

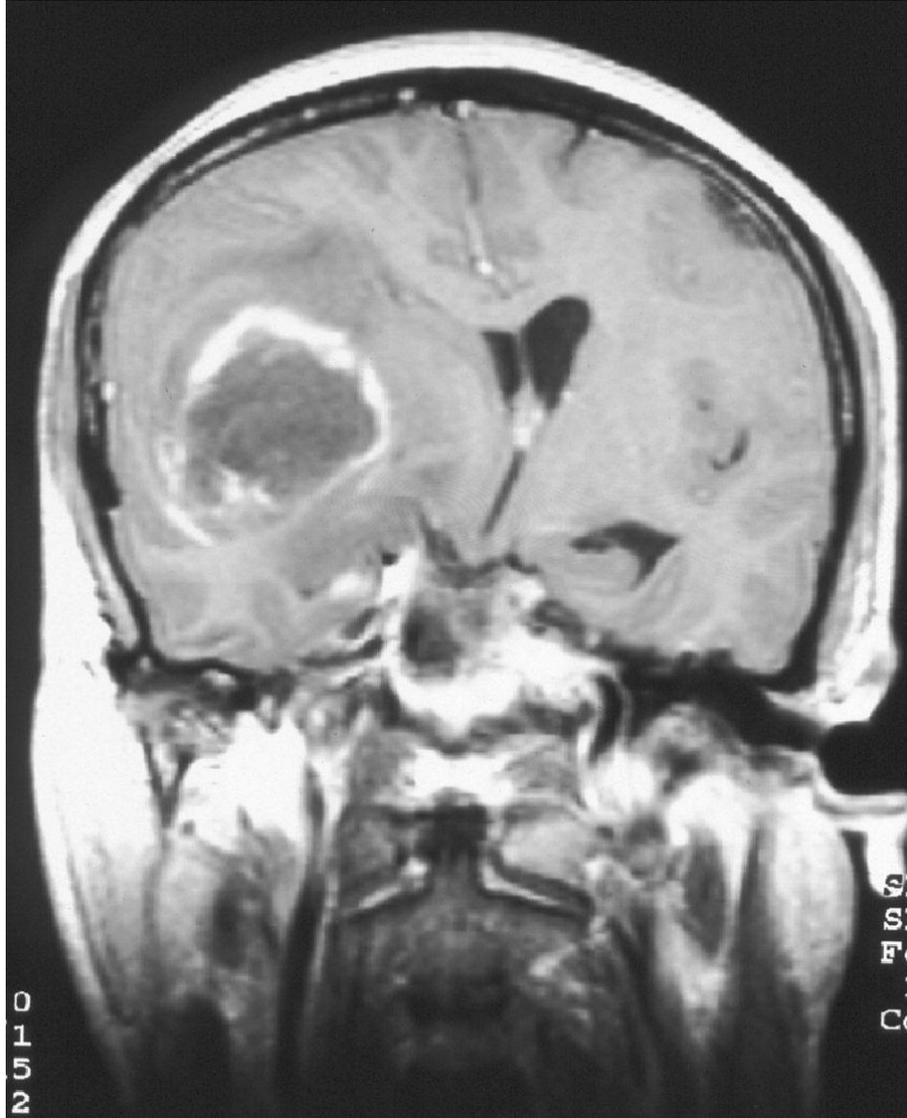
ROBERTO HERNÁNDEZ LÓPEZ.

