

# Manejo del dolor irruptivo oncológico

Paula Peleteiro

Oncología Radioterápica. Hospital  
Universitario de Santiago de Compostela.

**KYOWA KIRIN**





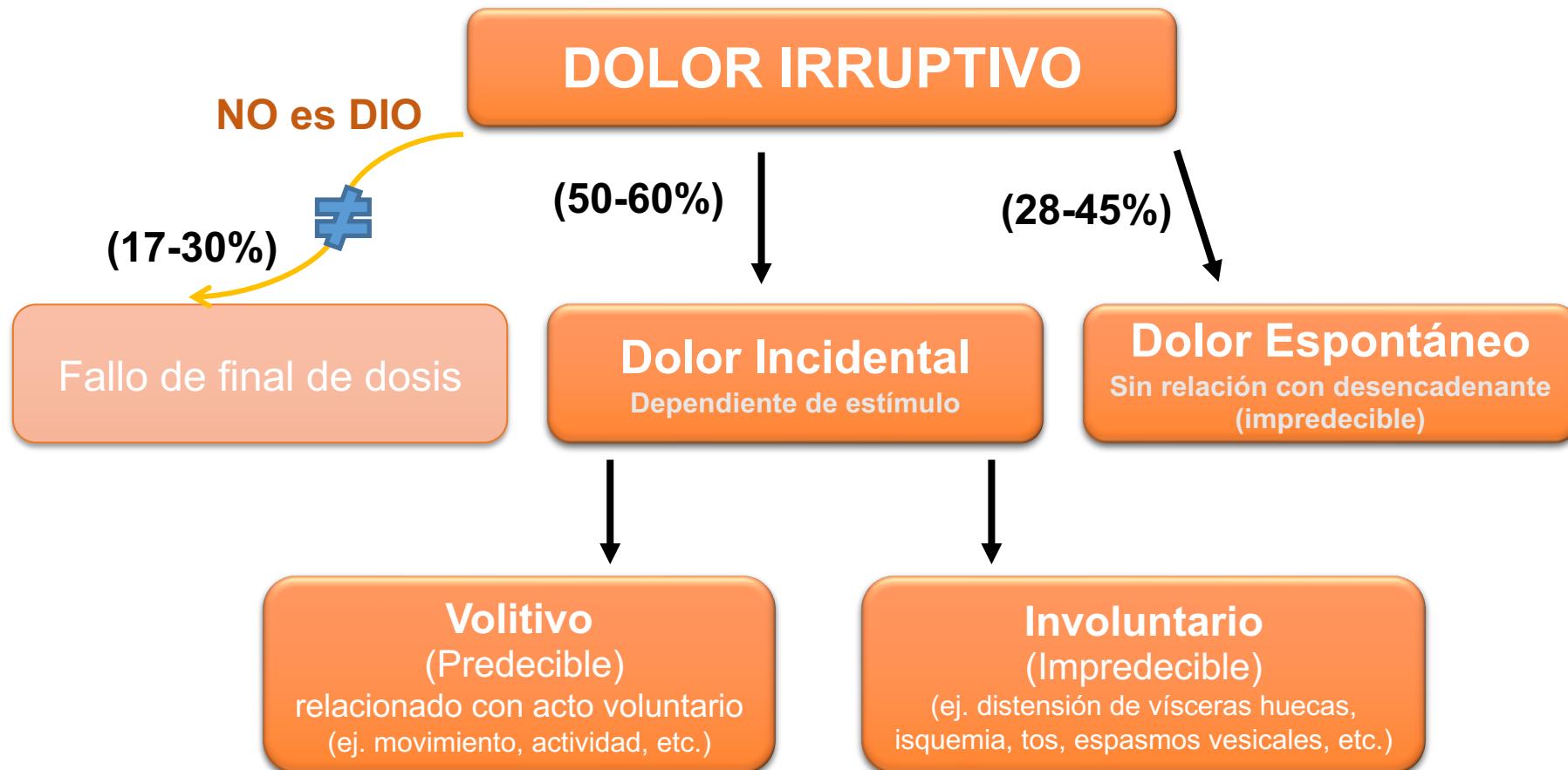
**¿Qué conviene  
recordar?**

# ¿Qué es el dolor irruptivo oncológico (DIO)?



“Es una exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y de moderada a elevada intensidad, que aparece bien espontáneamente bien relacionada con un detonante predecible o no, que sufre el paciente cuando éste presenta un dolor basal estabilizado y controlado. (...)"

# Clasificación del DIO



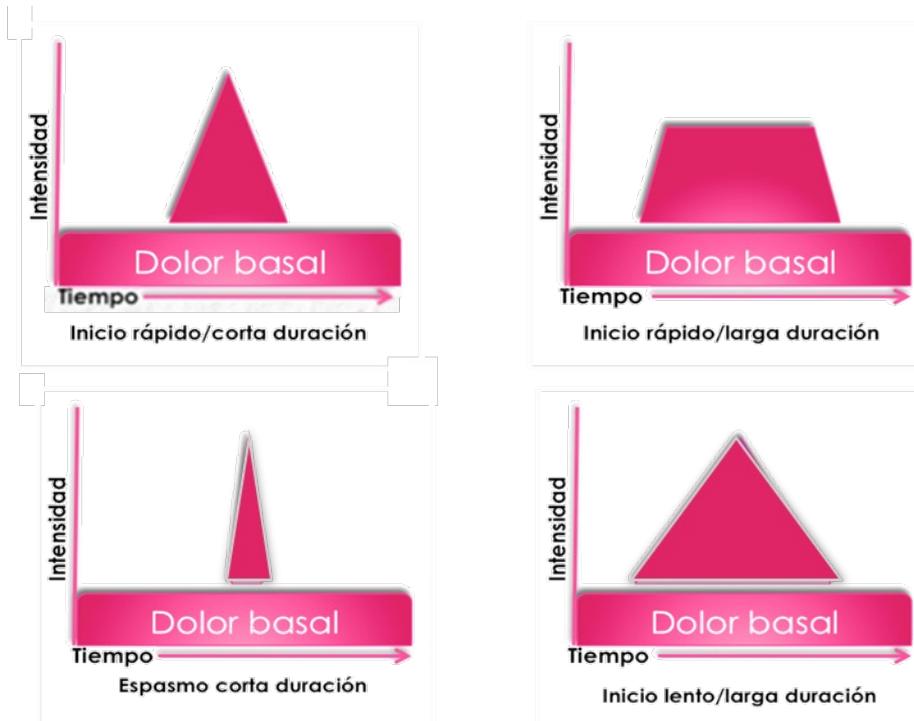
# Prevalencia del DIO

- **Prevalencia oscila 19%-89%:**
  - **19%** (pacientes con cáncer avanzado)<sup>2</sup>
  - **89%** (pacientes ingresados en residencias de cuidados paliativos con pronóstico de ≤6-meses)<sup>3</sup>
- La prevalencia del DIO varía debido a diferencias en:
  - Definiciones del DI oncológico
  - Métodos de estudio
  - Poblaciones

# Características y Tipos de DIO

- Localización:** Normalmente igual dolor basal
- Inicio:** rápido
  - Media: 3'
  - Dolor incidental: 76% inicio paroxístico
  - Dolor espontáneo: 52% inicio paroxístico
- Intensidad:** Moderada-severa
  - EVA  $\geq 7$  (0–10)
- Duración:** Duración corta (menos de 1 hora)
  - Media 30'
  - Causa neuropática: 91%  $< 30'$
  - Causa somática o visceral: 62–69%  $< 30'$
- Nº episodios:** 3-4 al día

## Distintos perfiles de DIO



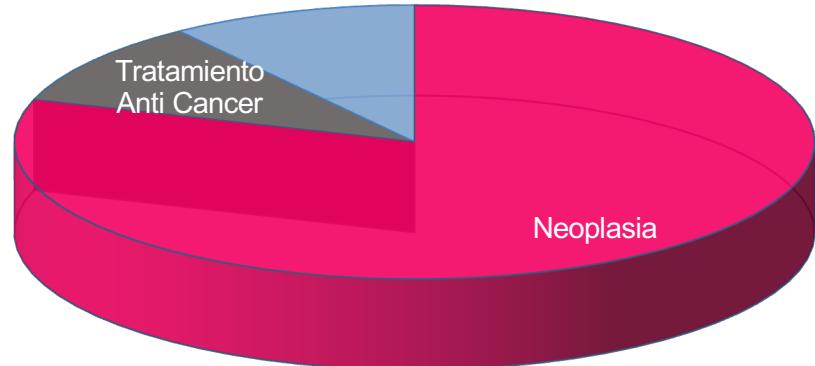
## Causas del DIO

**Normalmente el DIO es del mismo tipo que el dolor basal, pero en ocasiones puede ser diferente**

- El 70-80% causado por la neoplasia
- 10-20% Ocasionado por pruebas diagnósticas y ttos antineoplásicos
- 10% Origen no relacionado con el proceso oncológico  
(procesos simultáneos al cáncer, herpes zóster, colecistitis aguda, etc...)



