

Agradecimientos: Los autores agradecen a la Unidad de Investigación de Luzán 5 (Madrid) el diseño y coordinación del estudio. Este trabajo ha sido financiado por Kyowa Kirin Farmacéutica SLU.

Bibliografía:

1. Rumman A, et al. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2016;1:25-35.
2. Farmer AD, et al. *United European Gastroenterol*. 2019;7:7-20.

P-192 EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y TOLERANCIA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR IRRUPTIVO NO ONCOLÓGICO CON OPIOIDES DE RÁPIDO INICIO DE ACCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA

S. Marmaña Mezquita¹, J. Ripollés Melchor², P. Magalló Zapater¹, R. Chacón Sal¹, M. Moncho Rodríguez¹, C. Batet Gabarro³

¹Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona;

²Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid; ³Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Cap d'Unitat., Barcelona

Palabras clave: opioides de rápido inicio de acción, dolor irruptor no oncológico, revisión sistemática.

Introducción: El dolor irruptivo (DI) no es exclusivo de pacientes oncológicos, es prevalente en pacientes afectos de dolor crónico de origen no maligno y que requiere ser tratado con medicación que se ajuste a su perfil temporal, como son los opioides de rápido inicio de acción (ROO); pero las fichas técnicas de estos y, por ende, las guías clínicas solo tienen aprobado su uso en el dolor irruptivo oncológico. A pesar de ello, es práctica clínica habitual pautarlos en dolor irruptivo no oncológico.

Objetivo: Determinar la eficacia, tolerancia y seguridad de los ROO para el tratamiento del DI no oncológico.

Material y métodos: Revisión sistemática sobre la eficacia analgésica de los ROO en DI no canceroso, encontrando 5 ECA en los que se realiza una intervención con fentanilo transmucoso en comprimido bucal y comparan la eficacia analgésica, mejoría funcional, tolerancia y seguridad respecto a placebo u opioide de liberación normal, en humanos adultos, publicados entre 2007 y julio de 2013 con puntuación Jadad > 1, publicados en inglés o en castellano, según los criterios de inclusión para esta revisión. Todos los ECA fueron analizados de forma independiente por los autores.

Conclusiones: El fentanilo transmucoso bucal mostró ser más eficaz en el tratamiento de dolor irruptivo no oncológico que placebo; se asoció con mayor alivio de dolor, más rápido inicio de acción, mayor mejoría funcional y similar tolerancia comparado con opioides de liberación normal; su perfil de seguridad fue consistente con el observado en estudios previos. Sin embargo, los datos hallados en ECA no son concluyentes, por lo que se requieren nuevos ECA bien diseñados y con suficiente potencia estadística en los que se comparen distintos fármacos y dosis en población representativa de la real con el fin de resolver los actuales interrogantes y su repercusión en la práctica clínica habitual.

Discusión: El DI no es exclusivo del paciente oncológico y puede asociarse con un deterioro funcional sustancial y trastornos psicológicos. Existe una preocupación importante con respecto al riesgo de abuso y desviación de opioides cuando se utilizan para tratar el dolor crónico no relacionado con el cáncer. El papel de los ROO o los opioides de liberación inmediata para contribuir a este riesgo no está claro. Los datos relativos a la aparición de comportamientos aberrantes relacionados con el fármaco en la fase de extensión de 12 semanas del estudio de Webster y cols. (1) han sido presentados en el artículo de Passik y cols. (2), en el que concluyen que la incidencia de conductas aberrantes relacionadas con los fármacos fue similar entre los pacientes que tomaron comprimidos de fentanilo bucal y los opioides tradicionales de acción corta, si bien presenta la limitación de tratarse de un seguimiento a medio plazo. Otra preocupación que resulta en el infratratamiento del DI en el paciente no oncológico es la concerniente a la seguridad, puesto que el paciente con dolor crónico no canceroso, en su mayor parte asociado a enfermedades osteomusculares degenerativas, suele ser de edad avanzada y con comorbilidades. Si bien la aplicabilidad de los hallazgos en estos estudios a la práctica clínica está limitada por la naturaleza controlada del entorno del estudio clínico, los criterios de inclusión y exclusión de los diferentes estudios pueden ofrecer un ejemplo de evaluación de riesgo y estándares de estratificación que pueden identificar a los pacientes más apropiados para recibir un tratamiento con un ROO. El progreso de la muestra de Fine y cols. a través del estudio nos muestra que los beneficios se pueden lograr mediante la adición de un ROO.

