

DOLOR IRRUPTIVO: TRATAMIENTO

Silvia Muñoz Borrajo
Residente de 3r año de Oncología Médica
Hospital Josep Trueta-ICO Girona

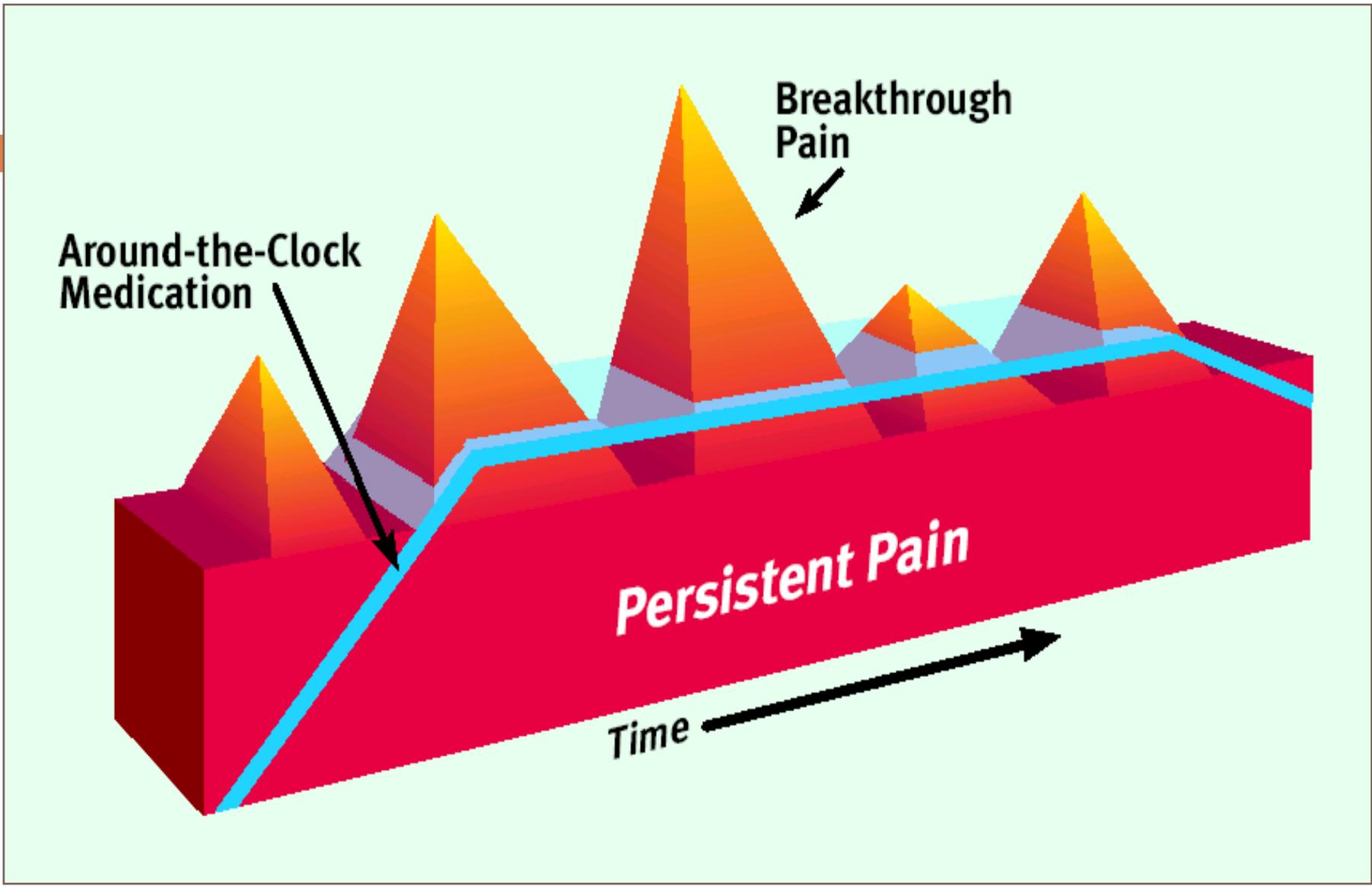
Introducción: Definición



Se define como una **exacerbación aguda** del dolor de rápida aparición, corta duración y de moderada a elevada intensidad, que sufre el paciente cuando éste presenta un dolor basal estabilizado y controlado con opioides.

