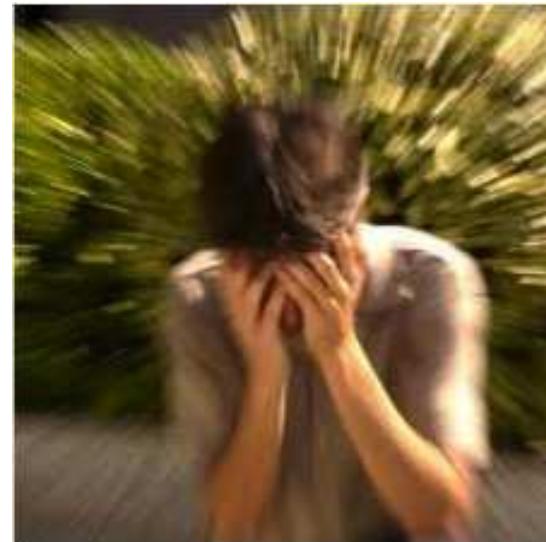
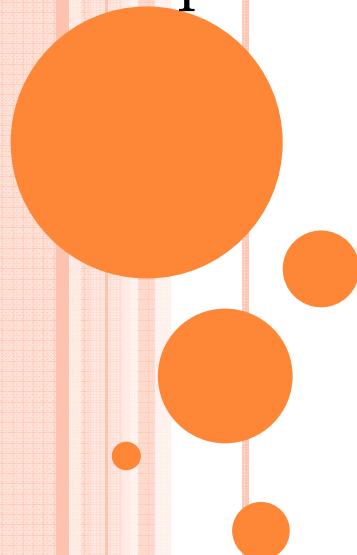


DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR IRRUPTIVO

Julián Rosselló Llerena – Coordinador de Enfermería
CS Illes Columbretes

Introducción

- Para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica habitual 8 especialistas de referencia de 4 sociedades científicas implicadas en el manejo del paciente oncológico han diseñado un documento, para el Diagnóstico y Tratamiento del Dolor Irruptivo en paciente Oncológico (DIO).



Introducción

Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso

Yolanda Escobar Álvarez^{a,*}, Albert Biete i Solà^b, Manuel Camba Rodríguez^c,
Rafael Gálvez Mateos^d, Ana Mañas Rueda^e, César A. Rodríguez Sánchez^f,
Dulce Rodríguez Mesa^g y Albert Tuca i Rodríguez^h

^a Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínic i Provincial, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Unidad del Dolor, Hospital Arquitecto Marcide, El Ferrol, La Coruña, España

^d Unidad del Dolor, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^e Servicio de Oncología Radiotrápica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^f Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario, Salamanca, España

^g Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitari Sant Joan, Reus, España

^h Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Clínic i Provincial, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Introducción

- Realizaron una búsqueda bibliográfica
- El grupo de expertos realizó una reunión de trabajo siguiendo la metodología Metaplan® (es un método de moderación grupal para la búsqueda de solución de problemas, el cual involucra a todos los participantes).

Cada una de las afirmaciones y recomendaciones fueron clasificadas según su grado de recomendación.

Introducción

- El manejo del DIO requiere de una anamnesis completa del DIO como del dolor basal
- una exploración física del paciente asociada a pruebas complementarias cuando sean precisas.
- Los fármacos de elección, deben ser aquellos que muestren una **analgesia potente**, con **rápido inicio**, de **efectos secundarios mínimos** y de **fácil administración**.

Introducción

- El fentanilo administrado por vía transmucosa (Actiq ®)
- Con independencia del opioide mayor utilizado para el control del dolor basal.



