



DOLOR IRRUPTIVO EN EL CANCER

1.- DEFINICION

Aunque se han utilizado diferentes términos “dolor episódico” “dolor incidental”, el termino aceptado actualmente es “dolor irruptivo” traducción del término inglés “breakthrough pain”. Se define como “ como una exacerbación transitoria de dolor experimentado por un paciente con el dolor basal relativamente estable y adecuadamente controlado”. [1]

El dolor irruptivo se caracteriza por ser de aparición brusca, con una duración media de 30 minutos, pudiendo presentar el paciente varios episodios de dolor en un día (1-4).

En función de su presentación se puede clasificar en:

- Incidental: se desencadena ante una acción voluntaria (deambular), involuntaria (tos) o procedimental (cura).
- Espontaneo, aparece sin ningún desencadenante.

2.- TRATAMIENTO

El tratamiento fundamental se realiza con fármacos opioides

2.1 MORFINA

Administrada por vía oral o subcutánea (esta última indicada en pacientes que estén en tratamiento por esta vía mediante infusor)

- VIA ORAL

Sulfato de morfina de liberación rápida, se presenta en forma de comprimidos Sevredol ® comprimidos de 10 y 20 mg y en forma de solución acuosa

Oramorph® se presenta en unidosis de 10,20 y 100 mg y en viales con 2mg/ml y 20 mg/ml.

- VIA SUBCUTANEA

Cloruro mórfico ampollas al 1% con 1 cc (10 mg) y al 2% con 1 cc (20 mg).

DOSIFICACIÓN

La dosis de morfina para el tratamiento del dolor irruptivo es **1/6** de la dosis de morfina u opioide equivalente administrada en 24 horas. A un paciente en tratamiento con morfina de liberación retardada (MST continus ®) 120 mg/día, le correspondería una dosis de morfina de rescate de 20 mg. En el caso de pacientes en tratamiento con otro



opioide se realiza la conversión de dosis equivalente a morfina, a un paciente en tratamiento con Fentanilo transdermico 100, dada que la equivalencia con morfina oral es de 200 mg, la dosis de rescate de morfina que le corresponde es $200:6 = 30$ mg. En la tabla 1 aparece las dosis de conversión entre opioides.

TABLA 1. EQUIVALENCIA OPIOIDES

CODEINA 90 mg	MORFINA 9 mg	: 10
TRAMADOL 300Mg	MORFINA 30 mg	: 10
OXICODONA 30 mg	MORFINA ORAL 60 mg	X 2
HIDROMORFONA 8 mg	MORFINA ORAL 40 mg	X 5
TAPENTADOL 100 mg	MORFINA 40 mg	: 2,5
FENTANILO TD 25 mg	MORFINA ORAL 60	X 2
BUPRENORFINA TD 35 52,5 70	MORFINA 60 90 120	X 1,7
MORFINA ORAL 60 mg	MORFINA SBC 30 mg	: 2

2.2 FENTANILO

En la actualidad disponemos de varias presentaciones, en la tabla 2 se describen las mismas así como la vía de administración.

TITULACION Y DOSIFICACION

Al contrario que con la morfina no existe dosis de rescate definida en función de la dosis del opioide administrado como tratamiento basal , por lo que habrá que titular en cada paciente la dosis idónea. En general se recomienda comenzar con la dosis más baja y ante la falta de respuesta , administrar una segunda dosis a los 30 minutos , si con esta segunda dosis conseguimos el alivio del dolor, esa será la dosis adecuada, de esta

manera y con aumentos progresivos de dosis se titulará la dosis idónea para cada paciente.

TABLA 2. DOLOR IRRUPTIVO, USO DEL FENTANILO [5] [6]