### Origen del DIO



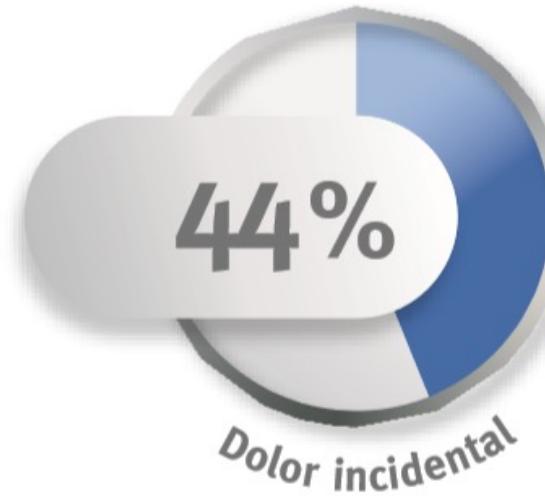
Sólo en la mitad de los casos se puede identificar factores desencadenantes

# Fisiopatología del Dolor

- Según **mecanismos subyacentes<sup>1-3</sup>:**
  - **Dolor nociceptivo (28%):** somático o visceral
    - Nociceptivos somáticos: Procedentes de heridas en tejidos corporales no viscerales
      - Características: Dolor agudo, lacinante, sordo y continuo
    - Nociceptivos viscerales: Procedentes de heridas en las vísceras (órganos internos del tórax y el abdomen)
      - Características: Dolor difuso, vago, sordo y arrastrante, como una presión
  - **Dolor neuropático (10%):** originado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso (puede persistir en ausencia de herida)
    - Características: Dolor hormigueante, quemante o penetrante, como una descarga eléctrica
  - **Dolor de etiología mixta (52%):** nociceptivo y neuropático

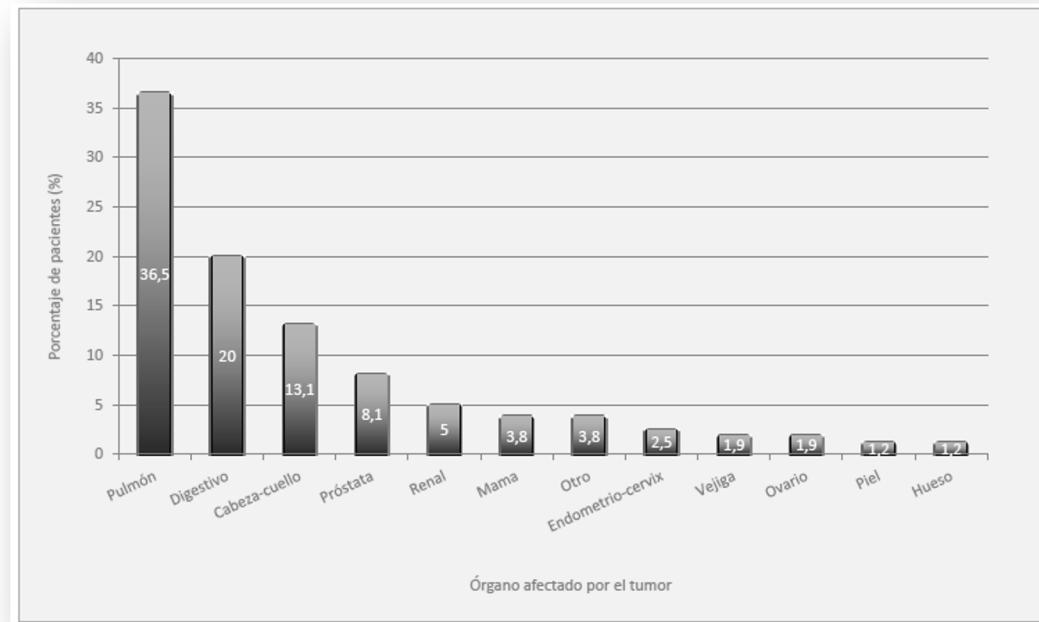
## Tipos de dolor irruptivo oncológico

Los pacientes pueden experimentar más de un tipo de DIO al día



# El DIO puede presentarse en todos los procesos oncológicos

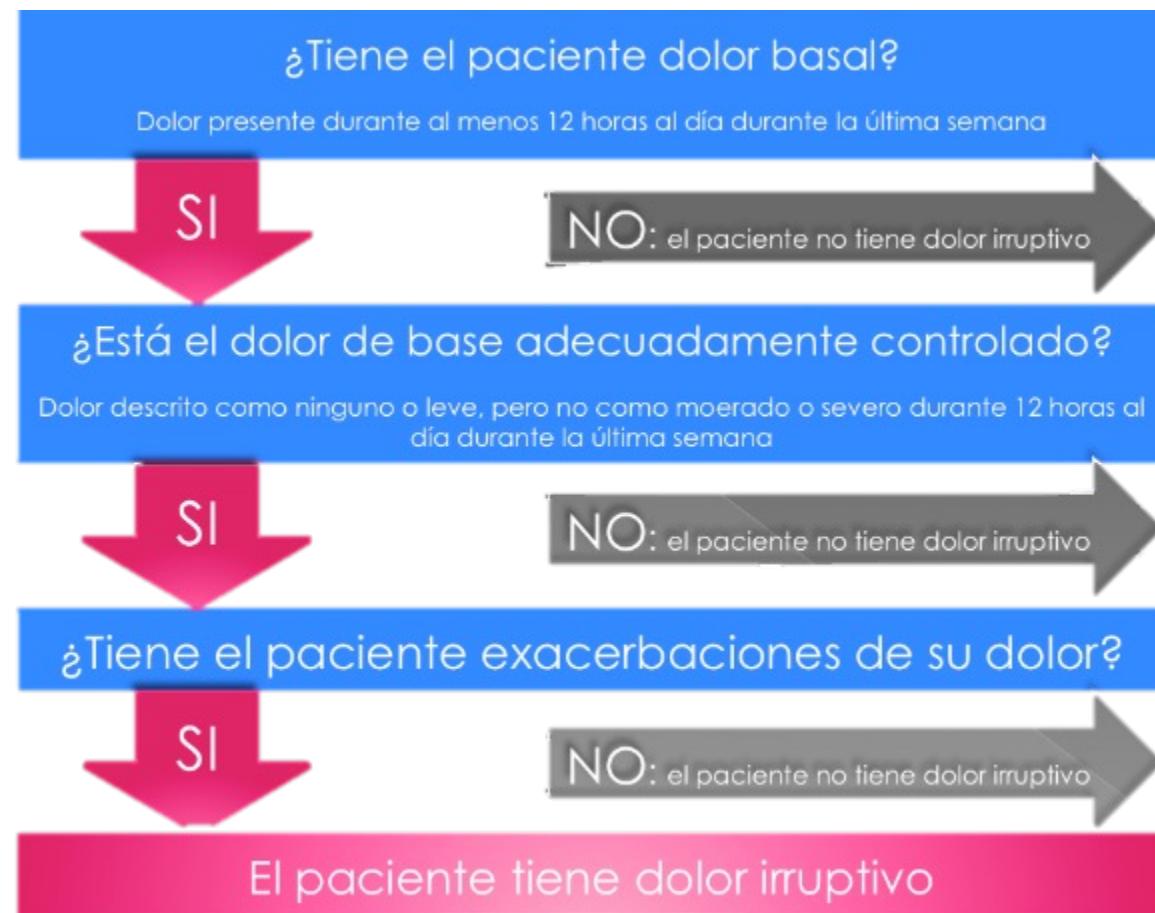
Proporción de pacientes en función de la localización del tumor primario según “estudio TITULAR”



