Comité Ético de Investigación de Santiago-Lugo) de acuerdo con las normas internacionales relativas a la realización de estudios epidemiológicos recogidas en las *International Guide lines for Ethical Review of Epidemiological Studies* y las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) sobre aspectos éticos de la investigación epidemiológica.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables del primer cuestionario determinaron el conocimiento de cada una de las 12 recomendaciones, el grado de acuerdo con las mismas y su frecuencia de aplicación en la práctica habitual. Para el grado de acuerdo se utilizó una escala *likert* de 5 puntos desde “1: desacuerdo pleno” a “5: acuerdo pleno”. La frecuencia de aplicación se cuantificó en cuatro intervalos, “> 75 %”, “75-50 %”, “49-25 %” y “< 25 %”. El cuestionario final recogió el perfil clínico de los 5 casos de DIO (etiología, fisiopatolo-

RECOMENDACIONES SELECCIONADAS PARA LA EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DIO (EXTRAÍDAS DE ESCOBAR Y COLS.)

N.º de recomendación	Aspectos incluidos en la recomendación	Recomendación
1	Contenido de la anamnesis para valorar el DIO	Se recomienda, como mínimo, incluir: número de episodios, variedad fisiopatológica (nociceptivo, neuropático o mixto), características del dolor (tiempo de inicio, duración, intensidad, frecuencia, localización e irradiación), factores desencadenantes y calmantes, medicación utilizada hasta ese momento. Las evaluaciones deben realizarse siempre antes del inicio del tratamiento y posteriormente a intervalos frecuentes hasta lograr un adecuado control del dolor
2	Diagnóstico diferencial del DIO. Uso del algoritmo de Davies	La anamnesis inicial del paciente debe incluir un diagnóstico diferencial de su dolor, a través del algoritmo de Davies, a fin de determinar si el paciente presenta o no DIO
3	Tratamiento específico del DIO	El tratamiento analgésico del DIO es específico y no sustituye al tratamiento del dolor basal; se deben prescribir opioides para el DIO como complemento al tratamiento con opioides utilizado para controlar el dolor basal
4	Tratamiento integral del DIO	El tratamiento del paciente con DIO debe ser integral, englobando la prevención y medidas terapéuticas analgésicas (opioides) y coanalgésicas (anticomiales y/o antidepresivos), tanto farmacológicas, como no farmacológicas. La coanalgesia puede ayudar a mejorar control de dolor y disminuir dosis de opioides
5	Prevención de los efectos secundarios del tratamiento	El tratamiento analgésico del DIO con opioides debe ir acompañado, desde el inicio, de un tratamiento para la prevención de sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, estreñimiento); si no es posible realizar una prevención de los mismos el objetivo de la terapia será minimizarlos
6	Utilización previa de opioides para el dolor basal	Los opioides mayores son el tratamiento recomendado para el DIO, pero es imprescindible que el paciente esté recibiendo también opioides para el tratamiento del dolor basal (tolerancia)
7	Uso de fentanilo, independientemente del analgésico de base	El fentanilo, al presentar una elevada potencia analgésica y alta lipofilia, es el principio activo que mejor se ajusta a las necesidades analgésicas del dolor irruptivo, con independencia del opioide mayor utilizado para el control del dolor basal
8	Selección de presentación/vía de administración de los ROO como fármacos de elección	Los ROO son los fármacos de elección para el tratamiento del DIO debido a sus características farmacocinéticas y al rápido inicio de acción, muy especialmente en el dolor idiopático o espontáneo. La selección de una u otra presentación y vía de utilización (oral, sublingual o nasal) dependerá, especialmente, de la situación clínica y preferencias del paciente
9	Titulación de dosis de los ROO	Hay que titular siempre la dosis del fármaco usado para el DIO (igual que se titula para el dolor basal), ya que no se dispone de una equivalencia entre la dosis de LAO y de ROO. Se recomienda empezar con la menor dosis disponible del fármaco e ir escalando dosis a intervalos horarios, hasta encontrar la mínima dosis eficaz

(Continúa en la página siguiente)

RECOMENDACIONES SELECCIONADAS PARA LA EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DIO (EXTRAÍDAS DE ESCOBAR Y COLS.)
 TABLA I (CONT.).