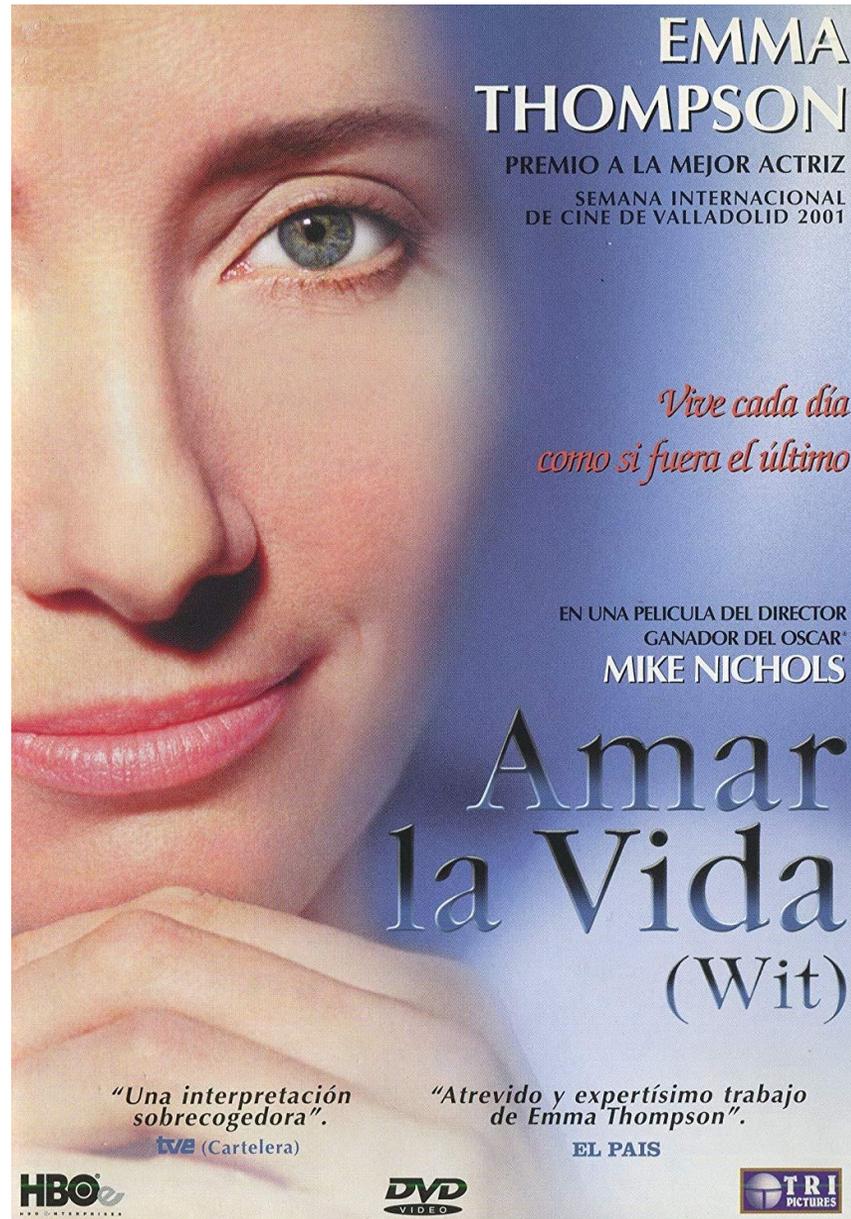
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA.

HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA



do the *best*
you can until
you know better.
then when you
know better,
do better.
- maya angelou