Mercadante S, et al. Cancer. 2002;94: 832–839.

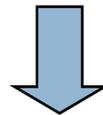
Portenoy RK et al. Pain. 1990;41:273-281



Bennett et al. *Pharmacol Ther* 2005;30:354-61
Portenoy et al. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (3rd ed). 2004. Oxford University Press, Oxford, 438-458

Introducción

- El dolor irruptivo tiene un impacto negativo sobre la función del paciente, y produce trastornos psicológicos, efectos sobre el estado de ánimo, la ansiedad, la depresión y el sueño.



abordaje multidisciplinar

Generalidades



- El tratamiento analgésico debe ser **específico** y no sustituye al tratamiento del dolor basal.
- Debe ser **integral**: prevención y medidas terapéuticas analgésicas y coanalgésicas tanto farmacológicas como no farmacológicas.
- **Individualizado**
- El tratamiento recomendado son los **opioides mayores**.

Generalidades

- Conocer la **duración e intensidad**, así como el **inicio** del dolor para la adecuada selección de la mejor opción farmacológica y vía de administración.
- Siempre que sea posible, es importante identificar y actuar sobre el **agente causal del dolor irruptivo** y, si se puede, hacerlo de forma preventiva.
- La vía de administración debe adecuarse a la situación clínica y psicosocial, así como a la ubicación del paciente.
- Conocer **interacciones** entre fármacos para mayor eficacia del tratamiento.

Fármaco ideal

- Analgésicos potentes
- Rápido inicio de acción (≤ 10 min)
- Efecto de corta duración (≤ 2 h)
- Mínimos efectos secundarios
- Fácil administración
- Minimizar el metabolismo de primer paso hepático
(via transmucosa, ev, sc o espinal) ↑ →
disponibilidad

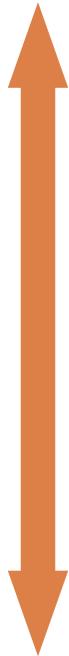
Clasificación de opioides

- Long acting opioids (LAO): liberación controlada (vo o transdérmica) 8-12 horas.
- Short acting opioids (SAO): liberación normal o rápida (VO) 4-6 horas.(30-40 min)
- Rapid Onset opioids (ROO): liberación inmediata (vía transmucosa: oral o nasal) 1-2 horas (3-15 min)