# Implicaciones clínicas del DIO

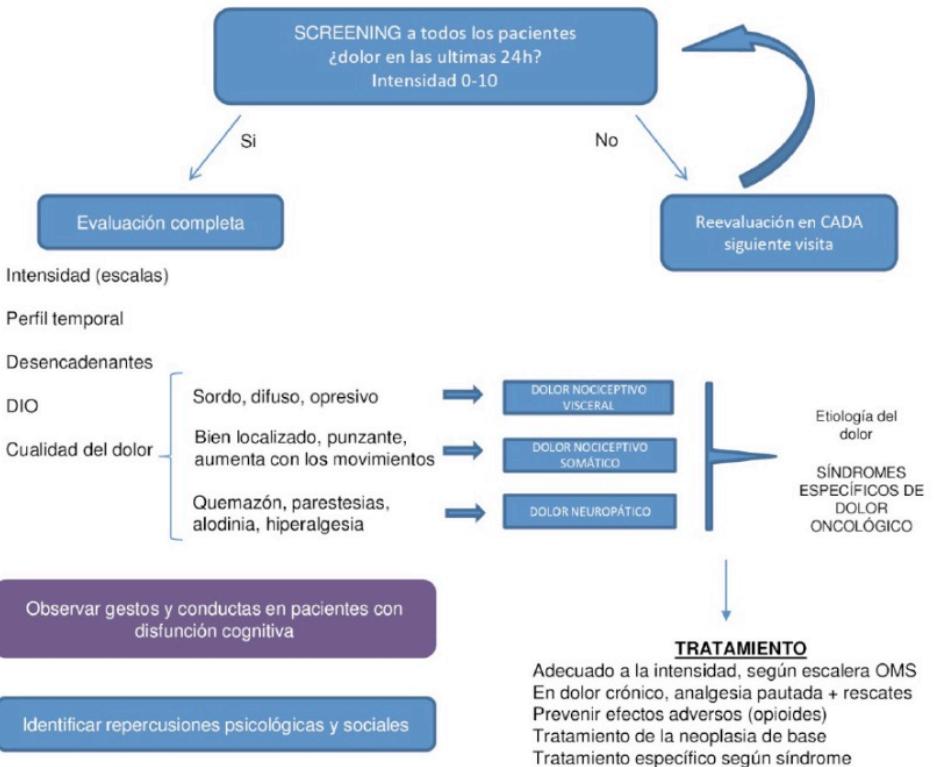


# Diagnóstico DIO: Algoritmo Davies



# Evaluación DIO

- **Historia clínica:** conocimiento de la enfermedad de base, comorbilidades, situación funcional, expectativa de vida, etc.
- Es importante investigar los antecedentes de trastornos psicológicos o consumo de drogas, incluyendo el riesgo adictivo.
- **Exploración física** con especial atención a la evaluación neurológica.
- **Características del dolor:** localización e irradiación, intensidad (tanto basal como en las exacerbaciones), calidad (opresivo, punzante, urente, cólico, etc), factores precipitantes o aliviadores, patrón temporal (momento de inicio del dolor, duración, número de crisis diarias, tiempo que tarda en alcanzar la máxima intensidad), signos y síntomas asociados, respuesta al tratamiento analgésico previo y al actual, impacto en el sueño, actividad cotidiana y estado de ánimo.



# Tratamiento del DIO

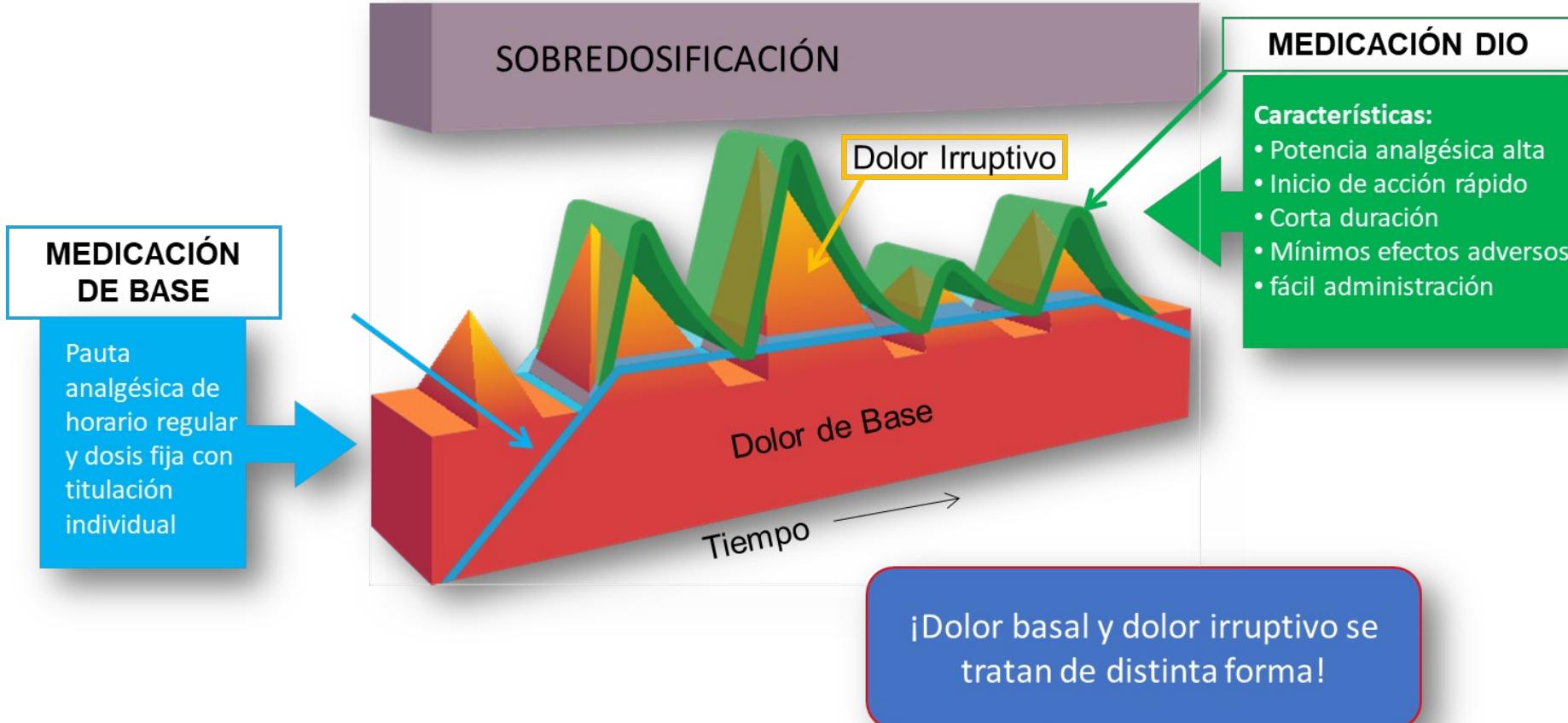
**Antes de decidir la estrategia de control del dolor irruptivo debemos considerar si:**

1. El tratamiento opioide utilizado en el control del dolor basal es adecuado
2. Los episodios frecuentes de dolor irruptivo indican un tratamiento inadecuado del dolor persistente
3. Cuando un paciente experimenta más de cuatro episodios diarios de dolor irruptivo, es necesario reevaluar de nuevo la causa del dolor
4. También está justificado un nuevo abordaje del tratamiento del dolor de base

**Debemos valorar:**

1. Riesgo de abuso a opioides
2. El subtipo de dolor irruptivo
3. La farmacología del tratamiento
4. Capacidad clínica para estructurar y monitorizar programas