N.º de recomendación	Aspectos incluidos en la recomendación	Recomendación
10	Seguimiento del paciente	El dolor es un síntoma cambiante y evolutivo y, por ello, su tratamiento debe ser dinámico. Es preciso realizar un seguimiento del paciente durante la fase de titulación del fármaco, cuyo objetivo es evaluar la eficacia y la tolerabilidad del tratamiento analgésico, así como conocer cualquier cambio en la naturaleza del DIO. Se recomienda una primera evaluación antes de transcurridas 72 h desde el inicio del tratamiento; en caso de considerarse necesario se debe modificar la dosis hasta lograr el adecuado control del dolor. Es conveniente que el paciente anote en su hoja de prescripciones –tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario– la dosis, el intervalo y el número máximo de dosis diarias del fármaco administradas
11	Educación sanitaria del paciente/familia sobre el dolor y su manejo	Una parte del éxito del tratamiento del DIO se basa en la educación sanitaria que se logra transmitir al paciente y a su entorno acerca del dolor y su manejo, puesto que mejora el cumplimiento terapéutico y minimiza o previene los posibles efectos adversos. El especialista debe destacar la importancia de la administración precoz del tratamiento durante el episodio
12	Recogida de la estrategia terapéutica en la historia clínica	La estrategia terapéutica del DIO (incluidas la co-analgésia, la radioterapia, la rehabilitación, etc.) debe constar en la historia clínica y en el informe del paciente

DIO: dolor irruptivo oncológico. ROO: opioides de liberación inmediata. LAC: opioides de liberación controlada.

gía, desencadenante, velocidad de instauración, frecuencia, duración e intensidad) y un juicio sintético del profesional de la aplicación de cada una de las 12 recomendaciones.

Análisis estadístico

La descripción de las variables cuantitativas se efectuó mediante medidas de centralización y dispersión (media y desviación típica), empleando como estimador la mediana e indicadores de posición (cuartiles e intercuartiles) en los casos de dispersión amplia o atípica de los datos. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias relativas (%) y representaciones gráficas apropiadas. La comparación entre variables cuantitativas se efectuó mediante la prueba de la t de Student o U de Mann Whitney cuando las submuestras así lo exigieron. Se utilizó el análisis de la varianza (o prueba de Kruskal-Wallis) en las comparaciones múltiples. Para la evaluación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. Los datos se analizaron con la versión 21.0 del paquete integrado SPSS-W por el personal de la unidad de Consultoría e Investigación en Salud de la Universidad Francisco de Vitoria.

RESULTADOS

En el estudio participaron un total de 202 médicos especialistas y se revisaron 905 historias de pacientes con DIO (90,5 % del total previsto). Un 45 % de los profesionales fueron mujeres. La edad media fue de 47,9 años (IC 95 %: 46,7-49,05) con un mínimo de 33 y un máximo de 67 años. Los profesionales trabajaban en el sector público en un 83,7 %, en el privado en un 2,5 %, y un 13,9 % de las ocasiones compatibilizaba la actividad pública con la privada. Un 51,5 % de los especialistas trabajaba en UDD (n = 104) y el 48,5 % en UCP (n = 98). La distribución de especialidades fue la siguiente: 47 % de anestesiólogos, 27,7 % de médicos de familia, 13,9 % de especialistas en medicina interna y 11,4 % de otras especialidades. La experiencia profesional osciló entre 1 y 30 años, con una media de 11,9 años (IC 95 %: 10,8-12,9) y una mediana de 10,5 años. Según los datos aportados por los propios profesionales, cada médico de las UDD atendía una media de 8,8 pacientes con DIO a la semana, y cada médico de las UCP atendía una media de 15,2 pacientes con DIO por semana (p < 0,01).

El 86,6 % (n = 175) de los profesionales habían oído hablar del documento “Recomendaciones de consenso para el diagnóstico y tratamiento del DIO” (1) y, de ellos, el 55 % (n = 97) lo había leído por completo. El grado de conocimiento de cada una de las recomendaciones fue mayor al 90 % en todos los casos, oscilando entre el 90,6 % para

la recomendación 2 (diagnóstico diferencial) y el 100 % para la recomendación 3 (tratamiento específico del DIO) (Figura 2).