Características generales de los opioides

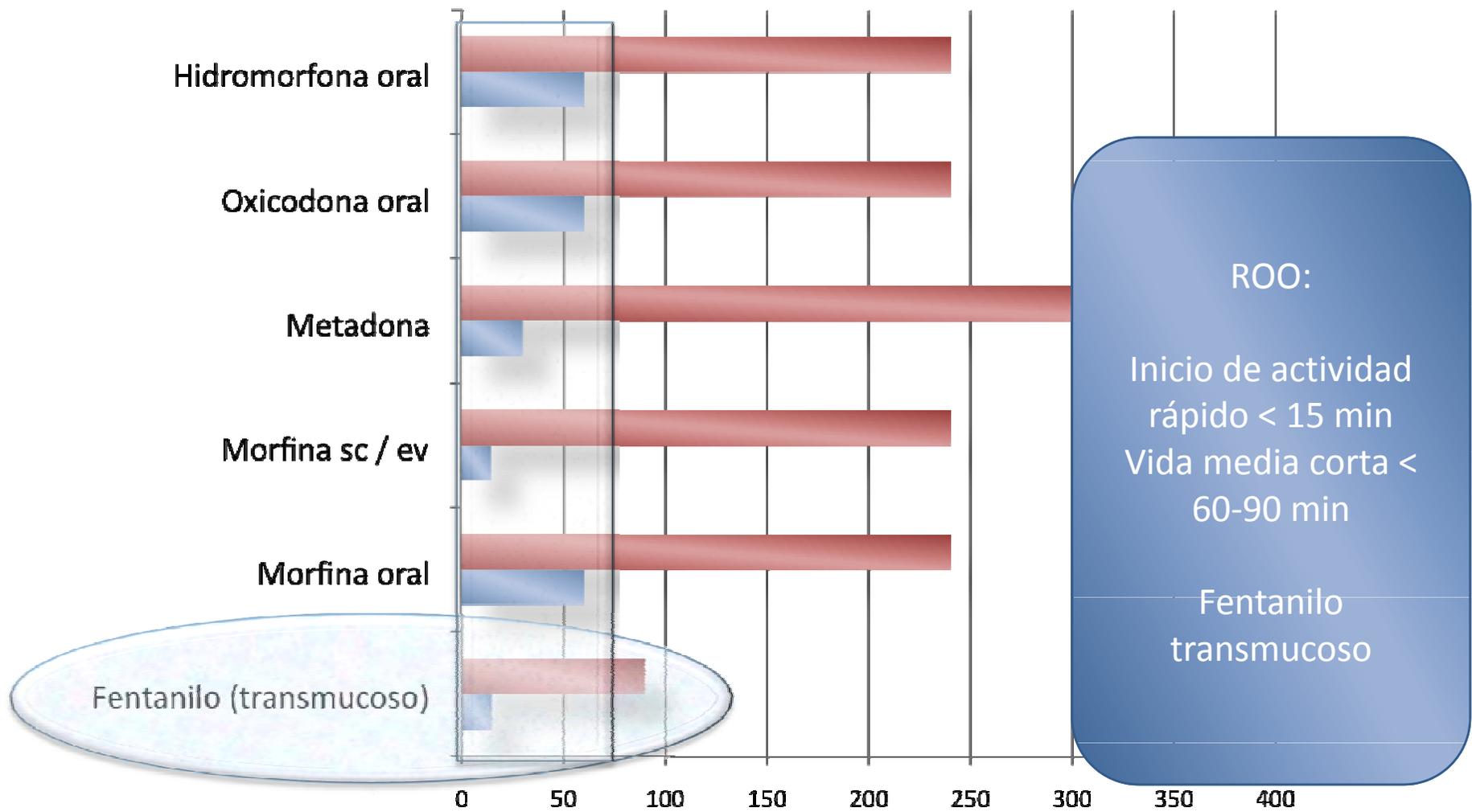
SAOs i ROOs

Hidrofílico

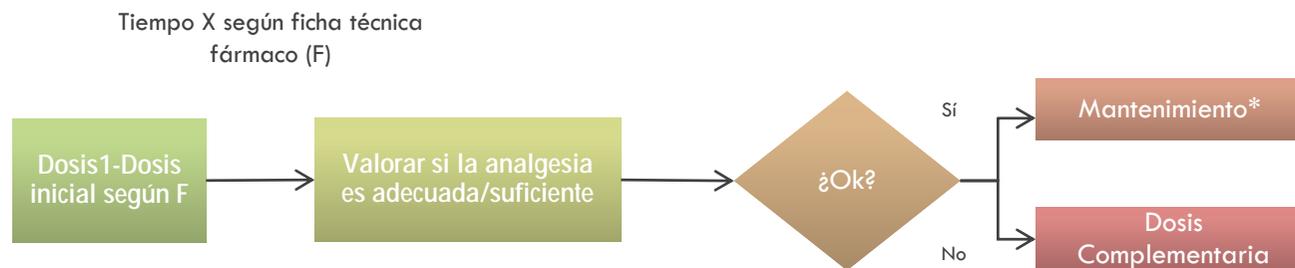


Lipofílico

	PA	Inicio de la analgesia	Duración del efecto	Ventajas y desventajas
SAOs	Morfina (oral)	30-40 minutos	4 horas	V.- Disponible en diversas presentaciones y en solución líquida. D.- Inicio lento de analgesia Biodisponibilidad muy variable
	Oxicodona (oral)	30 minutos	4 horas	V.- Disponible en diversas presentaciones y en concentración líquida. D.- Inicio lento de la analgesia Biodisponibilidad muy variable
	Metadona (oral)	10-15 minutos	4-6 horas	V.- Inicio de acción más rápido en un estudio pequeño vs. el opioide habitual del paciente ¹ D.- Farmacología y farmacocinética complejas. Duración prolongada del efecto; larga semivida de eliminación y riesgo de toxicidad por acumulación
	Hidromorfona (oral)	90-120 minutos	6-8 horas	V.- Altamente soluble en agua y tiene varias presentaciones D.- Inicio de acción lento (↑ metabolismo de 1r paso hepático)
ROOs	Fentanilo (transmucoso)	5-10 minutos	1-2 horas	V.- Inicio de acción inmediato D.- Requiere titulación de dosis en cada paciente



Titular dosis



*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 .

