

mo la psicopatologización se aprecia como un modo de explicar las dificultades a las respuestas de las intervenciones médicas, y a las resistencias de los pacientes a los tratamientos.

Por otro lado, el contexto institucional en la medida que representa distintas conflictivas (población cautiva, cobertura de 100 % de prestaciones médicas y cobertura económica, riesgo de judicialización) agudiza la reducción, materialización, psicopatologización y sobremedicalización de lo mental.

**Conclusiones:** Se concluye que desde la perspectiva médica de los tratantes, y a pesar de esfuerzos de considerar los sentidos subjetivos implicados en el dolor crónico, hay dificultad en integrar lo mental en el dolor crónico, lo que es potenciado por el contexto institucional descrito.

Al reducir lo mental a elementos materiales en el dolor crónico, se promueve el distanciamiento del paciente de su propio cuerpo y de la comprensión del mismo, la ausencia de responsabilidad del paciente sobre el control de su afección, y una dependencia mayor al tratante y a sus intervenciones, aumentando la pasividad, victimización y cronificación del dolor del paciente.

Por otro lado, al validar y comprender los sentidos subjetivos mentales implicados en el dolor crónico, se posibilita restaurar la integración del paciente entre lo mental y lo corporal del dolor, devolviéndole un sentido de responsabilidad en su manejo, facilitando su asimilación, aceptación, y enfrentamiento activo.

**Agradecimientos:** La investigación es parte de una tesis de especialización en Psicología, por lo que no contó con financiamiento de instituciones públicas y/o privadas. La institución en que se realizó el estudio, como los profesionales entrevistados, presentó su consentimiento ético para la realización.

## DOLOR EN ONCOLOGÍA

### P-203 VALORACIÓN DE SÍNTOMAS, CALIDAD DE VIDA Y COSTES ASOCIADOS EN UN MES DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DOLOR IRRUPTIVO

C. Pérez-Hernández<sup>1</sup>, A. J. Jiménez-López<sup>2</sup>, A. Sanz-Yagüe<sup>2</sup>, D. Ochoa-Mazarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Princesa, Madrid; <sup>2</sup>Kyowa Kirin Farmacéutica S.L.U., Madrid

**Palabras clave:** calidad de vida, dolor irruptivo oncológico, cáncer, farmacoeconomía, costes asociados a la enfermedad.

**Introducción:** El dolor irruptivo oncológico (DIO) es una exacerbación transitoria del dolor, que puede ocurrir de forma espontánea o debida a un desencadenante específico predecible o impredecible, a pesar de la existencia de un dolor basal estable y adecuadamente controlado. El DIO tiene una prevalencia del 66 % en pacientes oncológicos. Tiene un impacto muy significativo en la calidad de vida de los pacientes, además de estar asociado al uso de una gran cantidad de recursos sanitarios (1).

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida y el control de síntomas en pacientes oncológicos con dolor irruptivo (DIO) tras 30 días de seguimiento, y medir el coste de la enfermedad.

**Métodos:** Se ha diseñado un estudio observacional prospectivo de un mes. Se evaluaron los síntomas de los pacientes usando la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), el Cuestionario Breve del Dolor (BPI) y el Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30) al inicio (día 1) y al mes (día 30). Se evaluaron los costes médicos directos, los costes directos no médicos, y los costes indirectos, de los pacientes y los cuidadores. Los factores relacionados con el coste y la calidad de vida fueron identificados usando Modelos Lineales Generalizados (LGM) tipo gamma y enlace logístico. Los participantes fueron pacientes oncológicos con DIO, mayores de 18 años y con dolor basal controlado.

**Resultados:** Ocho unidades de dolor, ocho unidades de cuidados paliativos y un servicio de oncología médica en España incluyeron 152 pacientes. La media de edad fue 66,8 años (IC 95 %: 64,8-68,8) y el 65,8 % de los pacientes fueron hombres. Los pacientes eran ambulatorios al momento de ser seleccionados, el 73 % tenía un índice de Karnofsky de 60 o superior, y aproximadamente el 60 % recibía un tratamiento oncológico. En promedio hubo 3,1 episodios de DIO por día, con una duración media de 30,6 min. Sesenta y nueve pacientes tuvieron su primer episodio de DIO durante el estudio (naïve). La escala ESAS mostró que todos los síntomas mejoraron significativamente ( $p < 0,05$ ) al mes de seguimiento (día 30) sin diferencias por género. Las dimensiones de actividades diarias del BPI mostraron un valor basal promedio de 6,1 puntos, que mejoró al mes de seguimiento en un promedio de 1,7 puntos. Todas las dimensiones sintomáticas y funcionales del EORTC QLQ-C30 también mejoraron al cabo de un mes en un promedio del 17 %, siendo mayor en pacientes naïve, con un 24,5 %, que en pacientes no naïve, con un 10,2 % ( $p < 0,01$ ). Una mejoría en el estatus global de salud y calidad de vida del EORTC QLQ-C30 se asoció con una reducción en los gastos totales de DIO, con un 88 % en costes médicos directos, 5 % en costes médicos no directos y 7 % en costes indirectos por baja en la productividad. Por cada 10 puntos de mejora en la calidad de vida durante el mes de seguimiento, la reducción en costes por DIO fue del 9 %.

**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 González<sup>1</sup>, F. Caballero Martínez<sup>2</sup>, L. Cabezón Gutiérrez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Alcalá, Madrid; <sup>2</sup>Universidad Francisco de Vitoria, Madrid; <sup>3</sup>Hospital 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”,