

Discusión: En el presente estudio, a pesar de su corta duración y de que no se administraron nuevos tratamientos a los pacientes, hemos observado que los índices de calidad de vida mejoraron significativamente, sobre todo en el grupo de pacientes naïve. Esto sugiere que el cuidado especializado en una unidad hospitalaria es un factor de mejoría por sí mismo. Además, esta mejoría en calidad de vida se traduce en una reducción de costes por DIO, con un promedio de 450 euros por paciente por mes. En un reciente análisis combinado en pacientes de cáncer (2), se ha encontrado que el estatus basal de la EORTC es un indicador independiente de pronóstico de supervivencia (HR: 0,97). De la misma manera, la disnea (1,06) y la pérdida de apetito (1,04) son también factores pronóstico independientes. En la práctica clínica, la consideración de índices de calidad de vida y variables demográficas y clínicas redundan en la elección de mejores tratamientos para pacientes con baja calidad de vida. Evaluaciones periódicas de la calidad de vida durante el tratamiento pueden servir para detectar, de forma temprana, un deterioro en los pacientes, lo cual podría permitir intervenciones adicionales a tiempo y a la larga mejorar la calidad de vida y la supervivencia.

Conclusiones: Los pacientes oncológicos mejoran su calidad de vida y sus síntomas asociados al cáncer en solo un mes de tratamiento, y esta mejora se correlaciona con ahorros significativos del DIO.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido financiado por Kyowa Kirin Farmacéutica SLU.

Bibliografía:

1. Pérez-Hernández, et al. *Pain Ther.* 2018;7:227-40.
2. Ediebah, et al. *Cancer.* 2018;124:3409-16.

P-205 ESTUDIO ADÁPTATE: CONCORDANCIA ENTRE EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y OPINIONES DEL MÉDICO SOBRE EL ABORDAJE DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO (DIO)

C. Álamo González¹, F. Caballero Martínez², L. Cabezón Gutiérrez³

¹Universidad de Alcalá, Madrid; ²Universidad Francisco de Vitoria, Madrid; ³Hospital Universitario de Torrejón, Madrid

Palabras clave: DIO, opinión paciente, dolor irruptivo oncológico, opioides.

Introducción: El dolor irruptivo oncológico (DIO) es un problema de salud prevalente en los pacientes oncológicos con significativo impacto en su calidad de vida. Se trata de una situación clínica mal conocida e incorrectamente tratada en nuestro medio (1,2).

En los últimos años se ha impulsado el modelo de toma de decisiones compartidas en el que el paciente adopta un papel activo, sus necesidades y preferencias se tienen en cuenta a la hora de elegir entre los distintos tratamientos. Sin embargo, no se conoce si las necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes con DIO, con relación a los tratamientos, resultan coincidentes con los criterios por los que los profesionales priorizan la selección del tratamiento.

Objetivos: Analizar las opiniones de un grupo amplio de pacientes oncológicos con episodios de DIO sobre los atributos del tratamiento que consideran relevantes para optimizar su tratamiento, y compararlas con el criterio profesional de los médicos responsables de su atención.

Material y método: Estudio ecológico transversal, descriptivo, multicéntrico, realizado mediante cuestionarios a oncólogos médicos y a una muestra representativa de pacientes con DIO, para recoger las opiniones de forma concurrente y comparar ambos grupos. Los cuestionarios incluyeron respuestas cerradas y escalas ordinales de tipo Likert de 9 categorías. La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante el test Chi-cuadrado (o prueba exacta de Fisher) y la comparación entre variables cuantitativas mediante el test paramétricos/no paramétricos. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital de la Princesa con fecha 20-04-2018.

Resultados: Sesenta y tres oncólogos respondieron al cuestionario (edad media 41,8 años, 56 % varones). Ejercían principalmente en centros públicos (96,8 %) con una media de 12 años de experiencia. Atendían 20 pacientes de media al día, el 25 % con DIO. Doscientos setenta y dos pacientes completaron el cuestionario (el 38 % de entre 65 y 74 años de edad, 57 % varones). En una escala del 1 al 9, el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico para DIO fue de 6,8 y el grado de información sobre el mismo (ventajas, riesgos, uso, etc.) de 6,4.

Los tres atributos del tratamiento más importantes en opinión de los médicos fueron: “inicio de acción analgésica (desaparición/alivio del dolor en minutos)”; “facilidad de uso de cada formulación (por parte del paciente y/o cuidador)”; y “duración del efecto analgésico apropiada (cubre el rango de variación intra-interindividual de los episodios)”. Se observaron puntuaciones medias entre 7,8 y 8,2 sobre 9 en estos ítems. Los atributos más importantes para los pacientes fueron: “inicio de acción analgésica”; “adecuación de la potencia terapéutica del perfil del episodio de DIO (agudo/intenso/transitorio)”; y “facilidad de uso de cada formulación”. Estos atributos alcanzan una puntuación media de 8 sobre 9.