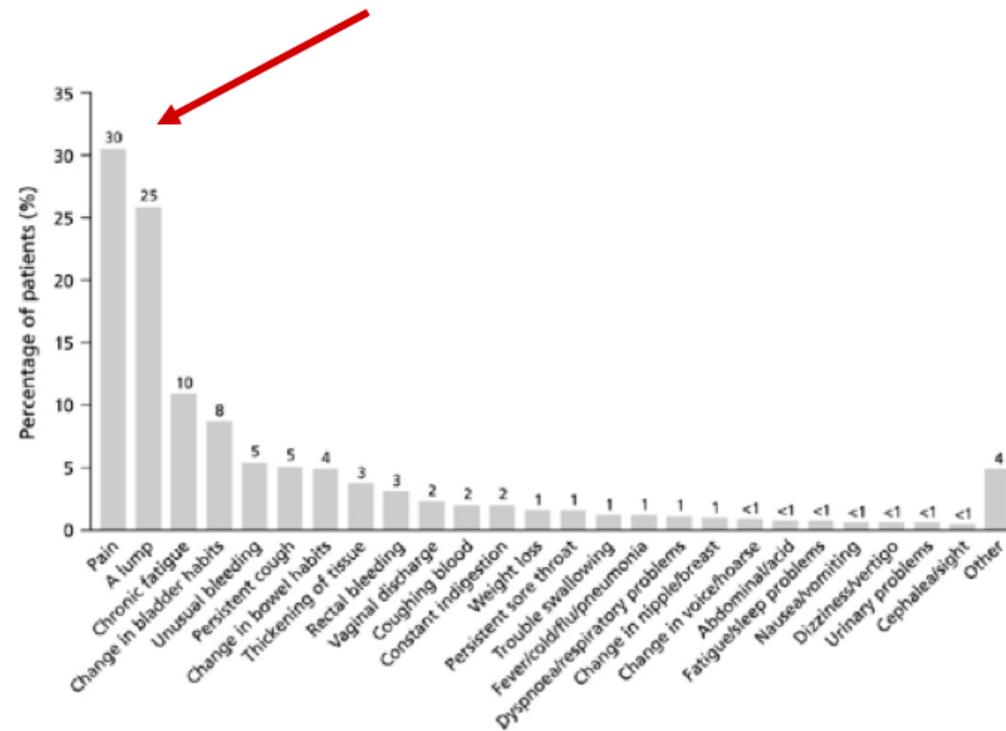


original article

Annals of Oncology 20: 1420–1433, 2009
doi:10.1093/annonc/mdp001
Published online 24 February 2009

Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes

H. Breivik^{1*}, N. Cherny², B. Collett³, F. de Conno⁴, M. Filbet⁵, A. J. Foubert⁶, R. Cohen⁷ & L. Dow⁷



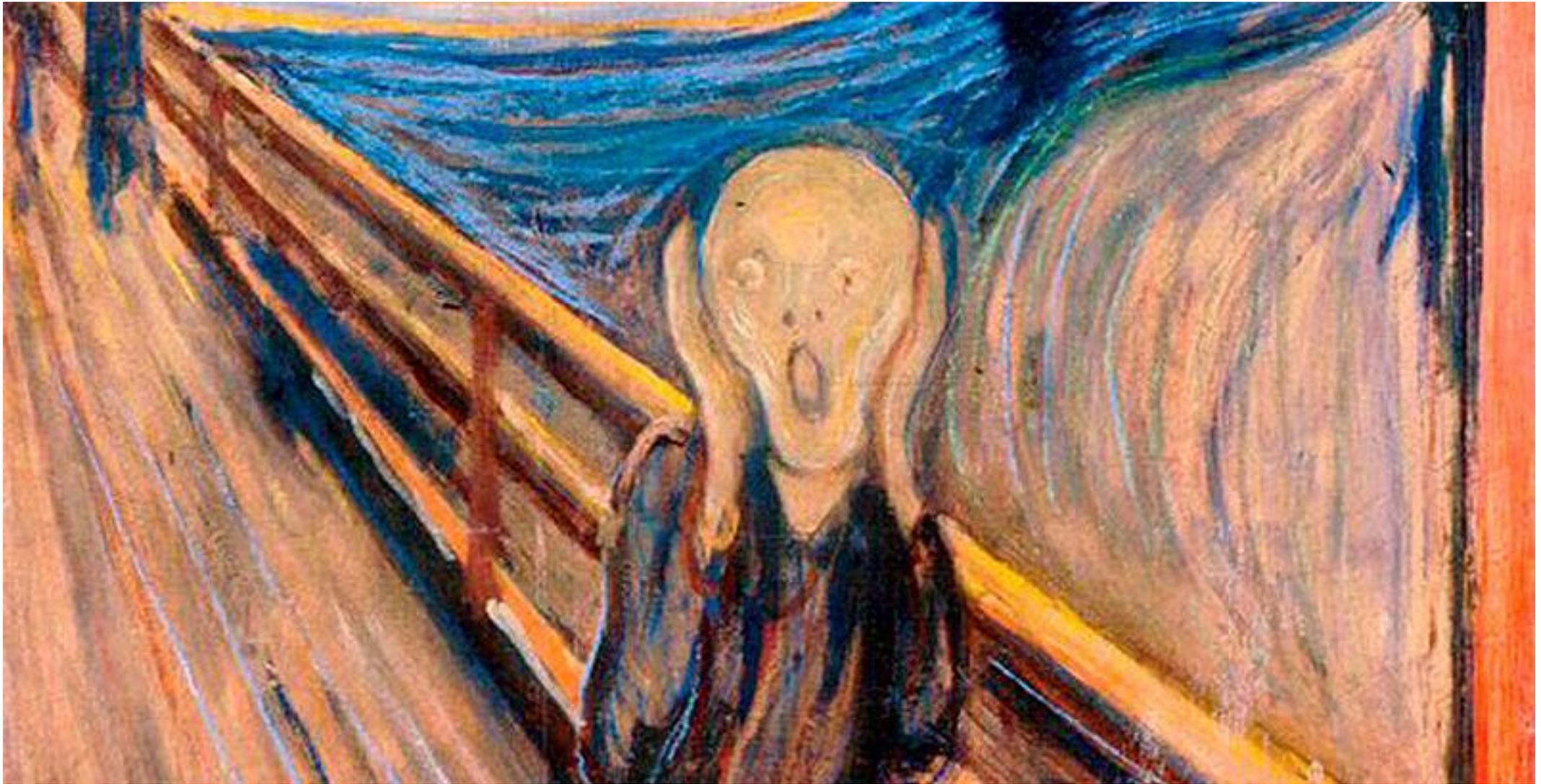
1. DOLOR Y MANEJO ANALGÉSICO

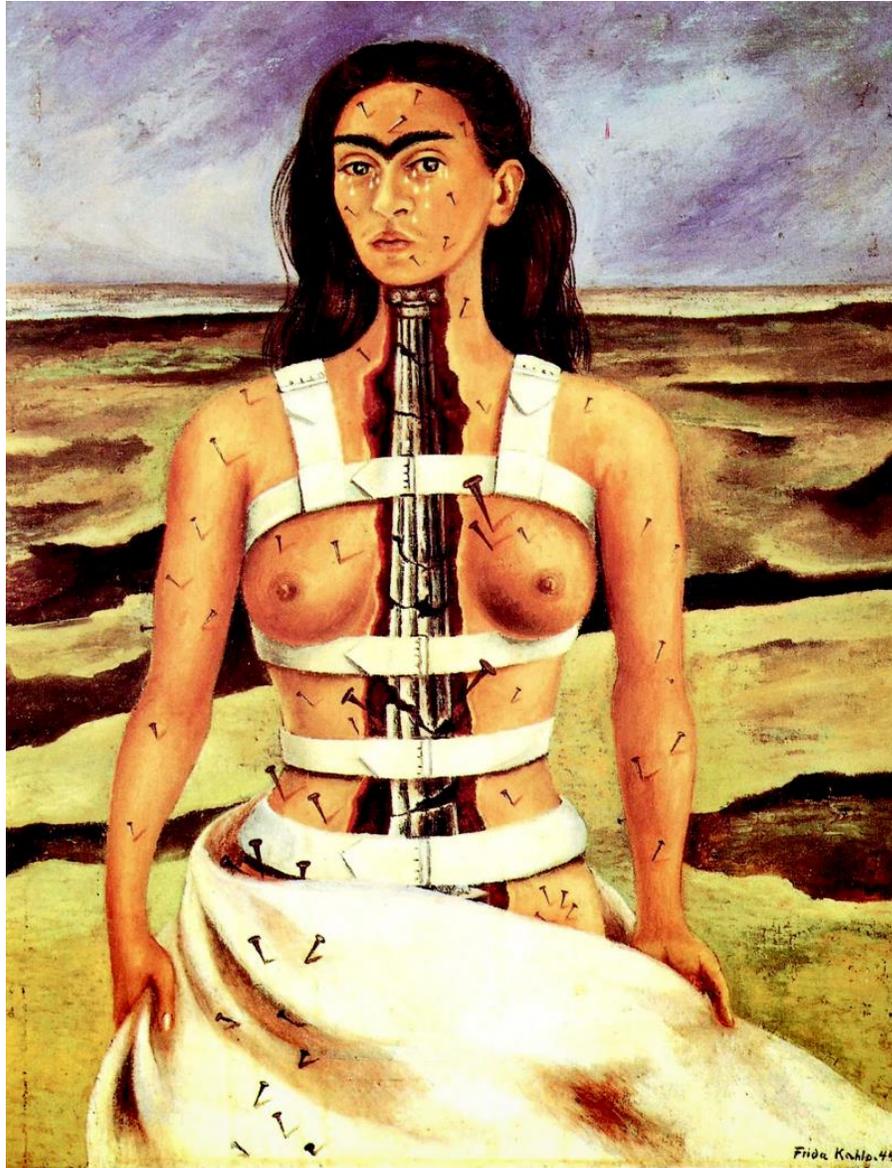
DEFINICIÓN DE DOLOR

- El dolor no es fácil de definir. En 1986, la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) lo definió como:

Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística, presente o potencial, o descrita en términos de la misma.

- **Experiencia aversiva perceptual y afectiva** compleja, determinada tanto por las **respuestas biológicas** a los estímulos nociceptivos como por el significado de estos estímulos para cada sujeto, con interrelación de **múltiples factores**, tanto físicosensoriales, como psicológicos, emocionales y subjetivos.





**FRIDA
KAHLO**

ME PINTO A MÍ MISMA



DOLOR ONCOLÓGICO EN CIFRAS

- Según la OMS el Dolor Oncológico afecta aproximadamente a 3,5 millones de personas en el mundo
 - En un 50% es de moderado a intenso
 - En un 30% es insoportable
 - En un 50 a 80% no tienen alivio en fase terminal
- Según la OMS del 30 a 50% de pacientes con cáncer tienen dolor por falta de disponibilidad de analgésicos opioides y su mala administración.
- El dolor oncológico ocasiona del 47 al 54% de causas de hospitalización.
- 89% de los pacientes oncológicos han sufrido dolor en el último mes