Dolor Irruptivo

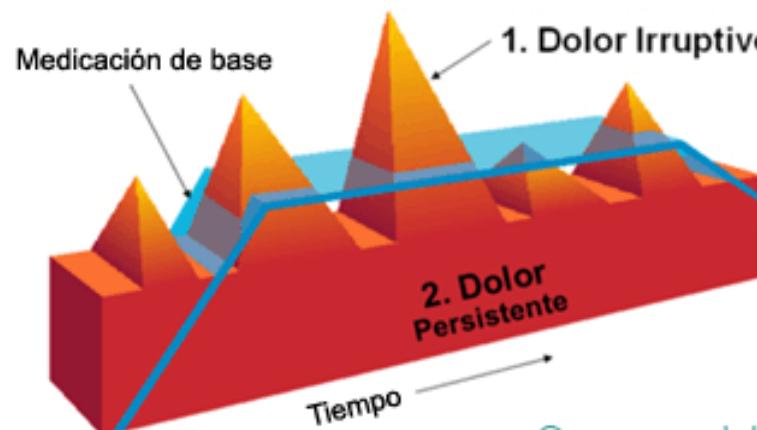
- El dolor irruptivo oncológico (DIO) es un tipo de dolor asociado a procesos tumorales que se caracteriza por su elevada complejidad, a la cual contribuyen varios factores:
- DIO se presenta en pacientes con enfermedad tumoral y que se acompaña de elevados niveles de depresión y ansiedad.

Prevalencia es alta, incluso en los estadios tempranos de la enfermedad.

Mercadante et al: el estadio tumoral, las características del propio paciente y el tratamiento utilizado. (90%).

Dolor Irruptivo

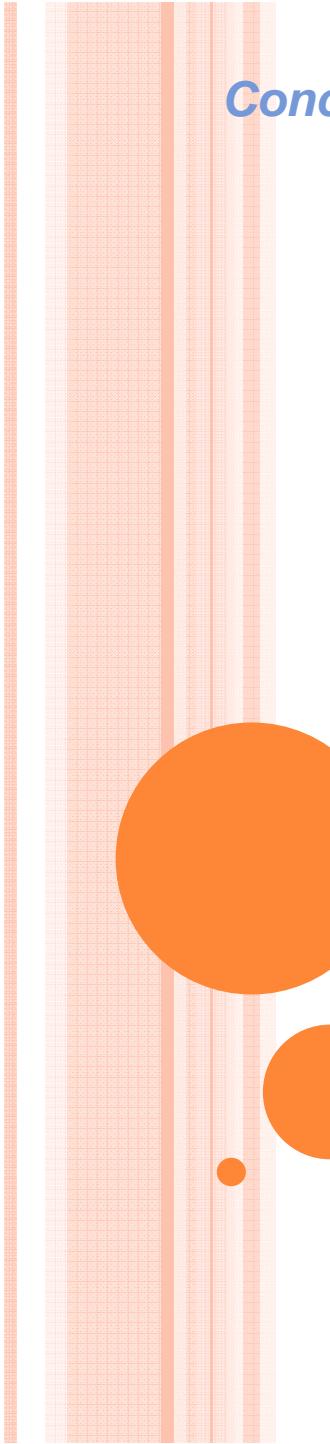
- diferentes especialidades médicas están implicadas en su diagnóstico y tratamiento, lo cual puede dificultar la homogeneidad en su manejo.
- el DIO es un factor que limita la calidad de vida del paciente, implica una insatisfacción terapéutica y supone un elevado consumo de recursos sanitarios
- en la actualidad el DIO está infradiagnosticado e infratratado.



Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo

- Las recomendaciones se han establecido sobre 3 aspectos del DIO:
 - conceptos generales,
 - diagnóstico y
 - tratamiento.





Conceptos generales sobre el dolor irruptivo oncológico

Dolor de base estabilizado

- **R.1:** se considera un dolor de base estabilizado aquel dolor crónico que presenta el paciente cuya intensidad no varia en las últimas 48 h ni precisa una variación en la dosis de analgésico para controlarlo en el mismo periodo
- **Definición del dolor irruptivo oncológico R.2:** se define el DIO como una exacerbación aguda del dolor de **rápida aparición, corta duración y moderada a elevada intensidad** que sufre el paciente cuando presenta un dolor basal estabilizado y controlado con opioides