El grado de acuerdo de los especialistas con las recomendaciones fue muy elevado para todas ellas (Figura 3). La recomendación 6 sobre *la utilización previa de opioides*

des para el dolor basal fue la recomendación que menos aceptación obtuvo (56,4 % de acuerdo pleno y 35,6 % de acuerdo parcial), seguida de la recomendación 2 sobre *el diagnóstico diferencial del DIO y uso del algoritmo de Davies* (72,3 % de acuerdo pleno y 26,7 % de acuerdo parcial) y la recomendación 10 sobre *el seguimiento del*

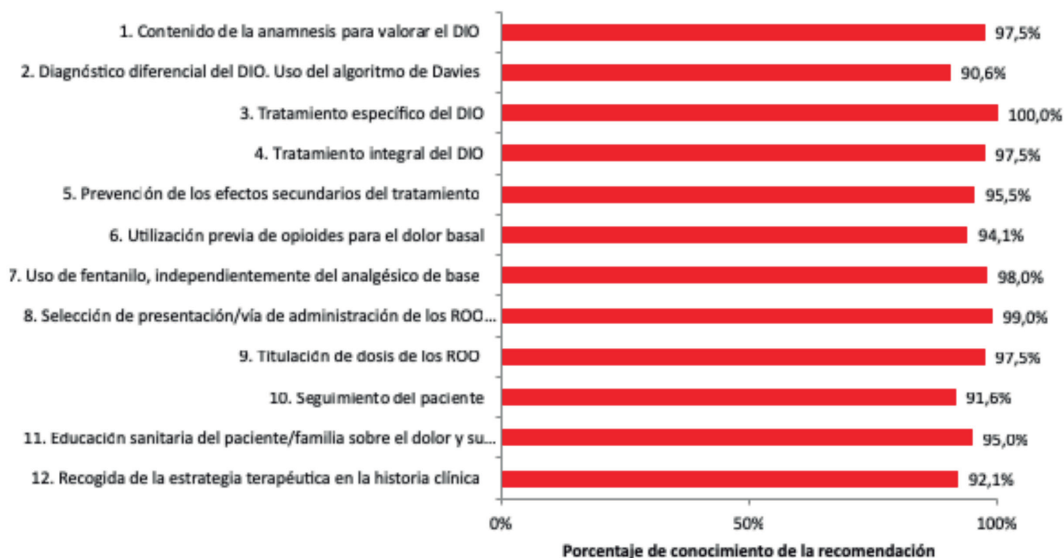
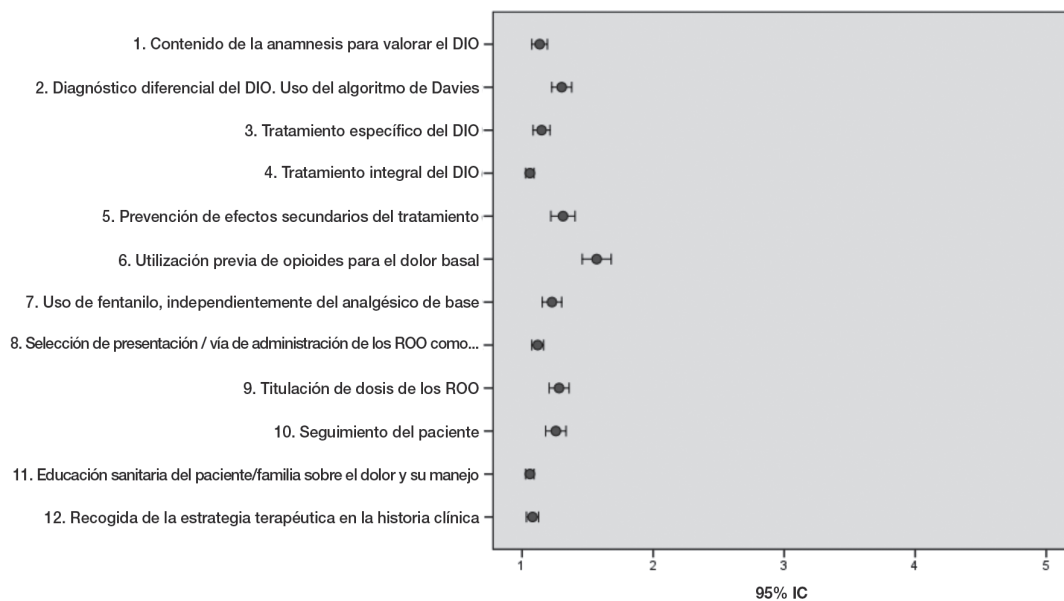


Fig. 2. Grado de conocimiento de las recomendaciones por parte de los especialistas.



