

Discusión presentaciones

Análisis de 833 pacientes consecutivos del estudio EIPHANY

Presentado por:

Dra. Carmen Beato Zambrano. OM. Hospital NISA Sevilla

Evolución de la calidad de vida e intensidad del dolor en pacientes oncológicos con dolor moderado-intenso, sin tratamiento previo con opioides

Presentado por:

Dr Provencio y cols., en nombre de los investigadores del estudio C2

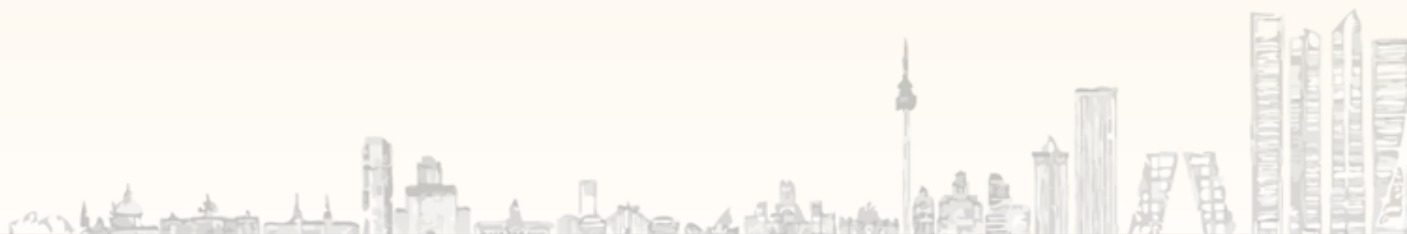
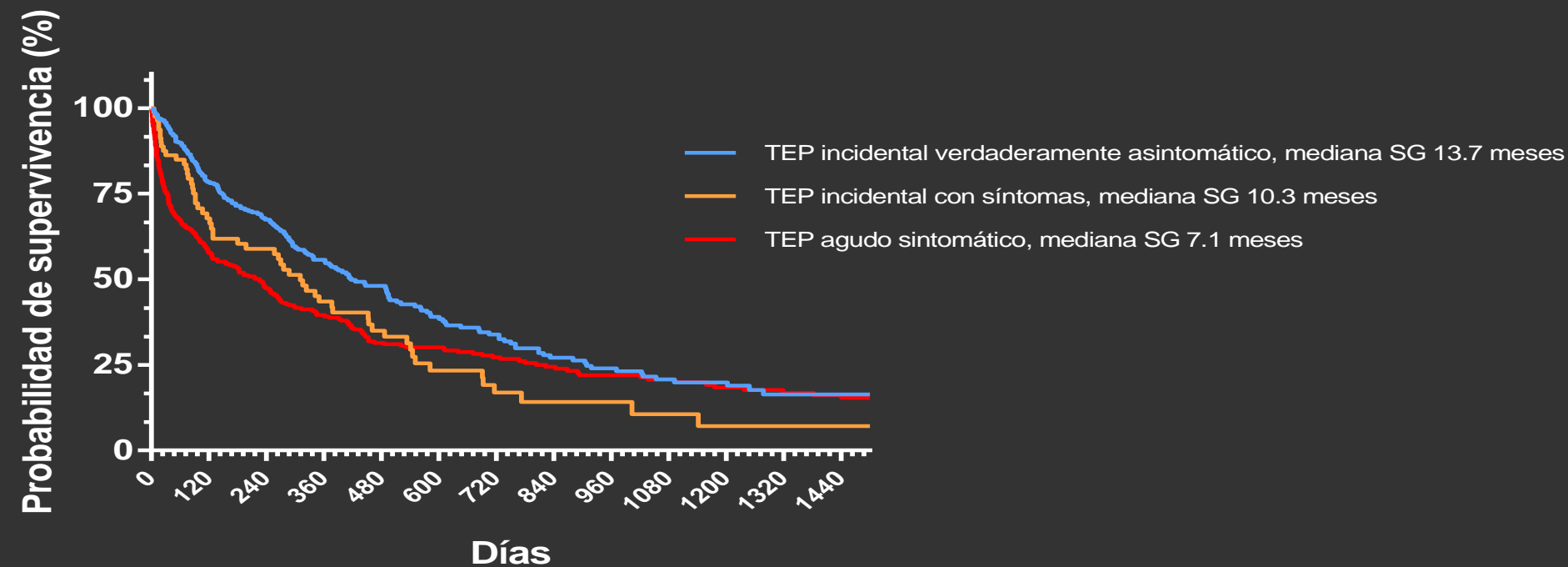