Conceptos generales sobre el dolor irruptivo oncológico

Dolor de base estabilizado

- R.3: se ha demostrado que el DIO disminuye la **calidad de vida del paciente**, por lo que es imprescindible su correcto diagnóstico y tratamiento
- R.4: es un **síntoma** que puede aparecer en cualquier momento del curso evolutivo de la enfermedad oncológica
- R. 5: un **inadecuado** manejo del DIO implica un mayor consumo de recursos sanitarios

Clasificación del dolor irruptivo oncológico

- R.6: su etiología, su fisiopatología y los factores desencadenantes.
- R.7: **según su etiología** el DIO puede ser causado por el propio tumor, por pruebas diagnósticas y por el tratamiento antitumoral o por procesos simultáneos al cáncer (aplastamiento vertebral, herpes zoster. UPP* ..)

curso.canpal.es/documentos/DolorIrruptivo.pdf

Actuación protocolizada del
tratamiento del dolor irruptivo / incidental

Clasificación del dolor irruptivo oncológico

- R.8: **según su fisiopatología** el DIO se puede clasificar en :
 - **Nociceptivo**: si está relacionado con una activación de los nociceptores presentes en los distintos tejidos/órganos debida a daños tisulares (somático o visceral).
 - **Neuropático**: si es debido a una lesión nerviosa periférica o central de la transmisión somatosensorial.
 - **Mixto**: si el dolor presenta ambos tipos de características.

Clasificación del dolor irruptivo oncológico

- **R.9:** según los factores que lo desencadenan el DIO se clasifica en :
 - **Dolor incidental:** es el que aparece relacionado con alguna acción; a su vez se divide en:
 - Volitivo si se desencadena por una acción voluntaria (por ejemplo deambulación, comer...).
 - No volitivo si se desencadena por una acción involuntaria (por ejemplo tos, deglución...).
 - Procedimental, relacionado con maniobras realizadas por o sobre el paciente (por ejemplo cura de una úlcera, máscara para radioterapia).
 - **Dolor espontáneo o idiopático:** hace referencia al que aparece sin un precipitante claro

Clasificación del dolor irruptivo oncológico

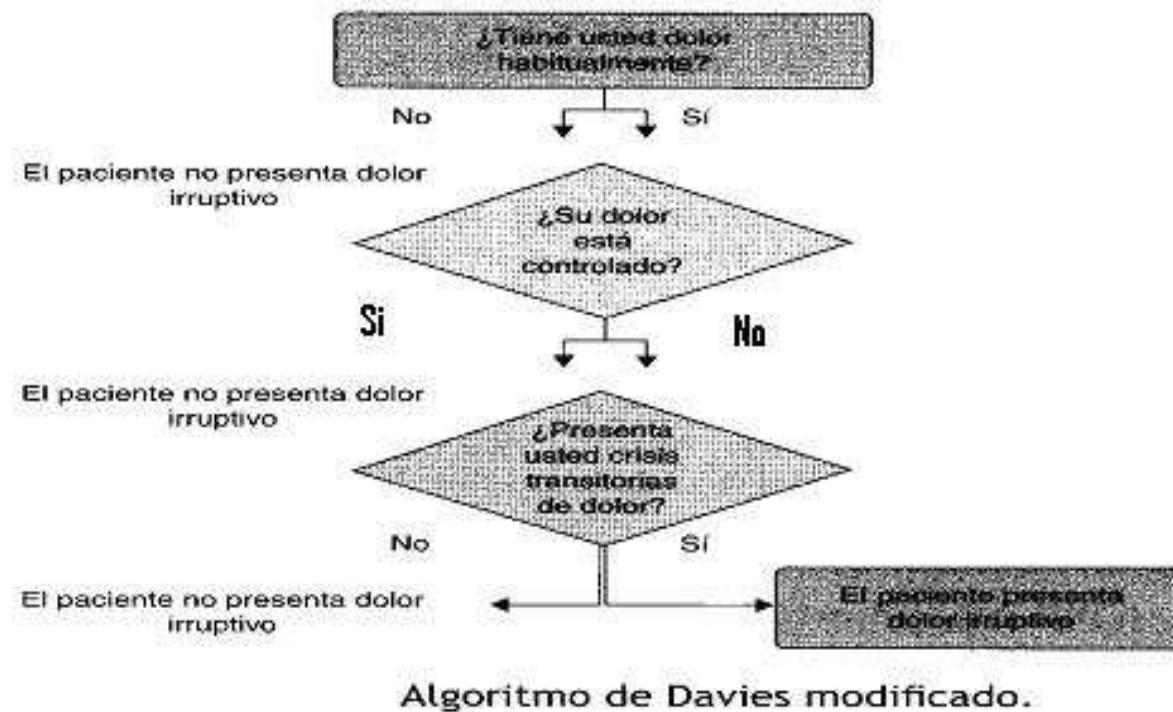
- **R.10:** el dolor por fallo de final de dosis hace referencia al que aparece antes de la siguiente dosis de un analgésico pautado de forma regular para el dolor basal (se aconseja excluirlo de la clasificación del mismo)
- **R.11:** siempre que sea posible es importante identificar y actuar sobre el agente causal del dolor irruptivo y hacerlo, preferentemente, de forma preventiva.