Páncreas

80 - 100 %

Hueso

75 - 80 %

Mama

50 - 100 %

Pulmón

55 - 85 %

Colon

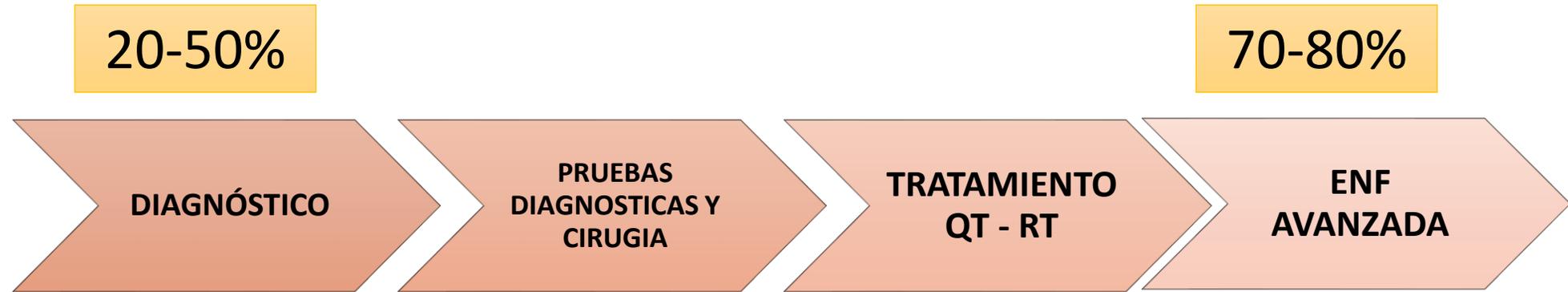
50 - 95 %

Linfoma

20 - 70 %

Leucemia

10 - 75 %



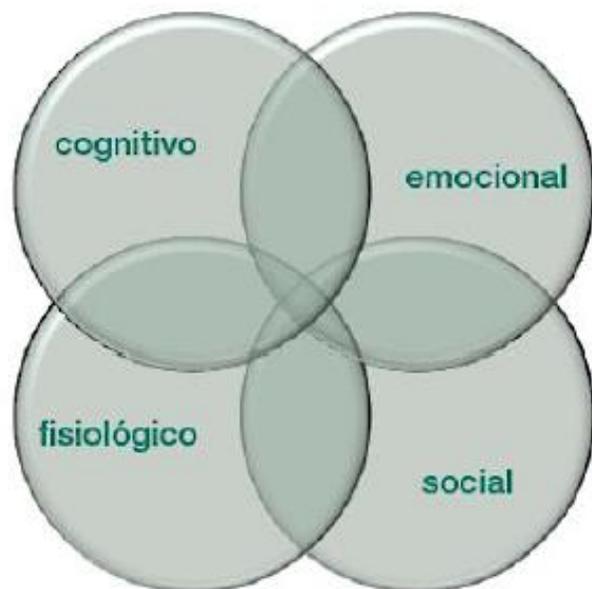
COMPONENTES DEL DOLOR

➤ Cognitivo:

El significado que se otorga al hecho doloroso más el estado anímico del individuo son las matrices que dan forma al sentimiento del dolor. El significado del dolor depende también de la visión y el significado que cada persona tenga de su cuerpo.

➤ Fisiológico:

Una señal compleja que se transmite por los nervios, desde el lugar de la herida hasta el cerebro.



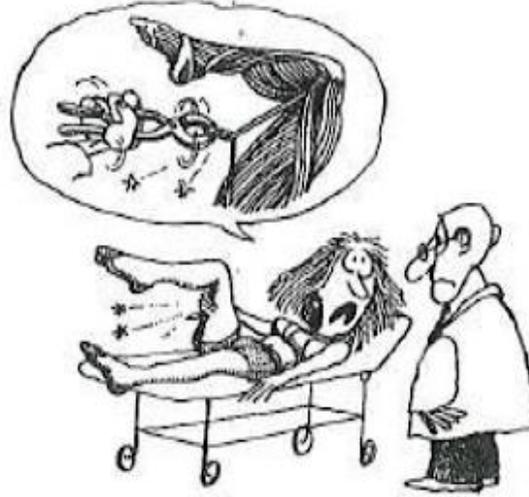
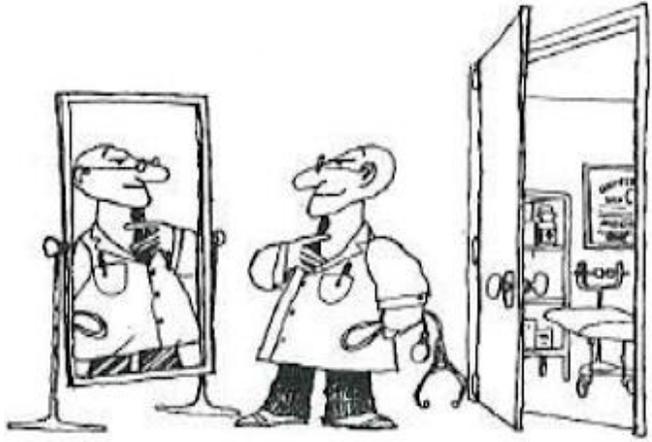
➤ Emocional:

Reacciones ante el dolor de rechazo, huida, amargura o aceptación.