# Tratamiento DIO



# Naturaleza lipofílica vs hidrofílica de opioides

- Los opioides de liberación inmediata con naturaleza hidrofílica presentan una farmacocinética sub-óptima:<sup>1</sup>
  - No traspasa rápidamente las células de la mucosa oral<sup>2</sup>
  - Se absorbe principalmente en el tracto gastrointestinal
  - Tienen un lento inicio de acción y susceptibilidad al metabolismo de primer paso<sup>3</sup>

| Opiode de liberación inmediata | Inicio analgesia (minutos) | Duración de efectos (horas) | Ventajas (V)/Inconvenientes (I)   |
|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---|
| Morfina (oral)                 | 30–40                      | 4                           | V – disponible en múltiples formas de dosificación, concentrado líquido<br>I – lento inicio de la analgesia para el BTP idiopático. Muy astringente   |
| Oxicodona (oral)               | 30                         | 4                           | V – mismas que la morfina (mejor aceptada), mejor biodisponibilidad.  |
| Hidromorfona (oral)            | 30                         | 4                           | I – no es concentrado líquido, lento inicio de analgesia para el BTP idiopático   |
| Metadona                       | ~10–15                     | 4–6                         | V – inicio más rápido de la analgesia en un pequeño estudio<br>I – farmacología y farmacocinética complejas   |
| Fentanilo (transmucosa)        | ~5–10                      | 1–2                         | – Alta potencia <b>100 veces superior</b> a la morfina<br>– Es el más lipofílico de los opioides LI clínicamente disponibles<br>– Muy adecuado para administración transmucosa<br>– Atraviesa rápidamente las barreras celulares, incluida la BHE<br>– Amplia distribución en los tejidos<br>– <b>Inicio de la analgesia muy rápido</b> |

Hidrofílico ↑  
↓ Lipofílico

# Guía SEOM 2017: Características tratamiento ideal DIO

Clin Transl Oncol  
DOI 10.1007/s12094-017-1791-2  
CLINICAL GUIDES IN ONCOLOGY

SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017)  
C. Jara<sup>1</sup> • S. del Barco<sup>2</sup> • C. Grávalos<sup>3</sup> • S. Hoyos<sup>4</sup> • B. Hernández<sup>5</sup> •  
M. Muñoz<sup>6</sup> • T. Quintanar<sup>7</sup> • J. A. Meana<sup>8</sup> • C. Rodríguez<sup>9</sup> • R. de las Peñas<sup>10</sup>

Received: 24 October 2017 / Accepted: 26 October 2017  
© The Author(s) 2017. This article is an open access publication

The diagram shows a bell-shaped curve labeled "needed area" above a horizontal axis. Five vertical arrows point downwards from the peak of the curve to a box labeled "No need area". The horizontal axis is marked with time points: 0', 30', 60', 120', and 240'. Below the axis, there are two bars: a larger one labeled "morphine" and a smaller one labeled "Fentanyl products".

titration, opioid switching) and supplement with rescue medication. Opioids are the drug rescue of choice for BTCP and the ideal medication should meet the following:

High potency analgesia,  
rapid onset of action,  
short duration of action,  
minimal side effects, and  
easy administration (self-administration).

Traditionally, immediate-release morphine has been used to treat BTCP, but its mechanism is not suited for this purpose. Rapid-onset opioids (ROOs) have been developed for this purpose; in particular, transmucosal and intranasal fentanyl (*level of evidence IV, degree of recommendation C*). Table 4 displays the ROOs available in Spain and their characteristics. Fentanyl should be titrated to an appropriate dose for each individual and side effects monitored.

# Guía ESMO 2018



CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Annals of Oncology 29 (Supplement 4) iv149–iv174, 2018  
doi:10.1093/annonc/mdy152

Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines<sup>†</sup>

M. Fallon<sup>1</sup>, R. Giusti<sup>2</sup>, F. Aielli<sup>3</sup>, P. Hoskin<sup>4</sup>, R. Rolke<sup>5</sup>, M. Sharma<sup>6</sup> & C. I. Ripamonti<sup>7</sup>, on behalf of the ESMO Guidelines Committee\*

All patients should receive ATC dosing with provision of a rescue or breakthrough dose to manage transient exacerbations of pain. A breakthrough dose is usually equivalent to 10%–15% of the total daily dose. If more than four rescue doses per day are necessary, the baseline opioid treatment with a slow-release formulation must be adapted. Opioids with

morfina (IIB)



## Fentanilo transmucoso tratamiento recomendado DIO

### Recommendations:

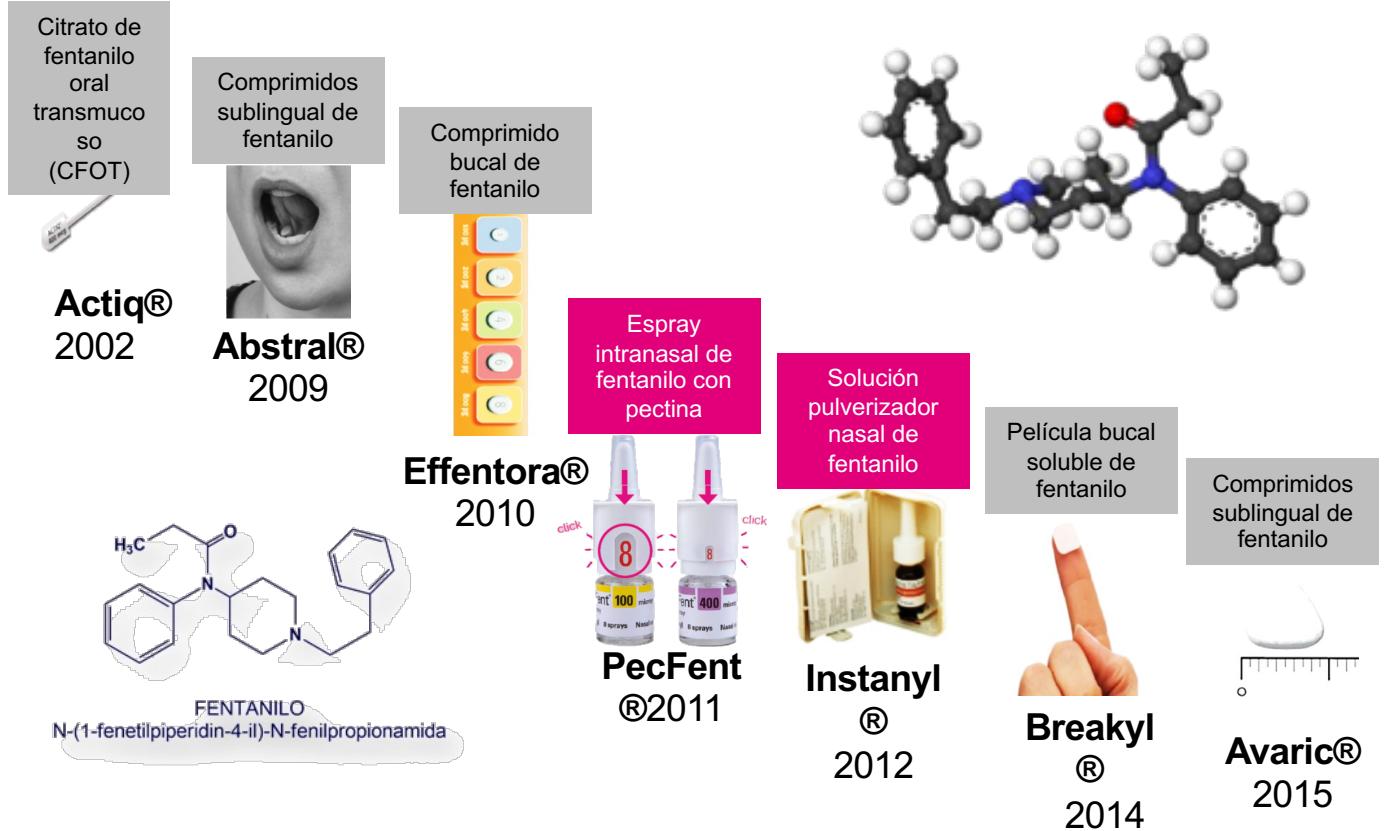
- Immediate-release opioids should be used to treat BTcP that is opioid-responsive and for which background cancer pain management has been optimised [I, A].
- Transmucosal fentanyl formulations (oral, buccal, sublingual and intranasal) have a role in unpredictable and rapid-onset BTcP [I, A].