Tratamiento según clasificación del dolor irruptivo oncológico

□ DOLOR INCIDENTAL:

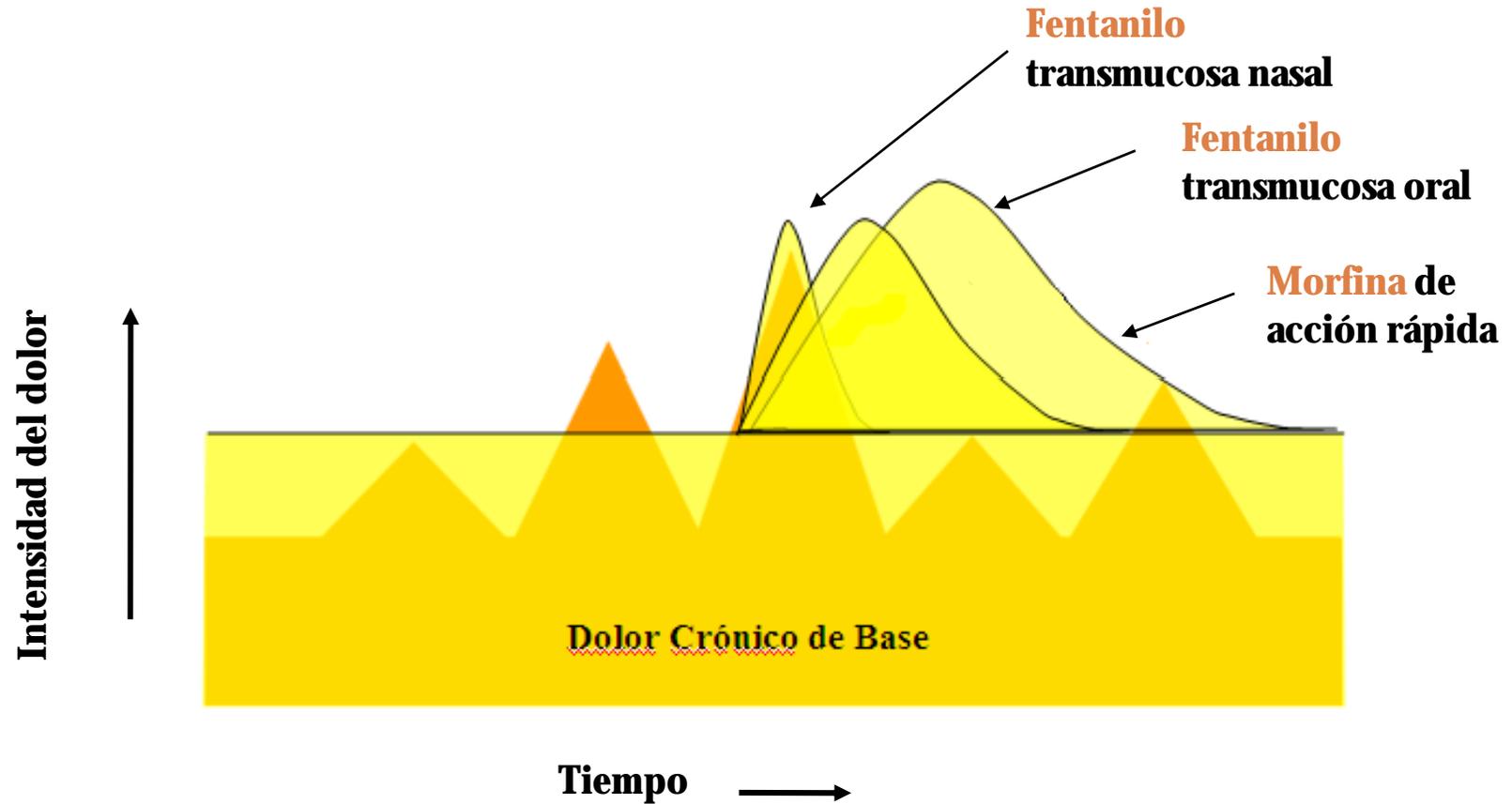
- Volitivo
- No volitivo*
- Procedimental