Tratamiento ambulatorio del tromboembolismo pulmonar (TEP) en el paciente con cáncer.

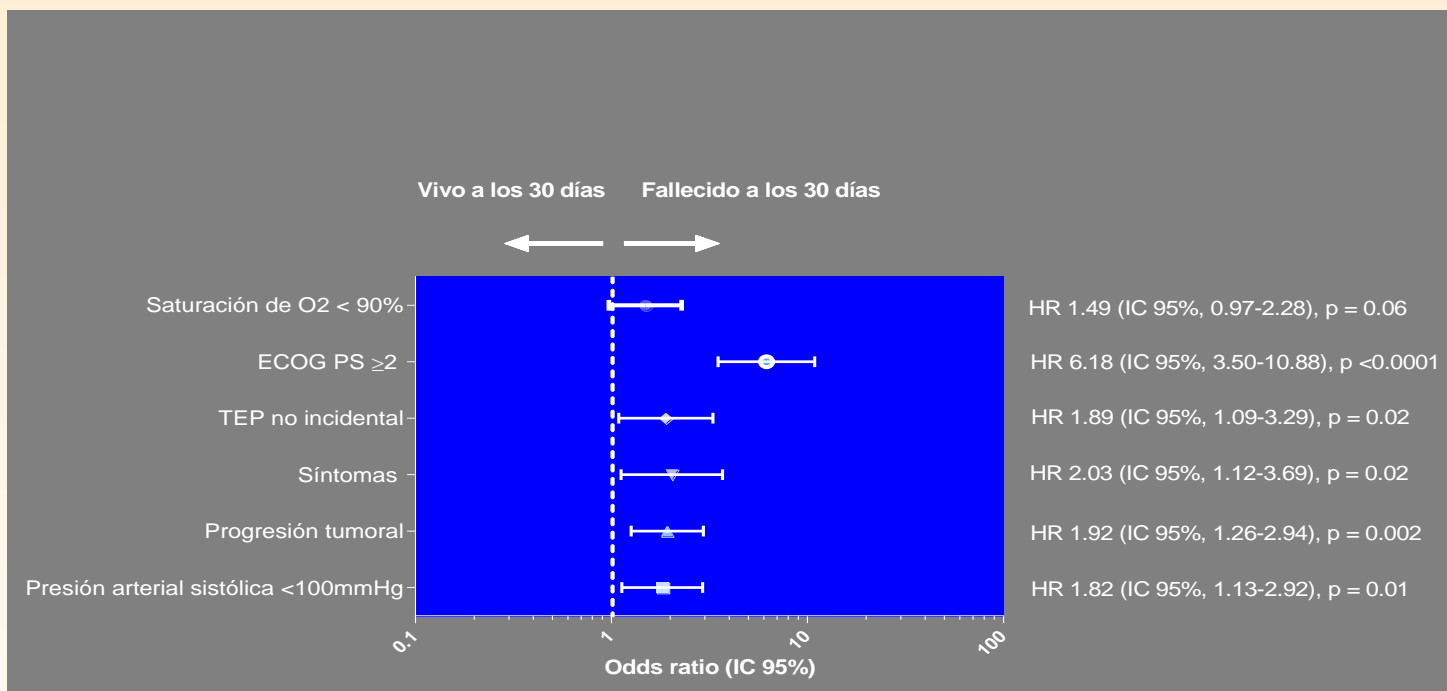
Dra Carmen Beato en nombre de investigadores del estudio Epiphany.