1: acuerdo pleno. 2: acuerdo parcial. 3: no tengo opinión clara. 4: desacuerdo parcial. 5: desacuerdo pleno.

Fig. 3. Grado de acuerdo de los especialistas con las recomendaciones de manejo del DIO (media, IC95 %).

paciente (78,7 % de acuerdo pleno y 18,3 % de acuerdo parcial).

Antes de la revisión de historias clínicas, todos los médicos consideraron que aplicaban cada una de las recomendaciones de las guías “casi siempre” (entre el 75 y el 100 % de las veces) o “habitualmente” (entre el 50 y el 75 % de las veces), aunque con diferencias apreciables entre los ítems (Figura 4). Las recomendaciones que menos frecuencia de aplicación obtuvieron fueron la recomendación 10 (seguimiento del paciente), donde el 59,4 % de los médicos manifestaba aplicarla “casi siempre”, y las recomendaciones 5 (prevención de efectos secundarios) y 6 (utilización previa de opioides para el dolor basal), donde el 66,3 y el 66,8 % de los participantes reconocieron que las aplicaban “casi siempre”.

Se analizó si el lugar de trabajo (UCP o UUDD) podía influir en las opiniones de los facultativos. Se encontraron diferencias significativas en la percepción de la aplicación de las recomendaciones en los ítems 10 (seguimiento del paciente), 5 (prevención de efectos secundarios del tratamiento) y 11 (educación sanitaria del paciente/familia sobre el dolor y su manejo). Para las tres recomendaciones, los profesionales que trabajaban en UUDD manifestaron que aplicaban dichas cuestiones con menor frecuencia que los que trabajaban en UCP ($p = 0,001$ en los tres ítems señalados) (Figura 5).

Los pacientes revisados en el estudio durante la evaluación de la HC por parte del propio médico (*self-audit*) tenían una media de 3,1 (IC95 % = 2,9-3,2) y una mediana de tres episodios de DIO al día (rango 1-6). El 69 % (627) de los casos fueron pacientes de origen tumoral. La intensidad del episodio fue catalogada como “moderada” en el 22,5 % de

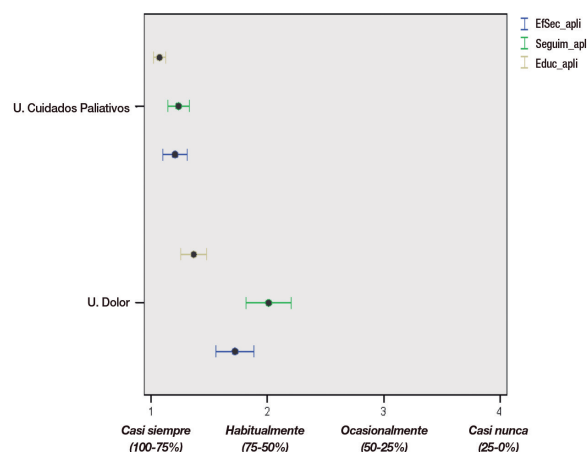


Fig. 5. Grado percibido de aplicación de las recomendaciones de según el lugar de trabajo antes de la autoevaluación de las historias clínicas (*self-audit*).