Morfina,
hidromorfona,
oxicodona
fentanilo

□ DOLOR ESPONTÁNEO O IDIOPÁTICO

Fentanilo de
liberación inmediata

Fármacos y vía de administración



Fentanilo	Actiq	Effentora	Instanyl	PecFent	Abstral
Forma administración	Aplicador transmucoso oral	Comprimido transmucoso bucal	Espray intranasal	Espray intranasal	Comprimido Sublingual
Tiempo aplicación	15'	15'	Inmediato	Inmediato	Inmediato
Inicio analgesia	15'	10 -15'	4 -11'	3 - 5'	10-15'
Tiempo duración	2,5-5 horas	4 horas	56'-120'	120'	4 horas
Cmax pg/ml	196 (200 µg)	400 (200 µg)	478 (100µg)	337 (100 µg)	302 (200 µg)
Tiempo espera 2ª dosis	15'	30'	10'	15'	15-30 '
Biodisponibilidad	47%	65%	89%	85%	70%
Autorregulable	Si	No	No	No	No
Necesidad titulación	Si	Si	Si	Si	Si
Necesidad saliva	Si	Si	No	No	Si
Irritación local	No	Si	Si	Si*	No

Effentora (citrato de fentanilo)

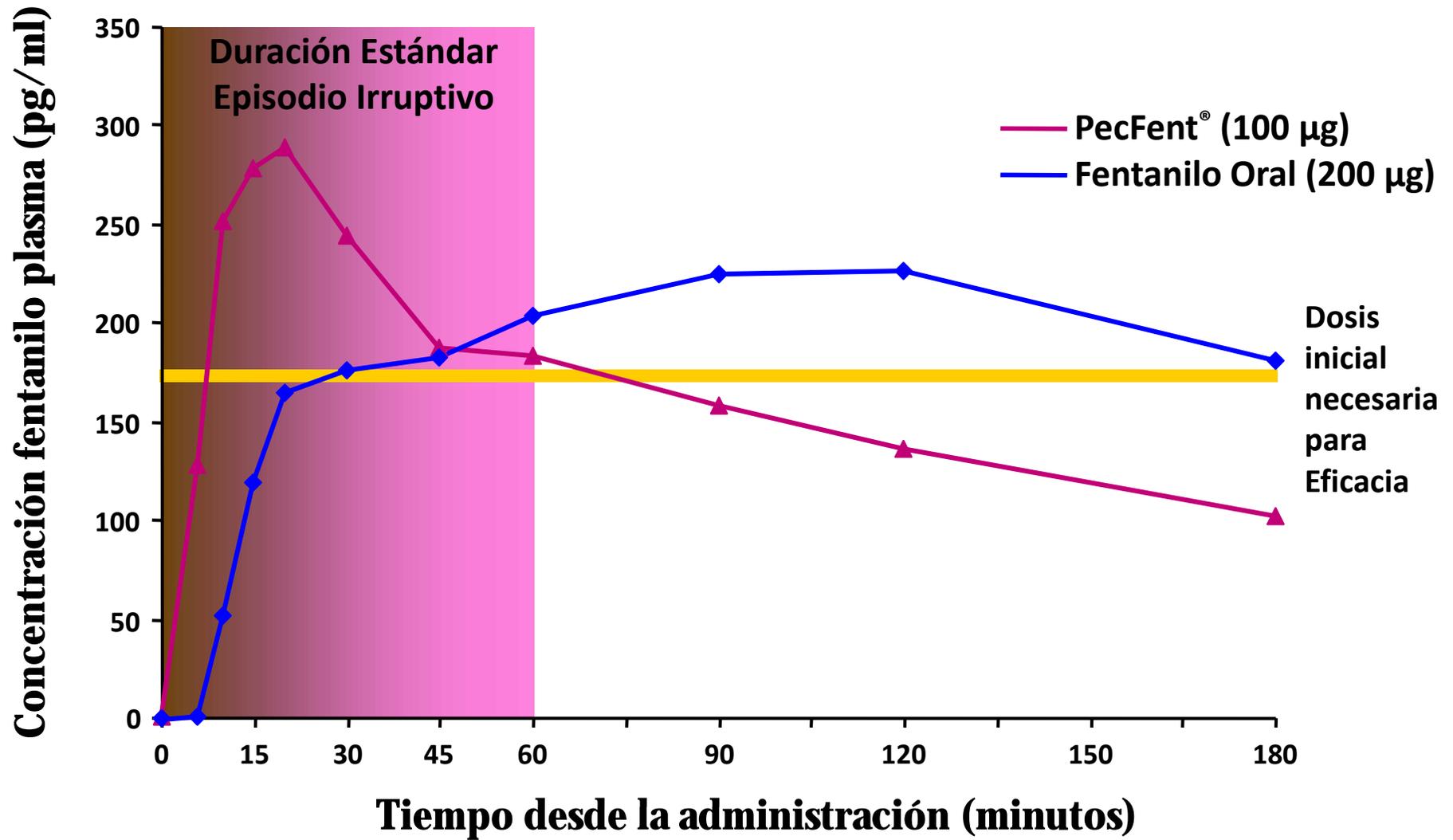


- ❑ Vía transmucosa bucal.
- ❑ Utiliza una forma de liberación basada en la tecnología ORAvescent, que da una potente eficacia analgésica.
- ❑ Biodisponibilidad total del 65%.
- ❑ Inicio de acción rápido (10-15 min)
- ❑ Menor riesgo de intoxicación
- ❑ Comodidad.
- ❑ Tiempo de disolución variable.
- ❑ Titular dosis.
- ❑ Problemas: xerostomía, lesiones mucosa oral, prótesis dentarias, insuficiencia hepática o renal.
- ❑ Efectos adversos igual al resto de opioides.

PecFent (citrato de fentanilo)



- Vía intranasal
- Tiempo de aplicación inmediata.
- Biodisponibilidad total del 85%.
- Inicio de acción rápido (3-5 min)
- Menor riesgo de intoxicación (duración efecto: 1 20 min).
- Comodidad.
- Titular dosis.
- Problemas: epistaxis, rinorrea, molestias nasales, obstrucción de vías respiratorias altas, dolor faringo-laríngeo, rinalgia, trastorno de mucosa nasal, estornudos, hipoestesia intranasal, goteo nasal, sequedad nasal.
- Efectos adversos igual al resto de opioides.



Abstral (citrato de fentanilo)

- Vía sublingual
- Tiempo de aplicación inmediata.
- Biodisponibilidad total del 70%.
- Inicio de acción rápido (10-15 min)