Guías clínicas recientes apoyan la utilidad del tratamiento opioide a largo plazo para el dolor crónico no oncológico, pero no contemplan la existencia de DI en estos pacientes y ello puede ser debido a que la evaluación de este es difícil debido a que las herramientas validadas en dolor crónico (*Brief Pain Inventory-Short Form, modified Oswestry Disability Index, 36-Item Short-Form Health Survey, Profile of Mood States*) no han mostrado una sensibilidad sustancial en DI. Sin embargo, las evaluaciones específicas para este tipo de dolor, como los cuestionarios

PAF y CAPF, se han desarrollado y utilizado en los estudios evaluados en la presente revisión y parecen ser válidas.

Bibliografía:

1. Webster LR, Slevin KA, Narayana A, Earl CQ, Yang R. Fentanyl buccal tablet compared with immediate-release oxycodone for the management of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with chronic cancer and noncancer pain: A randomized, double-blind, crossover study followed by a 12-week open-label phase to evaluate patient outcomes. *Pain Med.* 2013;4:1332-45.
2. Passik S, Earl CQ, Yang R. Aberrant drug-related behavior observed during a 12-week open-label study involving patients taking chronic opioid therapy for persistent pain and fentanyl buccal tablet or traditional short-acting opioid for breakthrough pain. Presentado en: PAINWeek 2011 National Conference; Las Vegas, NV; September 7-10, 2011. *Pain Med.* 2014;15(8):1365-72.

PSICOLOGÍA

P-193 ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ: ¿ES IMPORTANTE LA FRECUENCIA CON QUE SE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO?

A. Castel, J. Recasens, R. Perriñán, A. Padrol, P. Alfaro, S. Boada

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona

Palabras clave: *entrenamiento autógeno de Schultz, psicología, terapia cognitivo-conductual, fibromialgia, terapia psicológica grupal.*

Introducción: El entrenamiento autógeno de Schultz (EAS) es una técnica que permite la regularización del sistema nervioso autónomo. Su práctica ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de patologías funcionales y concretamente, como adyuvante en dolor crónico (1). Sin embargo, desconocemos la existencia de estudios que valoren si las diferencias en los niveles de práctica de la técnica influyen en la mejoría clínica del paciente con fibromialgia, cuando su práctica se ha integrado en programas de tratamiento psicológico cognitivo-conductual en formato grupo.

Objetivo: Determinar si la frecuencia en la realización de los ejercicios del EAS está relacionada con la mejoría clínica en síntomas claves de la fibromialgia.

Material y método: *Sujetos:* 43 pacientes consecutivos diagnosticados de fibromialgia (criterio American College of Rheumatology), que completaron un programa de terapia psicológica cognitivo-conductual en formato grupo, entre cuyos componentes terapéuticos se encontraba la práctica del EAS (Tabla I).

TABLA I.
DATOS DEMOGRÁFICOS

Variables	Valores
<i>Edad</i>	51 años ± 8
<i>Sexo</i>	
Hombres	9,3 %
Mujeres	90,7 %
<i>Estado civil</i>	
Soltero/a	14 %
Casado/a	65 %
Separado/a	14 %
Viudo/a	7 %
<i>Estudios</i>	
Primarios	69,8 %
Medios	18,6 %
Superiores	11,6 %
<i>Situación laboral</i>	
Trabajador/a	42,9 %
Empleado/a doméstico	21,4 %
Parado/a	21,4 %
Jubilado/a	14,3 %

Instrumentos de medida: las variables clínicas de estudio fueron evaluadas mediante inventarios. *Funcionalidad* con el Cuestionario Impacto Fibromialgia (FIQ), *Distrés Psicológico* con la Escala Hospitalaria Ansiedad y Depresión (HADS), *Catastrofismo* mediante la Escala Catastrofización ante el Dolor (PCS), *Fatiga* con la Escala Impacto de la Fatiga (D-FIS) e *Índice Problemas de Sueño* mediante el Módulo de Sueño (MOS). La frecuencia con la que los pacientes practicaron los ejercicios de EAS se determinó mediante una escala tipo Lickert de 5 valores, cuyos extremos eran 1: *diariamente o casi diariamente* y 5: *una vez al mes o incluso menos*.

Procedimiento: Al inicio del programa se aplicaron los instrumentos de medida. El programa de tratamiento incluyó: información, EAS, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, terapia del insomnio y planificación de actividades. Se realizaron en doce sesiones de 2 h de duración cada una y frecuencia semanal. Tras la finalización del mismo, se volvieron aplicar los instrumentos iniciales y la escala de práctica tipo Lickert de 5 valores. Se consideraron tres grupos en función del nivel de práctica: EAS1: *diariamente o casi diariamente*; EAS2: 3-4 veces a la semana y EAS3: 1-2 veces a la semana.

Análisis estadístico: Se determinó la existencia de diferencias previas al tratamiento entre cada uno de los grupos experimentales. Seguidamente se estimó la significación de las diferencias entre los valores pre-postratamiento