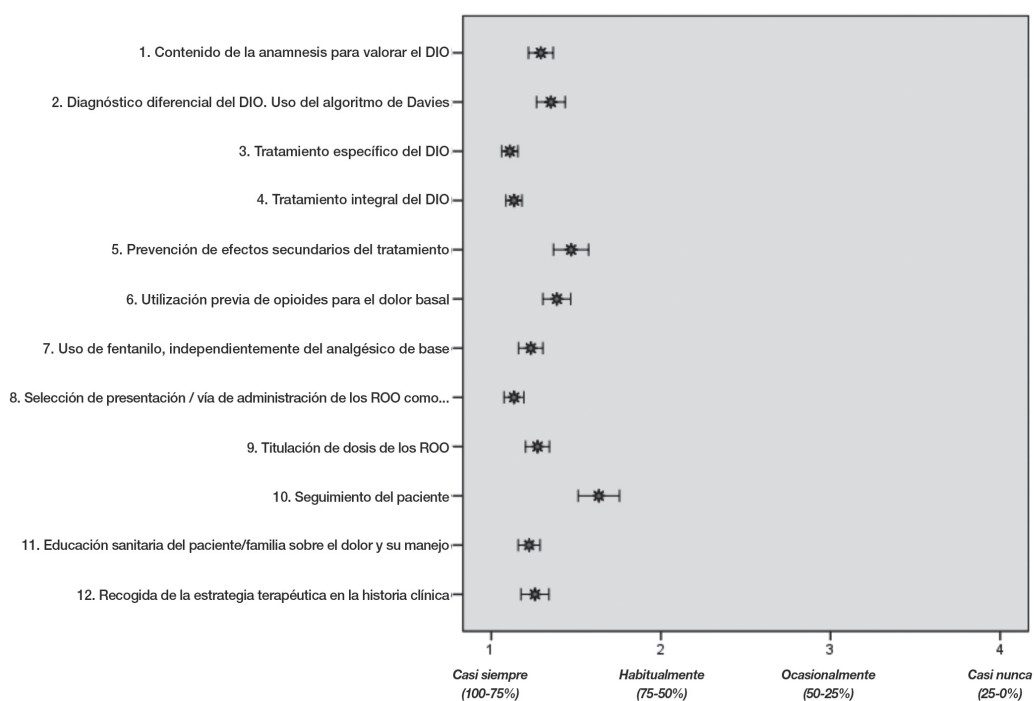


Fig. 4. Grado de aplicación de las recomendaciones de manejo del DIO percibida por los especialistas antes de la evaluación de la historias clínicas (*self-audit*).

los casos, “elevada” en el 53 % e “insoportable” en el 22,5 % de los casos. El tiempo medio que se tardaba en llegar al pico de máximo dolor se situó en 5,5 minutos, la mediana fue de 4 minutos con un rango comprendido entre los 0 segundos y 44 minutos. Respecto a la fisiopatología del dolor, el 33 % de los casos tuvieron un origen nociceptivo, el 16 % un origen neuropático y el 51 % un origen mixto.

Tras la revisión de las HC, las recomendaciones con menor nivel de aplicación en la práctica real fueron la recomendación 5 sobre *la prevención de los efectos secundarios del tratamiento*, no aplicada, en promedio, en el 15 % de las ocasiones, y la recomendación 10 sobre *el seguimiento del paciente*, con un 18,5 % de los casos en donde no se constató su aplicación (Figura 6).

DISCUSIÓN

El DIO es un problema muy frecuente en pacientes oncológicos (1). Estudios europeos estiman que lo podrían sufrir entre el 23 y el 93 % de los pacientes oncológicos (2). En España, en 2002, este tipo de dolor se encontró en un 41 % de los pacientes oncológicos atendidos en cuidados paliativos (3). En un estudio más reciente se describió una prevalencia del 90 % de pacientes oncológicos (4). Las alteraciones emocionales y del sueño, junto con la limitación de funciones superiores, tales como la capacidad de concentración y de pensamiento, producen un deterioro de la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes con DIO. Además, impiden el normal desempeño de

las actividades cotidianas y laborales e interfieren con las relaciones personales (5-8).

El diagnóstico de las causas que provocan el DIO y la evaluación de las características de su aparición en la práctica diaria son a menudo deficientes, y como consecuencia su tratamiento en muchas ocasiones puede ser inadecuado (2,4,9,10). Sin embargo, el diagnóstico y la evaluación del DIO no son complejos si se mantiene un índice de sospecha alto y se realiza una anamnesis precisa para realizar un correcto diagnóstico diferencial (11-14). Además, las posibilidades terapéuticas han mejorado en los últimos años con la aparición de presentaciones de fentanilo administradas a través de las mucosas, las cuales se ajustan con precisión a las necesidades de alivio inmediato del cuadro (15). Pese a ello, hay evidencias de que un número elevado de episodios de DIO no se detectan correctamente o se tratan de manera inapropiada e insuficiente con fármacos no selectivos ni recomendados según el conocimiento científico disponible (1). También, algunos médicos y pacientes pueden tener temores injustificados respecto al uso de opioides en este contexto, lo que puede llevar a un tratamiento insuficiente (16). Esta situación tiene importantes repercusiones en la calidad de vida del paciente y en el gasto sanitario (17).