Diagnóstico del dolor irruptivo oncológico

- R.13: para poder realizar el diagnóstico es necesaria una anamnesis completa, tanto del DIO como del dolor basal del paciente, una exploración física centrada en el dolor y pruebas complementarias cuando sean precisas
- R. 14: para realizar la anamnesis del DIO se recomienda, como mínimo, la valoración del número de episodios, la variedad fisiopatológica y las características del dolor (tiempo de inicio, duración, intensidad, frecuencia, localización e irradiación), los factores tanto desencadenantes como calmantes y la medicación utilizada hasta ese momento.

Diagnóstico del dolor irruptivo oncológico

- R.15A: La anamnesis inicial del paciente debería incluir un diagnóstico diferencial de su dolor.



Diagnóstico del dolor irruptivo oncológico

- **R.15B:** Posteriormente, una vez diagnosticado el dolor irruptivo oncológico, se llevará a cabo una anamnesis específica que incluirá las preguntas expuestas a continuación :
 - Las crisis, ¿son similares o diferentes a su dolor habitual? ¿Son iguales todas las crisis entre sí?
 - ¿Cuánto tiempo pasa desde que se inicia el dolor hasta que llega a su máxima intensidad, segundos , minutos?
 - ¿Cuánto tiempo dura cada crisis (minutos, horas)?
 - EVA

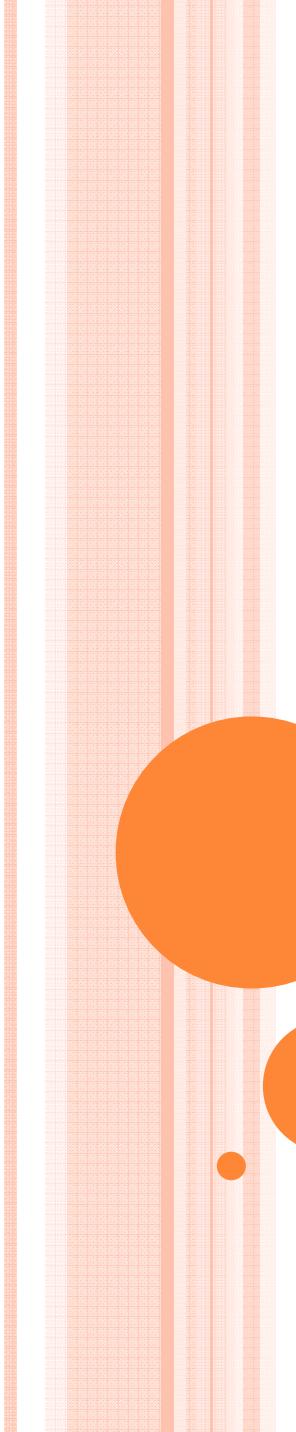
Diagnóstico del dolor irruptivo oncológico

- **R. 16:** la anamnesis del dolor, tanto al inicio como en los seguimientos, debe ser registrada en la historia clínica del paciente.
 - el profesional sanitario debería anotar en ella, al menos, la presencia de DIO, el número de episodios, su duración e intensidad.
 - Se registrará también la respuesta a los analgésicos de rescate utilizados previamente y la toxicidad de los mismos, la repercusión en la calidad de vida (sueño, ansiedad, depresión)
- R.19:** para facilitar el seguimiento es útil que los pacientes anoten sus crisis de DIO para informar al sanitario que le visite.