There are indications for standard normal-release oral opioids (e.g. morphine) that include a slow-onset BTcP or a pre-emptive administration of oral opioids ~30 minutes before a predictable BTcP triggered by known

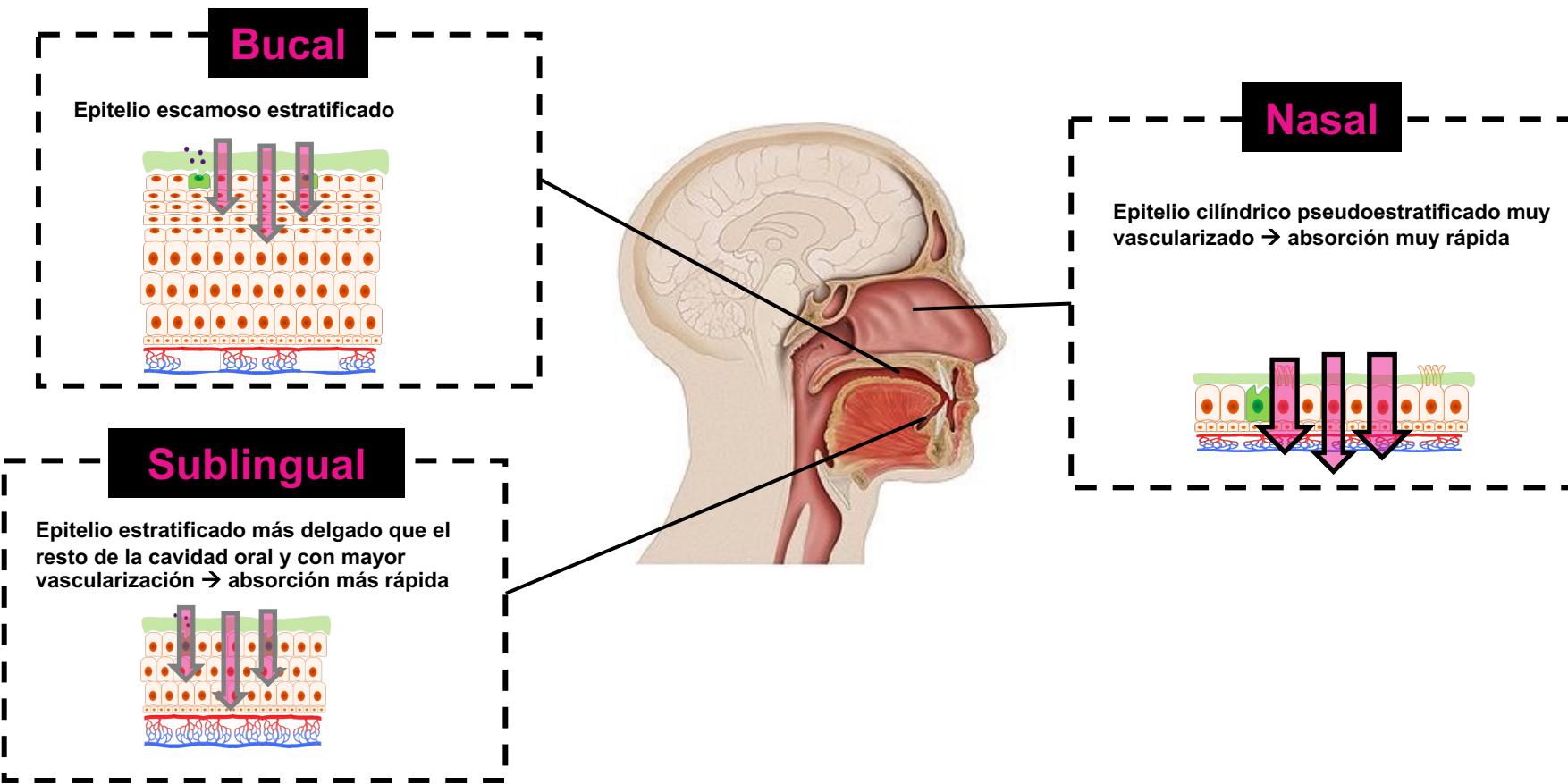


# Tratamientos para el DIO

## Presentaciones de fentanilo transmucoso. Fecha de comercialización en España



# No todas las mucosas son iguales



# Ventajas de la administración nasal transmucosa

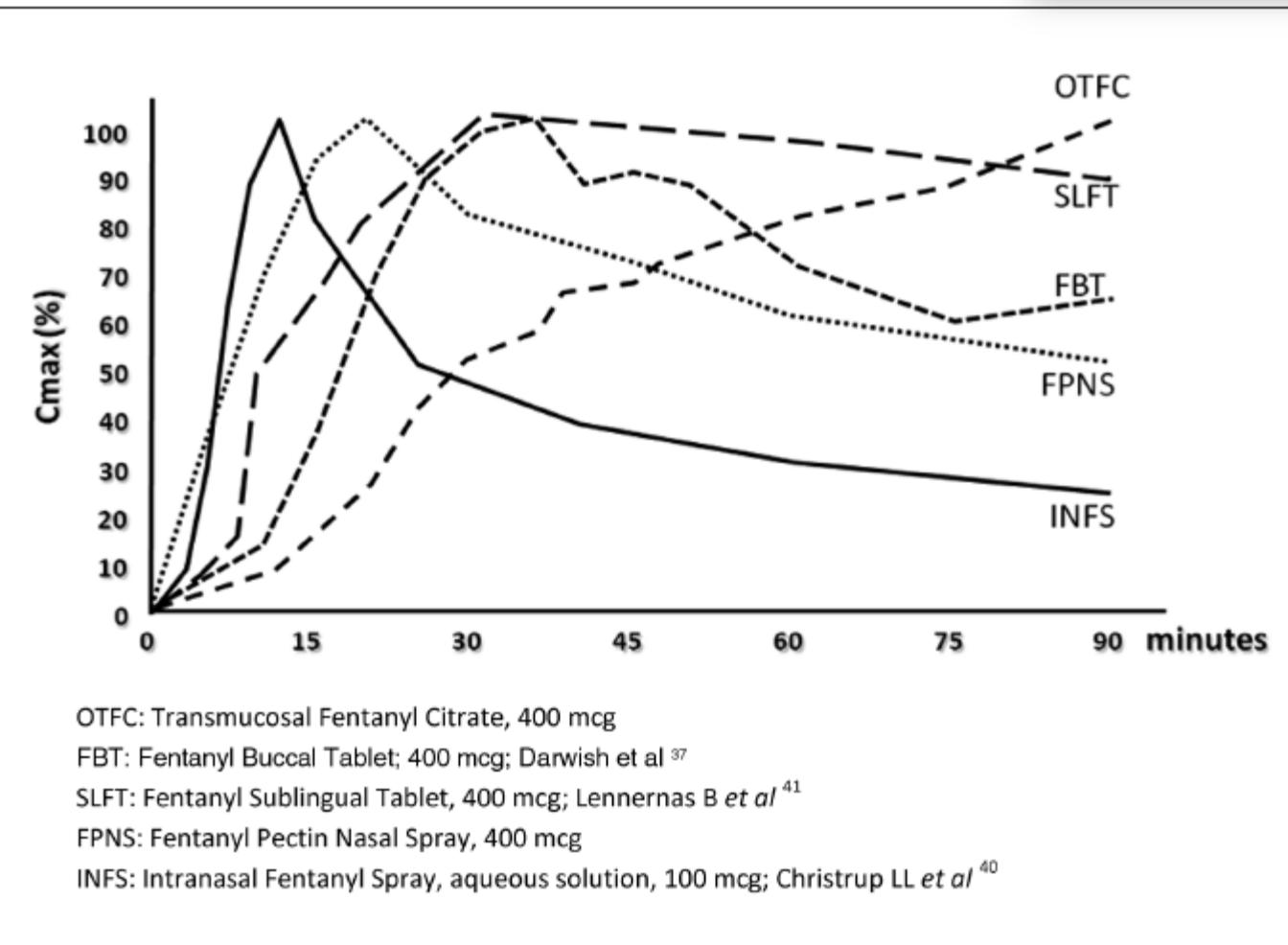
- Fina capa celular
- Alta vascularización (arterial>venosa): mejor que otras vías (p.e. transdérmica)
- Paso directo al SNC: vía respiratoria, olfatoria y trigeminal
- Alta biodisponibilidad: (nasal=65%-90%)
- Rápida absorción
- Menor tiempo de latencia
- Rápido Inicio de acción y corta duración de la acción
- Fácil administración
- No requiere voluntariedad (pacientes no conscientes)
- Evita efecto de primer paso hepático.