Nuestro estudio pone de manifiesto que los profesionales que se dedican a la atención de los pacientes con DIO conocen las recomendaciones para su manejo óptimo y que el grado de acuerdo con ellas es muy elevado. Los cuestionarios fueron respondidos por médicos, en su mayoría de la sanidad pública, con un promedio de 12 años de experiencia laboral y un alto volumen de pacientes con



Fig. 6. Frecuencia de no aplicación de las recomendaciones por parte de los especialistas tras la autoevaluación de las historias clínicas (*self-audit*).

DIO en sus consultas, lo que puede explicar el alto grado de conocimiento y seguimiento de las recomendaciones y, además, refuerza el papel de estas directrices elaboradas por las SSCC implicadas en el manejo del DIO.

No obstante, es importante señalar las dos recomendaciones que alcanzaron un menor grado de acuerdo *a priori*, antes de realizar la evaluación de las HC o *self-audit*. Estas dos recomendaciones con menor acuerdo fueron la recomendación 6 sobre *la utilización previa de opioides para el dolor basal*, que solo obtuvo un acuerdo pleno del 56 %, y la recomendación 2 sobre *el diagnóstico diferencial del DIO y uso del algoritmo de Davies*, que obtuvo un 72,3 % de aceptación plena.

En la misma línea, la percepción general de los especialistas es que la mayoría de las recomendaciones se aplican siempre o casi siempre, pero hay que destacar tres recomendaciones que se percibe que se aplican con menor frecuencia. Estas recomendaciones son la 10 sobre *el seguimiento del paciente* (solo el 59,4 % de los médicos manifestaron aplicarla “casi siempre”), la recomendación 5 sobre *la prevención de los efectos secundarios del tratamiento* (66,3 % la aplican “casi siempre”), y de nuevo, la recomendación 6 sobre *la utilización previa de opioides para el dolor basal* (solo el 66,8 % referían aplicarla “casi siempre”).

Uniendo las recomendaciones con menor grado de acuerdo y las que se perciben como menos aplicadas destaca la recomendación 6 sobre *la utilización previa de opioides para el dolor basal* como una de las que alcanza menor acuerdo y se percibe que se aplica menos.

En futuras ediciones de las directrices de manejo del DIO sería interesante reelaborar las recomendaciones menos aceptadas o menos aplicadas, que versan sobre el diagnóstico diferencial, el tratamiento basal del dolor o de los efectos secundarios, y el seguimiento del DIO, para obtener el máximo consenso de los especialistas. También se han encontrado diferencias en la aplicación de las recomendaciones entre especialistas que trabajan en UDD y en UCP, lo que podría ser un aspecto a tener en cuenta en el futuro para adaptar las recomendaciones al ámbito de actuación de los profesionales.

Tras la autoevaluación de las HC, las recomendaciones menos aplicadas en la clínica real fueron la 5 sobre *la prevención de los efectos secundarios del tratamiento*, y la 10 sobre *el seguimiento del paciente*. En ambos casos, los déficits asistenciales descritos coinciden con la percepción previa de los médicos. Sin embargo, respecto a la recomendación 6 sobre *la utilización de opioides para controlar el dolor basal*, el análisis de la práctica real reveló un incumplimiento significativamente inferior (solo en el 7 % de los casos) al esperable, de acuerdo con la autopercepción previa de los profesionales (el 33,7 % de los médicos había declarado no aplicarla de forma sistemática).

El presente trabajo tiene algunas limitaciones, como son las propias de las de las encuestas y formularios realizados

electrónicamente, entre las que destaca la dificultad para aclarar o matizar las opiniones individuales de los participantes (18,19). Asimismo, las opiniones aportadas por los participantes pueden no reflejar necesariamente la opinión mayoritaria de los profesionales de todo el territorio, que pueden incluir médicos con menor experiencia laboral o menor volumen de pacientes con DIO.