Mayor proporción de pacientes que de médicos da una importancia alta al atributo “riesgo de abuso opiáceo o conductas aberrantes tipo adicción/dependencia y uso indebido” (64,4 % vs. 47,6 %, p = 0,02). Por el contrario, mayor proporción de médicos consideraron más importantes que los pacientes: “inicio de acción analgésica”,

“duración del efecto analgésico apropiada”, “necesidad de saliva para la correcta administración del medicamento”, “presencia de mucositis en el paciente oncológico que altere la absorción o interfiera en la respuesta terapéutica en formulaciones orales”, y “tiempo necesario para explicar la correcta administración por personal sanitario de cada forma farmacéutica”.

Discusión: Se observó que hay margen de mejora en la satisfacción de los pacientes y en el grado de información que reciben sobre su tratamiento. También, se encontraron diferencias significativas en la importancia que le dan los pacientes y los médicos a algunos atributos del tratamiento. Destaca la mayor preocupación por el riesgo de abuso o dependencia en pacientes que en médicos. Por el contrario, los médicos dan más importancia que los pacientes a algunas situaciones clínicas que los pacientes no perciben como relevantes, como la necesidad de saliva o la presencia de mucositis, las cuales pueden alterar la absorción del medicamento y pueden ser importantes a la hora de elegir entre medicamentos con distintas vías de administración. Posiblemente debido al tiempo limitado en consultas, los médicos también dieron más importancia que los pacientes al tiempo necesario para explicar la correcta administración por personal sanitario de cada forma farmacéutica.

Conclusiones: Los médicos y los pacientes difieren en la importancia que le dan a los distintos atributos entre las distintas opciones terapéuticas del DIO. Conocer los atributos importantes para los pacientes, y saber explicarles en la consulta los atributos importantes para el médico, pueden facilitar la toma de decisiones compartidas y mejorar la adherencia terapéutica al prescribir tratamientos analgésicos del DIO, en un contexto de una medicina centrada en el paciente.

Agradecimientos: El estudio ha sido financiado por KYOWA KIRIN. Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con el estudio.

Bibliografía:

1. Breivik H, et al. *Ann Oncol.* 2009;20:1420-33.
2. Gómez Batiste J, et al. *J Pain Symptom Manage.* 2002;24:45-52.

P-206 PERFUSIÓN DE SUFENTANILO Y BUPIVACAÍNA INTRATECAL A NIVEL DE LA CISTERNA MAGNA PARA EL TRATAMIENTO DE DOLOR EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA ECRINO NASAL RECIDIVANTE

J. M. Gómez Tarradas, A. Ojeda Niño, L. A. Moreno Cuartas, R. Armand Ugon, A. Faulí, C. Dürsteler
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona

Palabras clave: dolor crónico, dolor oncológico, analgesia.

Introducción: El dolor oncológico craneofacial es de difícil control y asocia frecuentemente características neuropáticas. Presentamos un caso de un paciente con un adenocarcinoma ecrino nasal atendido en nuestra Unidad por cuadro de dolor refractario tratado mediante opioides intracisternales.

El paciente tenía 52 años. Como antecedentes quirúrgicos destacaban: exéresis de lipoma en sien derecha (2014), artrodesis cervical (2014), artrodesis lumbar (2010), SAHS y hernia de hiato. Diagnosticado en febrero de 2016 de adenocarcinoma ecrino nasal siendo intervenido en cuatro ocasiones: resección tumoral, reconstrucción con colgajo, resección de recidiva local y rinectomía total ampliada a base de cráneo y región malar bilateral. Fue tratado con radioterapia y quimioterapia.

Visitado en la Unidad de Dolor por un síndrome de dolor neuropático craneofacial consistente en dolor quemante-urente con numerosas crisis lancinantes de intensidad máxima (8/10 en una escala verbal numérica). Inicialmente tratado con una combinación de tramadol y coanalgésicos, llegando rápidamente a las dosis máximas y sustituyendo el tramadol por opioides fuertes a dosis plenas. Tras escalada rápidamente progresiva y diversas rotaciones (fentanilo, oxicodona, metadona) se decidió hacer un test con morfina intratecal a nivel cervical con buena respuesta y se decidió implantar el sistema: mediante acceso intratecal a nivel lumbar y bajo control fluoroscópico se consiguió la colocación de la punta del catéter a nivel de la cisterna magna, se conectó a bomba implantada intratecal (SynchroMed II™, Medtronic) y se inició una perfusión de morfina 50 mcg/día. El paciente presentó de forma inmediata una mejora de su dolor más de un 50 % y disminución de los requerimientos de analgésicos orales. Al quinto día postintervención el paciente presentó cuadro de sedación con disminución del estado de consciencia que requirió ingreso diagnosticándose de hipertermia y diabetes insípida, ambas de origen central. Se suspendió la perfusión y una vez solucionado el cuadro se sustituyó por fentanilo 10 mcg/día. Tras techo terapéutico se sustituyó por sufentanilo y se añadió bupivacaína 56,16 mcg/día; con incremento progresivo de dosis de sufentanilo hasta 200 mcg/día que mantuvo hasta su defunción. En las horas previas a la muerte del paciente se añadió sedación con perfusión de propofol intravenosa.

Discusión: El tratamiento del dolor oncológico en el cáncer de cabeza y cuello viene determinado por la compleja anatomía, la profusa inervación, el carácter disruptivo del dolor, asociado con la discapacidad y la afectación psicológica.

El tratamiento farmacológico se realizó de forma gradual. Se administró el correspondiente a un dolor oncológico.