- TEP frecuente en pacientes con cáncer (4-20%)
- Alta morbilidad y mortalidad
- TCMD ha aumentado la detección de TEPs incidentales (2-8%)
 - Desconocimiento sobre su historia natural y manejo óptimo
- Diversos estudios observacionales, no aleatorizados o ensayos clínicos con escasa presencia enfermos oncológicos sugieren que el TEP de bajo riesgo puede tratarse en domicilio
 - Las guías clínicas (ACCP) sugieren que el tratamiento domiciliario podría ser aceptable en casos de bajo riesgo, pero en términos prácticos no se detalla con precisión en qué pacientes es seguro y factible hacerlo.
- No criterio de selección de pacientes para tratamiento ambulatorio
 - PESI/GPS no específicos de cáncer
 - POMPE-C/RIETE no incluyen TEP incidental

El TEP incidental asintomático tiene un mejor pronóstico a corto y largo plazo



Los estudios observacionales basados en la práctica clínica son una fuente útil para la búsqueda de factores pronósticos y criterios de selección para ensayos clínicos



Un grupo muy seleccionado de pacientes con TEP de bajo riesgo pueden tratarse en el domicilio

Complicaciones graves	Ambulatorios n=236
Complicaciones graves a 15 días	6 (2%)
Sangrado mayor	5 (2%)
Recurrencia trombosis	2 (1%)
Tasa de mortalidad global	4 (2%)
Muerte causada por TEP	0
Muerte relacionada con TEP	2 (1%)



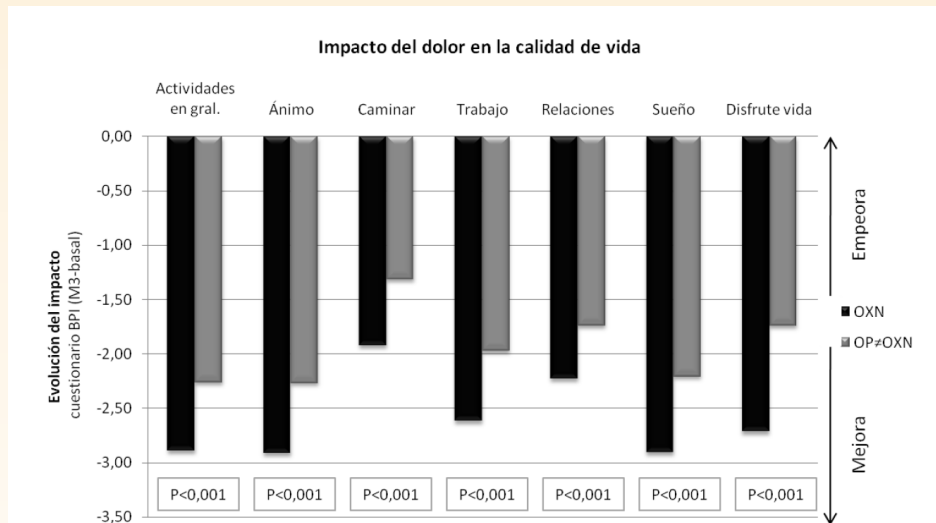
Evolución de la calidad de vida e intensidad del dolor en pacientes oncológicos con dolor moderado-intenso, sin tratamiento previo con opioides

Dr Provencio y cols., en nombre de los investigadores del estudio C2

- Estudio observacional, 88 centros
- Subanálisis pacientes sin opioide previo (n=413)