# La diferente forma galénica determina las diferencias en la farmacocinética

Pharmacological and clinical differences among transmucosal fentanyl formulations for the treatment of breakthrough cancer pain: a review article

O. CORLI A. ROBERTO

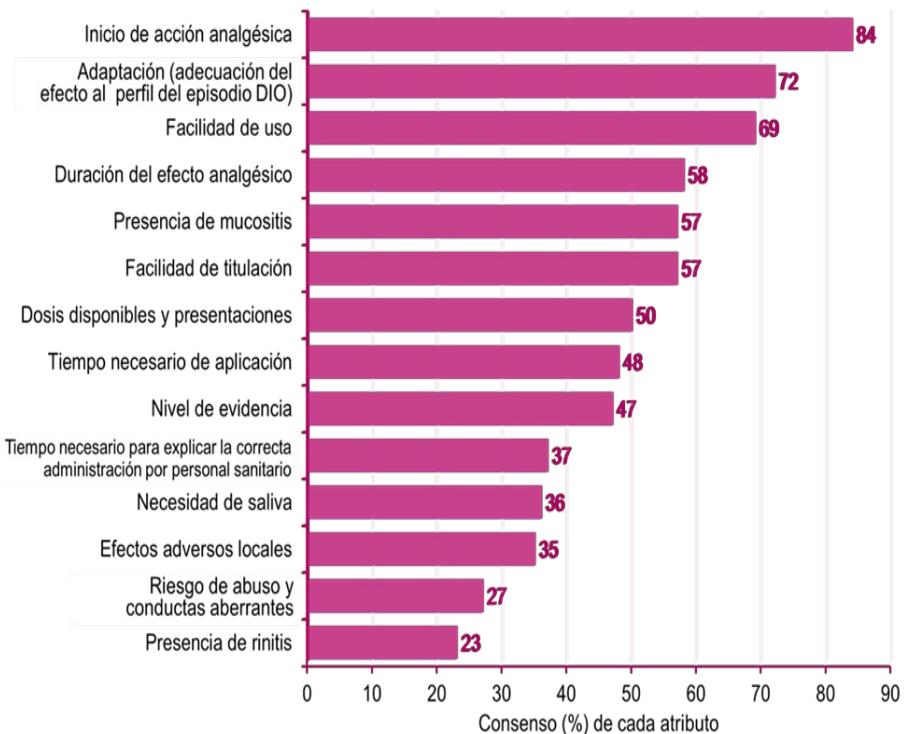
Dolor and Diffusion-Cross Research, Italy. OTFC: Oralet Mucos Transmucosal Fentanyl Citrate; SLFT:



# Proyecto ADAPTA



**La rapidez de la analgesia, la adecuación al episodio de DIO, y la facilidad de uso son los aspectos más valorados por los oncólogos españoles**



**RESED**  
Revista de la Sociedad Española del Dolor

ORIGINAL

DOI: 10.20986/resea.2018.3661/2018

**Proyecto ADAPTA: adecuación del tratamiento en dolor irruptivo oncológico**

C. Álamo<sup>1</sup>, L. Cabezón-Gutiérrez<sup>2</sup> y grupo de trabajo del Proyecto ADAPTA\*

# Criterios de Valoración de la Eficacia de los ROOs

La Diferencia de la intensidad del dolor a los 10 min (PID<sub>10</sub>) de los fentanilos nasales oscila entre 2.0-2.6 puntos en la escala EVA, mientras que las formulaciones orales 0.7-1.2

TABLE II.—Clinical efficacy outcomes reported in each study.

|  | Mean PID |      |      |      |      |      | Mean SPID |      |      |      | Mean PR |      |      |     |      |      | P <sub>10</sub> 33% (%) |      |      |      |      |      |
|--|----------|------|------|------|------|------|-----------|------|------|------|---------|------|------|-----|------|------|-------------------------|------|------|------|------|------|
|  | 5        | 10   | 15   | 30   | 45   | 60   | 0.15      | 0.30 | 0.45 | 0.60 | 5       | 10   | 15   | 30  | 45   | 60   | 5                       | 10   | 15   | 30   | 45   | 60   |
| <b>OTFC</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |         |      |      |     |      |      |                         |      |      |      |      |      |
| Farrar 1998 <sup>19</sup>                          | -        | -    | 1.62 | 2.41 | 2.88 | 3.19 | -         | -    | -    | -    | -       | -    | 1.42 | 1.8 | 2.0  | 2.14 | -                       | -    | -    | -    | -    | -    |
| Coluzzi 2001 <sup>20</sup>                         | -        | -    | 1.86 | 2.88 | 3.52 | 4.02 | -         | -    | -    | -    | -       | -    | 1.4  | 1.9 | 2.1  | 2.4  | -                       | -    | -    | -    | -    | -    |
| Mercadante 2009 <sup>21</sup>                      | -        | 1.08 | -    | 3.39 | -    | -    | 0.85      | -    | -    | 2.83 | -       | -    | -    | -   | -    | -    | 6.8                     | 23.6 | 41   | 61   | -    | 93   |
| <b>FBT</b>   |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |         |      |      |     |      |      |                         |      |      |      |      |      |
| Portenoy 2006 <sup>22</sup>                        | -        | -    | 0.95 | 2.05 | 3.2  | 3.96 | 0.95      | 3.0  | 6.2  | 10.2 | -       | -    | 0.8  | 1.4 | 1.85 | 2.1  | -                       | -    | 13   | 48   | 71   | 75   |
| Slakin 2007 <sup>23</sup>                          | 0.3      | 0.9  | 5    | 2.4  | 3.0  | 3.5  | -         | -    | -    | 9.7  | 0.45    | 0.81 | 1.1  | 1.7 | 2.1  | 2.25 | -                       | 16   | 29   | 51   | -    | -    |
| Zeppetella 2010 <sup>24</sup>                      | -        | -    | -    | -    | -    | -    | -         | -    | -    | -    | -       | -    | -    | -   | -    | -    | -                       | -    | 21   | 50   | 68   | 72   |
| <b>FBSF</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |         |      |      |     |      |      |                         |      |      |      |      |      |
| Rauck 2010 <sup>8</sup>                            | 0.25     | 0.75 | 0.4  | 2.5  | 3.0  | 3.25 | 12.0      | 47.9 | 95   | 141  | -       | -    | -    | -   | -    | -    | -                       | -    | 26.4 | 47.3 | 57.5 | 64.3 |
| <b>SLFT</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |         |      |      |     |      |      |                         |      |      |      |      |      |
| Rauck 2009 <sup>25</sup>                           | -        | 1.2  | 2.1  | 2.8  | -    | 3.4  | -         | 49.5 | -    | 143  | -       | 0.95 | 1.45 | 1.8 | -    | 2.1  | -                       | -    | -    | -    | -    | -    |
| <b>INFS</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |         |      |      |     |      |      |                         |      |      |      |      |      |
| Mercadante 2009 <sup>21</sup>                      | -        | 2.27 | -    | 4.15 | -    | -    | 1.66      | -    | -    | 3.52 | -       | -    | -    | -   | -    | -    | 25.3                    | 51   | 72   | 91   | -    | 93   |
| Kreis 2009 <sup>27</sup>                           | -        | 2.56 | -    | -    | -    | 4.57 | -         | -    | -    | 3.63 | -       | -    | -    | -   | -    | -    | -                       | 58   | -    | -    | -    | 87   |
| <b>FPNS</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |         |      |      |     |      |      |                         |      |      |      |      |      |
| Portenoy 2010 <sup>28</sup>                        | 0.5      | 1.3  | 2.0  | 2.67 | 3.3  | 3.6  | 3.9       | 6.57 | 9.9  | 13.5 | -       | -    | -    | -   | -    | -    | -                       | -    | -    | -    | -    | -    |
| Davies <sup>29</sup> and Fallon 2011 <sup>30</sup> | 1.1      | 2.0  | 3.02 | 4.1  | 5.0  | 5.7  | -         | -    | -    | -    | -       | -    | -    | -   | -    | -    | -                       | 33.9 | 55.4 | -    | -    | -    |

\*The SPID was calculated from the area under the curve of PID against time.

# Criterios de Valoración de la Eficacia de los ROOs

La reducción del la PI  $\geq$  al 33% desde la intensidad inicial, distingue a los pacientes en tratamiento entre buenos parciales y no respondedores.