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

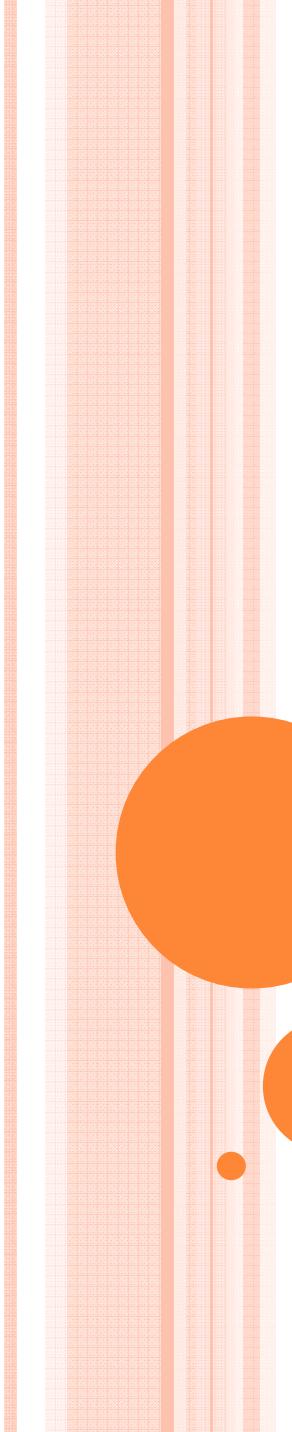
- **R.17: Long Acting Opioids (LAO).** Formulaciones de opioides de liberación controlada (normalmente administrados por vía oral o transdérmica) con una duración del efecto analgésico de 8 a 72 h y un lento inicio de acción.
- **Short Acting Opioids (SAO).** Formulaciones de opioides de liberación normal o rápida (normalmente administrados por vía oral) con una duración del efecto analgésico de 4 a 6 h y un inicio de acción a los 30-40 min.

Rapid Onset Opioids (ROO), formulaciones de opioides de liberación inmediata (por ejemplo las formulaciones de fentanilo - Actiq®) con una duración del efecto analgésico de una a 2h y un inicio de acción a los 3-15min. Normalmente se administran por vía transmucosa (oral o nasal)



Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.18:** el tratamiento analgésico del DIO es específico y no sustituye al tratamiento del dolor basal.
- **R.19:** el tratamiento analgésico del DIO con opioides debe ir acompañado, desde el inicio, de un tratamiento para la prevención de sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, estreñimiento); si no es posible realizar una prevención de los mismos el objetivo de la terapia será minimizarlos



Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.18:** el tratamiento analgésico del DIO es específico y no sustituye al tratamiento del dolor basal.
- **R.19:** el tratamiento analgésico del DIO con opioides debe ir acompañado, desde el inicio, de un tratamiento para la prevención de sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, estreñimiento); si no es posible realizar una prevención de los mismos el objetivo de la terapia será minimizarlos

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

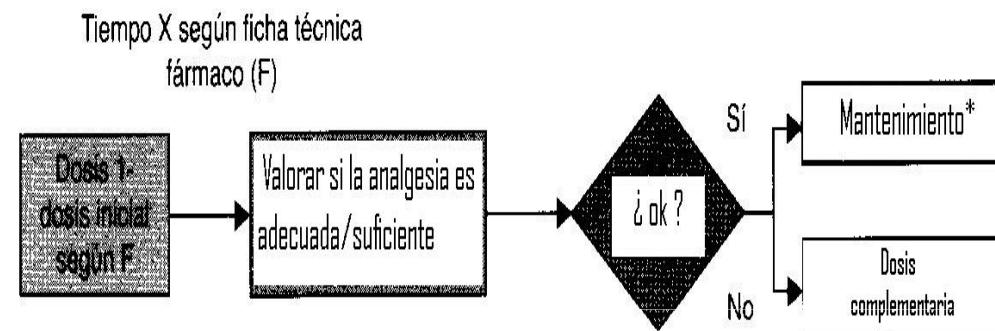
- R.20: muchos de los pacientes que presentan DIO precisan tratamientos coanalgésicos y coadyuvantes adicionales, capaces de optimizar la analgesia basal y disminuir su toxicidad



Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.21:** el tratamiento óptimo del dolor Neuropático se basa en el uso de fármacos coanalgésicos, fundamentalmente los anticomiciales y/o antidepresivos, que actúan también en la prevención de las crisis de DIO. En caso de aparición de este se recomienda —sin ser la opción terapéutica ideal— la administración de opioides de acción inmediata
- **R.22:** la vía de administración del tratamiento debe adecuarse a la situación clínica y psicosocial del paciente, así como a su ubicación (si permanece hospitalizado, si es ambulatorio o si recibe asistencia domiciliaria)

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico



*La dosis utilizada (D1) queda establecida como dosis para el paciente para tratar los siguientes episodios, siempre que siga siendo efectiva. En caso de no ser efectiva, valorar el escalado de dosis.

Se puede suministrar una dosis complementaria, según ficha técnica del fármaco. La suma ($D1 +$ dosis complementaria) queda establecida como dosis de inicio para el siguiente episodio de DIO.

No se debe suministrar fármaco para tratar el siguiente episodio antes del tiempo que se indique en ficha técnica.

Figura 3 Proceso de titulación de un fármaco para el DIO.

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.23:** según la OMS los opioides mayores son el tratamiento recomendado para el DIO, pero es imprescindible que el paciente esté recibiendo también opioides para el tratamiento del dolor basal (tolerancia).
- **R.24:** deben utilizarse analgésicos potentes con rápido inicio de acción y con un mínimo metabolismo de primer paso hepático, como son los fármacos administrados por vía transmucosa, iv, o espinal, ya que aseguran una elevada biodisponibilidad.

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.25:** el fármaco ideal para el tratamiento del DIO deberá cumplir las siguientes especificaciones
 - • Ser un analgésico potente.
 - • Tener un inicio de acción rápido (10min o menos).
 - • Tener una corta duración del efecto (2 h o menos).
 - • Poseer mínimos efectos secundarios.
 - • Ser de fácil administración (cómodo, no invasivo y auto-administrable).

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.26:** el fentanilo, al presentar una elevada potencia analgésica, es el principio activo que más se ajusta a las necesidades analgésicas del dolor irruptivo en el momento actual, con independencia del opioide mayor utilizado para el control del dolor basal



Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- R.27: a continuación se detallan las características generales de los SAO y los ROO

Tabla 3 Características generales de los opioides de liberación rápida (SAO) e inmediata (ROO)

Principio activo	Inicio de la analgesia (min)	Duración del efecto (h)	Ventajas y desventajas
SAO			
Morfina (oral)	30 -40	4	V: disponible en diversas presentaciones y en concentración líquida D: inicio lento de analgesia y biodisponibilidad muy variable
Oxicodona (oral)	30	4	V: disponible en diversas presentaciones y en concentración líquida D: inicio lento de analgesia y biodisponibilidad muy variable
Hidromorfona (oral)	30	4	D: no concentración líquida, inicio lento de analgesia para el DIO de origen idiopático. No disponible en la actualidad en España
Metadona (oral)	10 -15	4-6	V: inicio de acción más rápido en un estudio pequeño vs el resto de SAO D: farmacología y farmacocinética complejas D: duración del efecto más largo; larga semivida de eliminación y riesgo de toxicidad por acumulación 6 D: duración del efecto en función de cada paciente
ROO			
Fentanilo (transmucoso)	5 -10	1-2	V: el inicio de acción es el más rápido D: requiere titulación de dosis