Nombre comercial presentaciones	Forma de administración	Titulación
Actiq 200,400,600, 800,1200, 1600 mcg.	Mediante el aplicador de plástico se frota el comprimido contra la mejilla. No se deben masticar ni chupar	Dosis inicial 200 mg Si a los 15-30 minutos no se consigue analgesia, administrar un segundo comprimido con la misma dosis. Si esta es eficaz en el siguiente episodio utilizar esta dosis (400 mcg) y así progresivamente. No administrar más de 2 comprimidos por episodio Alcanzada la dosis eficaz no administrar más de 4 comprimidos día
Effentora 100,200,400,600, 800 mcg	Comprimidos bucales que se colocan entre molar y mejilla hasta su total disolución, no tragar, masticar ni chupar. En caso de sequedad de boca, humedecerla previamente con agua.	Dosis inicial 100 mcg. Si a los 30 minutos no se consigue analgesia, administrar un segundo comprimido con la misma dosis. Si esta es eficaz en el siguiente episodio utilizar esta dosis (200 mcg) y así progresivamente. No administrar más de 2 comprimidos por episodio Alcanzada la dosis eficaz no administrar más de 4 comprimidos día
Abstral 100,200,300, 400,600,800 mcg.	Colocación sublingual hasta su disolución completa, no tragar, masticar ni chupar.	Dosis inicial 100 mcg. Si a los 30 minutos no se consigue analgesia, administrar un segundo comprimido con la misma dosis. Si esta es eficaz en el siguiente episodio utilizar esta dosis (200 mcg) y así progresivamente. No administrar más de 2 comprimidos por episodio Alcanzada la dosis eficaz no administrar más de 4 comprimidos día
Pecfent 100,400 mcg por pulverización	Administración mediante pulverización nasal.	Dosis inicial 100 mcg Ante la falta de respuesta utilizar dos pulverizaciones de 100 mcg en cada fosa nasal para el siguiente episodio de dolor, deben transcurrir 4 horas entre la siguiente administración. Si con esta dosis no hay efecto analgésico utilizar 400 mcg en el siguiente episodio Alcanzada la dosis eficaz no administrar más de 4 pulverizaciones día
Instanyl 50,100,200 mcg	Administración mediante pulverización nasal	Dosis inicial 50 mcg Si a los 10 minutos no se consigue analgesia se puede administrar la misma dosis, con aumento progresivo de dosis hasta alcanzar dosis eficaz Alcanzada la dosis eficaz no administrar más de 4 pulverizaciones día



--	--	--

3.- OPIOIDE DE ELECCION EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR IRRUPTIVO EN CANCER

Es un tema controvertido, si analizamos el inicio y duración del efecto el fármaco de elección sería el fentanilo ya que consigue un inicio de acción rápido (10-15 minutos) y la duración del efecto es de 1-3 horas, frente al mismo la morfina tiene un inicio de acción más lento (30-40 minutos) y mayor duración de acción 3-6 horas [1]. Sin embargo la relevancia clínica de estas ventajas es controvertida.

La EAPC (Asociación Europea de Cuidados Paliativos) en un documento de consenso [2] indica “en algunos casos la forma bucal o intranasal de fentanilo es preferible a los opioides de liberación rápida vía oral por su más rápido inicio de acción y su más corta duración el efecto”

Sin embargo la guía de práctica clínica NICE es bastante explícita, recomendando morfina de liberación rápida como opioide de rescate de elección[3].

Por lo tanto a nivel práctico utilizaremos inicialmente morfina de liberación rápida como dosis de rescate que en caso de que la aparición del dolor sea predecible se puede administrar 30 minutos antes del desencadenante (cura, movilización).

El fentanilo estaría indicado en pacientes con dificultad para la toma oral de morfina y ante la falta de respuesta a la misma.

4.-OTRAS CONSIDERACIONES PRÁCTICAS [4]

- La dosis mínima que el paciente debe estar tomando para administrar rescates con opioides de liberación rápida es de 60 mg de morfina o equivalente.
 - No se recomienda utilizar más de 4 rescates día, con al menos 4 horas entre dosis
- Si son necesarios más de 2 rescates deberemos revisar el tratamiento aumentando la dosis del opioide de liberación prolongada.



1. Porta-Sales, J., et al., *Dolor irruptivo en cáncer*. Medicina Clínica, 2010. **135**(06): p. 280-285.
2. Caraceni, A., et al., *Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC*. The Lancet Oncology, 2012. **13**(2).
3. Cancer, N.C.C.f., *Palliative care for adults: strong opioids for pain relief*. 2012, NICE guidelines 140.
4. Twycross, R., et al., *Fentanyl (transmucosal)*. Journal of Pain and Symptom Management, 2012. **44**(1): p. 131-149.
5. CADIME, *Tratamiento del dolor irruptivo*. Bol Ter Andal, 2011. **27**(4).
6. BIT, *Fentanilo nasal*. BIT. Ficha de evaluación terapéutica., 2013. **5**.

Lorenzo Pascual López

Grupo de Cuidados Paliativos y Atención Domiciliaria SVMFiC

Abril 2016