Entre el 34-58% de los pacientes consiguen PI  $\geq$  33% a los 10 minutos con nasales frente al 16-24% con fentanilos orales

TABLE II.—*Clinical efficacy outcomes reported in each study.*

|  | Mean PID |      |      |      |      |      | Mean SPID |      |      |      |
|--|----------|------|------|------|------|------|-----------|------|------|------|
|  | 5        | 10   | 15   | 30   | 45   | 60   | 0-15      | 0-30 | 0-45 | 0-60 |
| <b>OTFC</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |
| Farrar 1998 <sup>19</sup>                          | -        | -    | 1.62 | 2.41 | 2.88 | 3.19 | -         | -    | -    | -    |
| Coluzzi 2001 <sup>20</sup>                         | -        | -    | 1.86 | 2.88 | 3.52 | 4.02 | -         | -    | -    | -    |
| Mercadante 2009 <sup>21</sup>                      | -        | 1.08 | -    | 3.39 | -    | -    | 0.85      | -    | -    | 2.83 |
| <b>FBT</b>   |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |
| Portenoy 2006 <sup>22</sup>                        | -        | -    | 0.95 | 2.05 | 3.2  | 3.96 | 0.95      | 3.0  | 6.2  | 10.2 |
| Slatkin 2007 <sup>23</sup>                         | 0.35     | 0.9  | 1.5  | 2.4  | 3.0  | 3.5  | -         | -    | -    | 9.7  |
| Zeppetella 2010 <sup>24</sup>                      | -        | -    | -    | -    | -    | -    | -         | -    | -    | -    |
| <b>FBSF</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |
| Rauck 2010 <sup>25</sup>                           | 0.25     | 0.75 | 1.4  | 2.5  | 3.0  | 3.25 | 12.0      | 47.9 | 95   | 141  |
| <b>SLFT</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |
| Rauck 2009 <sup>26</sup>                           | -        | 1.2  | 2.1  | 2.8  | -    | 3.4  | -         | 49.5 | -    | 143  |
| <b>INFS</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |
| Mercadante 2009 <sup>21</sup>                      | -        | 2.27 | -    | 4.15 | -    | -    | 1.66      | -    | -    | 3.52 |
| Kress 2009 <sup>27</sup>                           | -        | 2.56 | -    | -    | -    | -    | 4.57      | -    | -    | 3.63 |
| <b>FPNS</b>  |          |      |      |      |      |      |           |      |      |      |
| Portenoy 2010 <sup>28</sup>                        | 0.5      | 1.3  | 2.0  | 2.67 | 3.3  | 3.6  | 3.9       | 6.57 | 9.9  | 13.5 |
| Davies <sup>25</sup> and Fallon 2011 <sup>26</sup> | 1.1      | 2.0  | 3.02 | 4.1  | 5.0  | 5.7  | -         | -    | -    | -    |

\*The SPID was calculated from the area under the curve of PID against time.

|      | Mean PR |      |     |      |      |      | PI $\geq$ 33% (%) |      |      |      |      |    |
|------|---------|------|-----|------|------|------|-------------------|------|------|------|------|----|
|      | 5       | 10   | 15  | 30   | 45   | 60   | 5                 | 10   | 15   | 30   | 45   | 60 |
| -    | -       | 1.42 | 1.8 | 2.0  | 2.14 | -    | -                 | -    | -    | -    | -    | -  |
| -    | -       | 1.4  | 1.9 | 2.1  | 2.4  | -    | -                 | -    | -    | -    | -    | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | 6.8  | 23.6              | 41   | 61   | -    | 93   | -  |
| -    | -       | 0    | 1.4 | 1.85 | 2.1  | -    | -                 | 13   | 48   | 71   | 75   | -  |
| 0.45 | 0.81    | 1    | 1.7 | 2.1  | 2.25 | -    | 16                | 29   | 51   | -    | -    | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | -    | -                 | 21   | 50   | 68   | 72   | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | -    | -                 | 26.4 | 47.3 | 57.5 | 64.3 | -  |
| -    | 0.95    | 1.45 | 1.8 | -    | 2.1  | -    | -                 | -    | -    | -    | -    | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | 25.3 | 51                | 72   | 91   | -    | 93   | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | -    | 58                | -    | -    | -    | 87   | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | -    | -                 | -    | -    | -    | -    | -  |
| -    | -       | -    | -   | -    | -    | -    | 33.9              | 55.4 | -    | -    | -    | -  |

## Implicaciones Clínicas de la Farmacocinética de los ROOs

En líneas generales,  
los fentanilos transmucosos han demostrado  
gran eficacia en el DIO, pero  
**el inicio, la duración de la analgesia y la  
tolerabilidad digestiva,  
se adaptan mejor con los fentanilos  
transmucosos nasales**  
a las necesidades de los pacientes.  
La preferencia del paciente debe tenerse en  
consideración.

Álamo, C. Et al. Fentanilo: una molécula con una amplia galénica transmucosa para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico (DIO). P 67. XV congreso – Sociedad Española del Dolor. 24-26 de mayo de 2018. Palma de Mallorca

## Introducción y objetivos

(...) El ajuste y dosificación de los opioides utilizados para su tratamiento es independiente del ajuste del tratamiento del dolor de base.

En las fichas técnicas de los opioides se facilita información sobre cómo realizar la titulación de cada producto sin embargo, en la práctica clínica, diferentes características del paciente y su dolor, condicionan tanto la dosis inicial que se prescribe, como el escalado de dosis para alcanzar su titulación.

El objetivo del estudio fue evaluar las pautas de titulación de opioides para el tratamiento del DI en pacientes oncológicos, en la práctica clínica habitual.



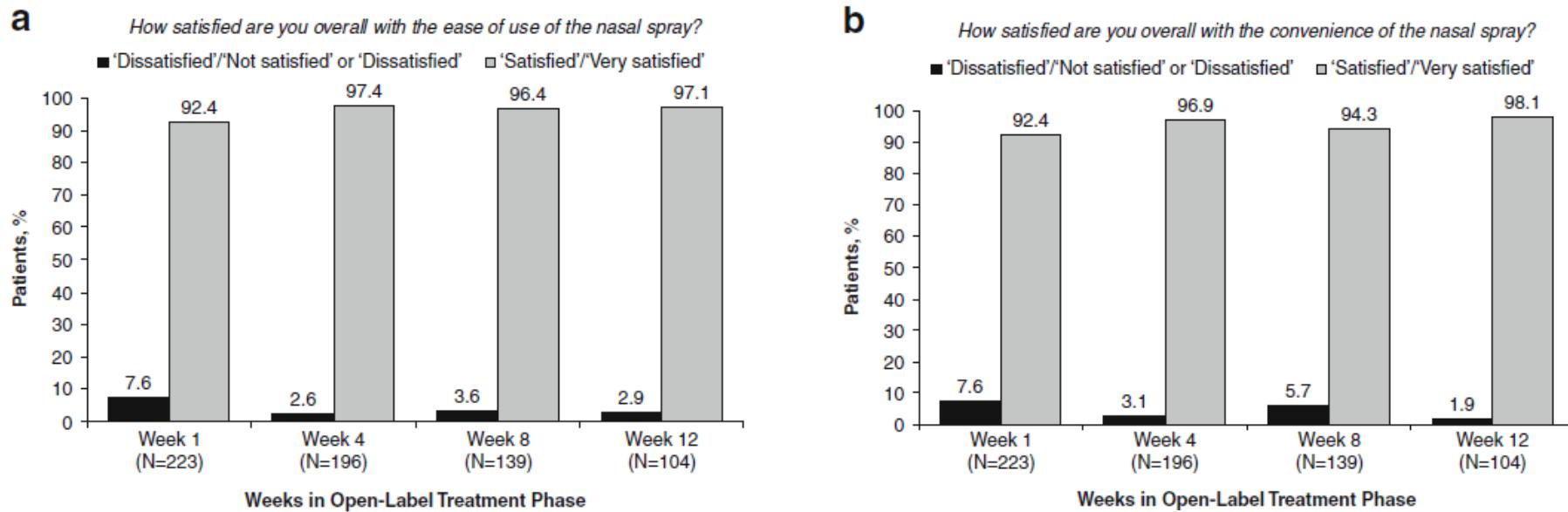
**82,2% (111) de los pacientes tratados con PecFent® consiguieron la dosis de titulación con 100 $\mu$**