Evolución de la intensidad del dolor (cuestionario BPI)				
Intensidad	Máxima	Mínima	Media	Actual
OXN (n=263)	-46%	-60%	-54%	-62%
Basal	7,3 (1,5)	3,6 (1,7)	5,5 (1,5)	5,4 (1,8)
Mes 3	3,9 (2,1)	1,5 (1,6)	2,6 (1,7)	2,1 (1,7)
OP≠OXN (N=150)	-40%	-51%	-47%	-51%
Basal	7,0 (1,5)	3,6 (2,0)	5,4 (1,5)	5,0 (1,9)
Mes 3	4,2 (2,5)	1,8 (1,8)	2,9 (2,0)	2,5 (2,1)
OXN vs OP≠OXN	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Evolución de la función intestinal (cuestionario BFI)			
	Media	(D.T.)	N
OXN	Mejoría 33%		
Basal	21,7	(26,9)	252
Mes 3	14,5	(18,3)	245
OP≠OXN	Empeoramiento 20%		
Basal	18,4	(24,8)	148
Mes 3	22,2	(24,7)	139
OXN vs OP≠OXN	p<0,001		



Comentarios

- El estreñimiento por opioides reduce el índice terapéutico de estos fármacos
- Situación basal disminuye aún más esta barrera farmacológica (estreñimiento ~40%, y náuseas y vómitos ~20%)
- Dificultad no siempre solucionable con antieméticos y laxantes
- Antagonismo entre OX/N sólo ocurre en el intestino:
 - Biodisponibilidad naloxona oral/oxicodona <2%/60-87%
- Otros antagonistas en estudio (metilnatrexona y almivopan) y/o otras estrategias (tapentadol).
- Situaciones específicas: necesidad de dosis altas, insuficiencia renal/hepática, interacciones con otros fármacos, cambios glucoronización...?

Wirz S, et al. Am J Hosp Palliat Care. 22(5):375-81; 2005

Wirz S, et al. Eur J Pain, 13(7):737-43; 2009

Clemens KE, et al.. Curr Opin Support Palliat Care. 2(1):22-7; 2008

Larkin PJ, et al. Palliat Med. 22(7):796-807; 2008

Autor	Tipo de estudio	Diseño	Analgesia	Función intestinal	Impacto en QoL
Ahmedzai, 2012	Randomizado, doble ciego, dolor oncológico, n=185	OXN PR vs. OxyPR	BPI-SF scores similares	Mejores BFI scores, reducción del 20% uso de laxantes	Similar QoL (EQ5D, EORTC-QLQ C30) con mejora del estreñimiento
Meissner, 2009	Randomizado, doble ciego, dolor crónico, n=202	OXN PR vs. OxyPR	No pérdida de poder analgésico	Efecto dosis-respuesta	-
Simpson, 2008	Randomizado, doble ciego, n=322	OXN PR vs. OxyPR	Igualdad analgésica	Mejores BFI scores,	-
Schutter, 2010	Observacional, n=7836	OXN PR en condiciones de práctica clínica	Reducción 2.9 puntos escala BPI	Mejora del BFI al hacer el switch desde otro opioide	-
Hermanns, 2012	Observacional, dolor neuropático, n=1488	OXN PR	Descenso del dolor escala BPI	No estreñimiento inducido por opioides	Mejora de la calidad de vida
Vondrackova, 2008	Randomizado, doble ciego, dolor crónico, n=463	OXN PR vs. OxyPR	No disminución efecto analgésico	Mejoría función intestinal	-
Clemens, 2011	Fase II, dolor oncológico, n=26	OXN PR	Mejora dolor	Mejoría función intestinal	-
Smith, 2011	Observacional, voluntarios sanos, gammagrafía resina marcada, n=15	OXN PR/Oxy PR/Placebo	-	Coadministración de naloxona mejora el tránsito intestinal	-
Kuusniemi, 2012 IPOP NIS QIP	Postoperatorio, IPOP, NIS, randomizados, (n=137 y 80), QIP observacional, (n=44)	OXN PR/Oxy PR/Placebo	Similar control del dolor	Mejoría función intestinal	Similar estado de salud (SF-36)
Gatti, 2013	Observacional, dolor no oncológico, n=1051	OXN PR	Similar control del dolor	Mejoría función intestinal	-