En resumen, los profesionales de UDD y de UCP conocen, apoyan y aplican en su mayoría las recomendaciones de las SSCC sobre el manejo del DIO. Además tienen una percepción realista y precisa de la calidad de su trabajo, así como de los aspectos mejorables de su práctica diaria en relación a las recomendaciones basadas en la evidencia científica. En futuras actualizaciones de las guías del manejo del DIO se pueden reformular y afinar las recomendaciones menos aceptadas o implementadas, con el fin de alcanzar un acuerdo más amplio entre profesionales de distintos ámbitos de trabajo. La difusión y aplicación de las recomendaciones puede mejorar los resultados clínicos del manejo del DIO, racionalizando la toma de decisiones clínicas y reduciendo la variabilidad injustificada de hábitos mediante un correcto diagnóstico, seguimiento y tratamiento del DIO.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Kyowa Kirin Farmacéutica S.L.U.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Kyowa Kirin Farmacéutica S.L.U. su colaboración en la financiación del proyecto.

Agradecemos a la Dra. Teresa Sánchez-Sagrado y al Dr. Pablo Rivas el soporte editorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escobar Álvarez Y, Biete i Solà A, Camba Rodríguez M, Gálvez Mateos R, Mañas Rueda A, Rodríguez Sánchez CA. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. *Rev Soc Esp Dolor* 2013;20(2):61-8. DOI: 10.4321/S1134-80462013000200005.
2. Breivik H, Cherny N, Collett B, de Conno F, Filbet M, Foubert AJ, et al. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol* 2009;20(8):1420-33. DOI: 10.1093/annonc/mdp001.
3. Gómes-Batiste X, Madrid F, Moreno F, Gracia A, Trelis J, Nadal M, et al. Breakthrough cancer pain: Prevalence and Characteristics in Patients in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage* 2002;24(1):45-52.
4. Mercadante S, Zagonel V, Breda E, Arcara C, Gebbia V, Porzio G, et al. Breakthrough pain in oncology: a longitudinal

- study. *J Pain Symptom Manage* 2010;40(2):183-90. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.01.010.
5. Fortner B V, Okon TA, Portenoy RK. A survey of pain-related hospitalizations, emergency department visits, and physician office visits reported by cancer patients with and without history of breakthrough pain. *J Pain* 2002;3(1):38-44.
 6. Abernethy AP, Wheeler JL, Fortner B V. A health economic model of breakthrough pain. *Am J Manag Care* 2008;14(Suppl. 4):129-40.
 7. Porta-Sales J, Garzón Rodríguez C, Julià Torras J, Casals Merchán M. Dolor irruptivo en cáncer. *Med Clin (Barc)* 2010;135(6):280-5.
 8. Porta-Sales J, Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A, Madrid-Juan F, Espinosa-Rojas J TN j. WHO analgesic ladder-orlift? *Eur J Palliat Care* 2003;10:105-9.
 9. Portenoy RK, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 1999;81(1-2):129-34.
 10. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy R, Ashby M, Hawson G, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: an international survey. *Palliat Med* 2004;18(3):177-83.
 11. Zeppetella G. Successful management of breakthrough cancer pain. 1a. London: Evolving Medicine Ltd; 2010.
 12. 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.
 13. Bennett D, Burton AW, Fishman S, Fortner B, Mccarberg B, Miaskowski C, et al. Consensus Panel Recommendations for the Assessment and Management of Breakthrough Pain P T 2005;30(5):296-301.
 14. Bennett D, Burton AW, Fishman S, Fortner B, McCarberg B, Miaskowski C, et al. Consensus panel recommendations for the assessment and management of breakthrough pain: Part 2 management P T 2005;30(6):354-61.
 15. Mercadante S. The use of rapid on set opioids for breakthrough cancer pain: The challenge of its dosing. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;80(3):460-5. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2010.12.002.
 16. Rhiner MI, von Gunten CF. Cancer break through pain in the presence of cancer-related chronic pain: Fact versus perceptions of health-care providers and patients. *J Support Oncol* 2010;8(6):232-8.
 17. Dickman A. Integrated strategies for the successful management of breakthrough cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care* 2011;5(1):8-14. DOI: 10.1097/SPC.0b013e3283434515.
 18. Avellaneda Revuelta E, et al. Self-audit como herramienta docente. *Trib Docente* 2002;3(1):53-61.
 19. Wilkinson TJ, Challis M, Hobma SO, Newble DI, Parboosingh JT, Sibbald RG, et al. The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Med Educ* 2002;36(10):918-24.