**Table 3:** Opioid doses used in titration, and mean dose at which titration was achieved with each commercial product.

| Trade name | Dose        | No. of titrations | Mean (SD) dose at which titration was achieved |
|------------|-------------|-------------------|--|
| ABSTRAL®   | 100 $\mu$ g | 8                 | 128.6 (48.8) $\mu$ g                           |
|            | 200 $\mu$ g | 2                 |  |
| AVARIC®    | 67 $\mu$ g  | 1                 | 67 $\mu$ g                                     |
| INSTANYL®  | 100 $\mu$ g | 3                 | 166.7 (57.7) $\mu$ g                           |
|            | 200 $\mu$ g | 2                 |  |
| MORPHINE   | 10 mg       | 2                 | 23.3 (11.6) mg                                 |
|            | 30 mg       | 2                 |  |
| OXYNORM®   | 5 mg        | 1                 | 7.5 (3.5) mg                                   |
|            | 10 mg       | 3                 |  |
| PECFENT®   | 100 $\mu$ g | 135               | 136.6 (93.8) $\mu$ g                           |
|            | 200 $\mu$ g | 24                |  |
|            | 400 $\mu$ g | 10                |  |
|            | 800 $\mu$ g | 1                 |  |
| SEVREDOL®  | 5 mg        | 1                 | 11.25 (6.3) mg                                 |
|            | 10 mg       | 2                 |  |
|            | 20 mg       | 1                 |  |
| TAPENTADOL | 200 mg      | 1                 | 200 mg   |
| TRAMADOL   | 50 mg       | 1                 | 50 mg  |

## Long-term tolerability, efficacy and acceptability of fentanyl pectin nasal spray for breakthrough cancer pain

Lukas Radbruch · Luis M. Torres · John E. Ellershaw ·  
Antonio Gatti · Guillermo Luis Lerzo · Julia Revnic ·  
Donald Taylor



**El 97% y 98% de los pacientes están satisfechos con la facilidad de uso y la comodidad**



# Nuevos Conceptos en el Dolor Oncológico: **BARRERAS**

# Barreras en el tratamiento del DIO: Estudio BARDIO



## Objetivo #1:

Identificar las principales barreras/deficiencias del proceso asistencial al paciente con DIO (oportunidades de mejora) así como las posibles causas que pueden determinar dichas deficiencias (formativas, clínicas-asistenciales, dotacionales, organizativos, sociales, etc.).

## Objetivo #2:

Proponer y consensuar soluciones prácticas para todas aquellas barreras susceptibles de mejorar o actuar de forma concisa sobre ellas.

Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcP in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000020>

# BARDIO: Identificación de Barreras

## Barreras dependientes del PACIENTE

- Omisión del síntoma en el contexto de la compleja consulta de Oncología (...)

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 5,87  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 56,52 |

- El paciente tiene dificultad para acceder a la consulta de Oncología para ajustar el tratamiento pautado durante la fase de titulación.

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 5,96  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 60,87 |

- Falta de comprensión por parte del paciente del concepto “Dolor Irruptivo Oncológico” (DIO)

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 5,96  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 52,17 |



Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcP in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000020>

# BARDIO: Identificación de Barreras

## Barreras dependientes del MÉDICO/PERSONAL SANITARIO

- Falta de tiempo en la consulta para abordar el DIO

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 6,65  |
| Mediana                         | 8     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 73,91 |

- No anamnesis sistemática del DIO en los pacientes con dolor oncológico basal

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 6,22  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 65,22 |



Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcp in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.0000020>

# BARDIO: Identificación de Barreras



## Barreras dependientes de la ORGANIZACIÓN SANITARIA

- Falta de medios para el control de síntomas entre las visitas regladas al oncólogo

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 7,04  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 78,26 |

- Falta de contacto y coordinación entre niveles asistenciales  
(por ejemplo: entre el Médico de Atención Primaria y el Oncólogo)

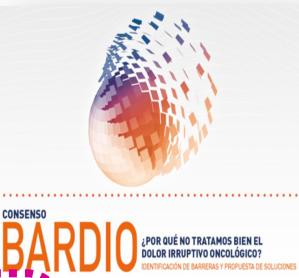
|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 6,22  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 65,22 |

- Falta de formación específica en DIO en Atención Primaria y especialistas ambulatorios

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| Media                           | 6,96  |
| Mediana                         | 7     |
| Porcentaje dentro de la Mediana | 82,61 |

Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcp in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000020>

# BARDIO: Propuestas de Mejora



## PROPUESTAS DE MEJORA SOBRE BARRERAS DEPENDIENTES DEL PACIENTE

- 1 Desarrollo de programas formativos dirigidos al paciente y a sus cuidadores.
- 2 Presencia de los cuidadores en la consulta
- 3 Desarrollo de una anamnesis de precisión para evitar confusión entre el dolor basal mal controlado y DIO
- 4 Creación de consultas de enfermería oncológica que mejoren la comprensión del paciente
- 5 Cuestionario rellenables en la sala de espera
- 6 Creación de un diario del paciente

Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcP in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000020>

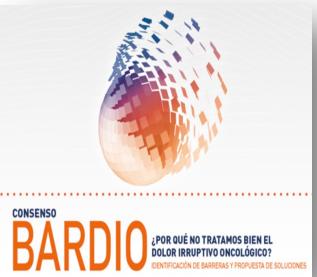
# BARDIO: Propuestas de Mejora



## PROPUESTAS SOBRE BARRERAS DEPENDIENTES DEL MÉDICO/PERSONAL SANITARIO

- 1 Introducir el concepto de dolor como síntoma prioritario del cáncer.
- 2 Creación de consultas específicas de control de síntomas o soporte (presenciales o telefónicas), consultas ambulatorias, consultas multidisciplinares ayudan a mejorar el abordaje del DIO.
- 3 Aumentar la difusión de las Guías Clínicas de tratamiento del dolor
- 4 Anamnesis dirigida al DIO utilizando herramientas sencillas (Algoritmo de Davies)
- 5 Es importante insistir en la formación del médico desde el inicio del período MIR de Oncología para el control de síntomas.
- 6 Reevaluación frecuente de la eficacia y toxicidad del tratamiento
- 7 Colaboración con el personal de enfermería experto en cuidados continuos

# BARDIO: Propuestas de Mejora



## PROPUESTAS SOBRE BARRERAS DEPENDIENTES DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

- 1 Mayor sensibilización de la administración sanitaria
- 2 Facilitar la participación de Atención Primaria
- 3 Fomentar reuniones multidisciplinares entre MAP y Oncología
- 4 Fomentar la integración informática entre la atención primaria y hospitalaria
- 5 Acceso más fácil al hospital de día
- 6 Ampliar el tiempo de consulta oncológica
- 7 Disposición en los hospitales de todos los fármacos eficaces para el DIO

Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcP in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000020>

# BARDIO: Conclusiones



Hay numerosas oportunidades de mejora en el proceso asistencial del paciente con DIO. Las recomendaciones del Estudio BARDIO pueden contribuir a mejorar dicho proceso y con ello el control del dolor.

Álvarez YE, Espinosa JC, Salcedo JM, Las Peñas RD, Martínez FC, et al. (2020) Breakthrough cancer pain: A delphi consensus study on expert recommendations for barriers that prevent the proper management of BTcP in Spain. Open J Pain Med 4(1): 024-033. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/ojpm.000020>



# Conclusiones

**Para avanzar en el tratamiento del DIO, es necesario superar las BARRERAS, específicamente:**

Las relacionadas con que el DIO no está presente en la consulta de oncología

Con el desconocimiento del DIO por parte del paciente

La falta de los recursos necesarios para manejarlo dentro del propio hospital

**Para ello, es necesario adoptar medidas como:**

Dotar la consulta oncológica de tiempo para el diagnóstico/seguimiento del DIO,

Es importante el uso de herramientas diagnósticas específicas

Asegurar que el paciente conoce y comprende el DIO

Establecer canales de comunicación y formación entre Oncología y otras especialidades implicadas así como con Atención Primaria

**Es necesario individualizar el tratamiento para el DIO, seleccionando de entre las opciones disponibles:**

Aquel con inicio de acción más rápido

Que mejor se adecue y mimetice el patrón del episodio de DIO

Más FÁCIL de utilizar y titular para el paciente

**No todos los fentanilos de acción rápida son iguales:**

Sus diferentes formulaciones dan como resultado diferentes farmacocinéticas que los hacen distintos en rapidez,

adecuación al DIO y facilidad de uso.



GRACIAS