- Menor riesgo de intoxicación (duración efecto: 4h).
- Comodidad.
- Titular dosis.
- Problemas: xerostomía
- Efectos adversos igual al resto de opioides.

Contraindicaciones



- Hipersensibilidad al principio activo.
- Paciente sin tratamiento de base con opioides.
- Depresión respiratoria grave o MPOC grave.

A tener en cuenta...



- Efectos adversos de los opioides (mareo, cefalea, náuseas, vómitos, reacciones locales,...)
- Precauciones uso en depresión respiratoria, insuficiencia hepática o renal, bradiarritmias, hipovolemia e hipotensión,...
- Interacciones farmacológicas (metabolismo por medio del isoenzima 3A4 del citocromo p450).

Medidas coanalgésicas

□ Farmacológicas:

- Anticomiciales
- Antidepresivos

□ No farmacológicas:

- Radioterapia (afectación ósea)
- Técnicas analgésicas invasivas (afectación de plexos)
- Rehabilitación
- Soporte psico-social
- Otras: acupuntura, sistemas implantables,...

Seguimiento

- El dolor es un síntoma cambiante y evolutivo **tratamiento** dinámico.
- Objetivo: evaluar eficacia y tolerabilidad.
- Se recomienda una primera reevaluación antes de 72 h de iniciado el tratamiento.
- La estrategia terapéutica (incluidas la coanalgesia, la radioterapia, la rehabilitación, etc.) debe constar en la historia clínica y en el informe del paciente.
- Implicar a los equipos de atención primaria.

Conclusiones

- A pesar de que el dolor basal esté bien controlado, la presencia de dolor irruptivo es un motivo de **insatisfacción terapéutica global** y condiciona en gran medida su calidad de vida.
- Necesidad de un abordaje multidisciplinar.
- Deben utilizarse **analgésicos potentes con rápido inicio de acción**, que minimicen el **metabolismo de primer paso hepático** (vía **transmucosa (oral o nasal)**), i.v., s.c. o espinal, ya que aseguran una **↑ biodisponibilidad** y con mínimos efectos secundarios.
- Los **opioides mayores** son el tratamiento recomendado. El **Fentanilo transmucoso** como fármaco de elección.