Fuente: adaptada de Fisher et al.¹⁹

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.28:** los grupos de fármacos denominados SAO y ROO pueden ser ambos útiles para el tratamiento del DIO predecible, ya que permiten su administración con anterioridad a la aparición del dolor ocasionado por una maniobra realizada por el propio paciente, su cuidador o el personal sanitario
- **R.29:** La morfina de acción rápida **no es**, habitualmente, el medicamento óptimo para el tratamiento del DIO debido a su lento inicio de acción y a la larga duración del efecto analgésico; su papel se limita a la **prevención del dolor incidental volitivo o procedimental**

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.30:** los ROO (fentanilo de liberación inmediata) son los fármacos de elección para el tratamiento del DIO debido a sus características farmacocinéticas y al rápido inicio de acción, muy especialmente en el dolor idiopático o espontáneo
- **R.31:** hay que titular siempre la dosis del fármaco usado para el DIO (igual que se titula para el dolor basal), ya que no se dispone de una equivalencia entre la dosis de LAO y de ROO. Se recomienda empezar con la menor dosis disponible del fármaco e ir escalando dosis a intervalos horarios, hasta encontrar la mínima dosis eficaz

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- R.32: el dolor es un síntoma cambiante y evolutivo y, por ello, su tratamiento debe ser dinámico. Es preciso realizar un seguimiento del paciente durante la fase de titulación del fármaco. Se recomienda una primera evaluación antes de transcurridas 72 h desde el inicio del tratamiento.
- Es conveniente que el paciente anote en su hoja de prescripciones —tanto a nivel intrahospitalario como extrahospitalario— **la dosis, el intervalo y el número máximo posible de dosis diarias del fármaco administradas**

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.33:** una parte del éxito del tratamiento del DIO se basa en la educación sanitaria que se logre trasmitir al paciente y a su entorno acerca del dolor y su manejo.
- **R.34:** a pesar de que el dolor basal esté bien controlado, la presencia de DIO es un motivo de insatisfacción terapéutica global para el paciente y condiciona en gran medida su calidad de vida
- **R.35:** el seguimiento telefónico del paciente con DIO, cuando se dispone de medios para realizarlo, es una estrategia eficaz para el control evolutivo
- **R.36:** los equipos de atención primaria deben implicarse en el tratamiento y seguimiento del paciente con DIO

Tratamiento del dolor irruptivo oncológico

- **R.33:** una parte del éxito del tratamiento del DIO se basa en la educación sanitaria que se logre trasmitir al paciente y a su entorno acerca del dolor y su manejo.
- **R.34:** a pesar de que el dolor basal esté bien controlado, la presencia de DIO es un motivo de insatisfacción terapéutica global para el paciente y condiciona en gran medida su calidad de vida
- **R.35:** el seguimiento telefónico del paciente con DIO, cuando se dispone de medios para realizarlo, es una estrategia eficaz para el control evolutivo
- **R.36:** los equipos de atención primaria deben implicarse en el tratamiento y seguimiento del paciente con DIO

Conclusiones

- El DIO tiene suficiente relevancia clínica como para que se conozca su verdadera **prevalecia**, la frecuencia de aparición de sus distintos tipos y su relación con el estadio tumoral o con los diferentes tipos y localizaciones tumorales.
- El diagnóstico del DIO debe ser **específico** e incluir una anamnesis dirigida, una exploración física y las pruebas complementarias que fueran precisas.
- El DIO debe tratarse de forma idónea, para lo cual se recomienda el uso de **fármacos potentes con rápido inicio de acción y corta duración**.
- Este tratamiento debe ser siempre **complementario** del tratamiento **opioide** usado para el **dolor basal** y la dosis debe ser **titulada** .

Conclusiones

- **La reevaluación precoz** se considera esencial en el proceso de titulación y los efectos adversos deben prevenirse o, al menos, minimizarse, tal y como se hace en el tratamiento del dolor basal.
- No debe olvidarse la existencia de fármacos y técnicas **coanalgésicas y coadyuvantes** que pueden mejorar el control del dolor y disminuir la dosis de opioides.

GRACIAS POR VUESTRA ATENCION