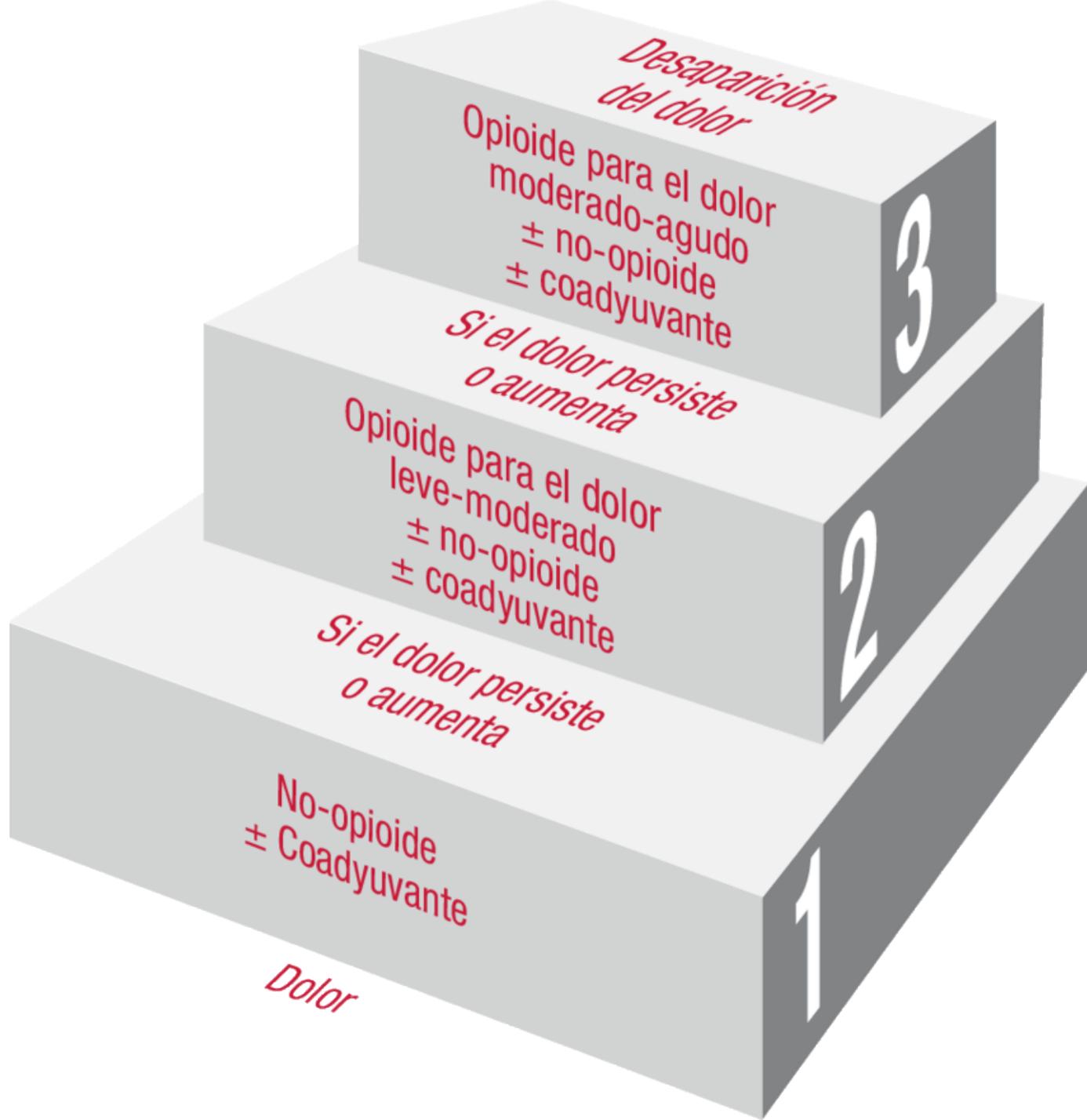
➤ Social:

El significado que las diversas sociedades hayan dotado en su conjunto a la experiencia dolorosa influye en que esta sea de mayor o menor intensidad, con un grado u otro de resistencia.

“El dolor pertenece a las experiencias humanas más fundamentales”

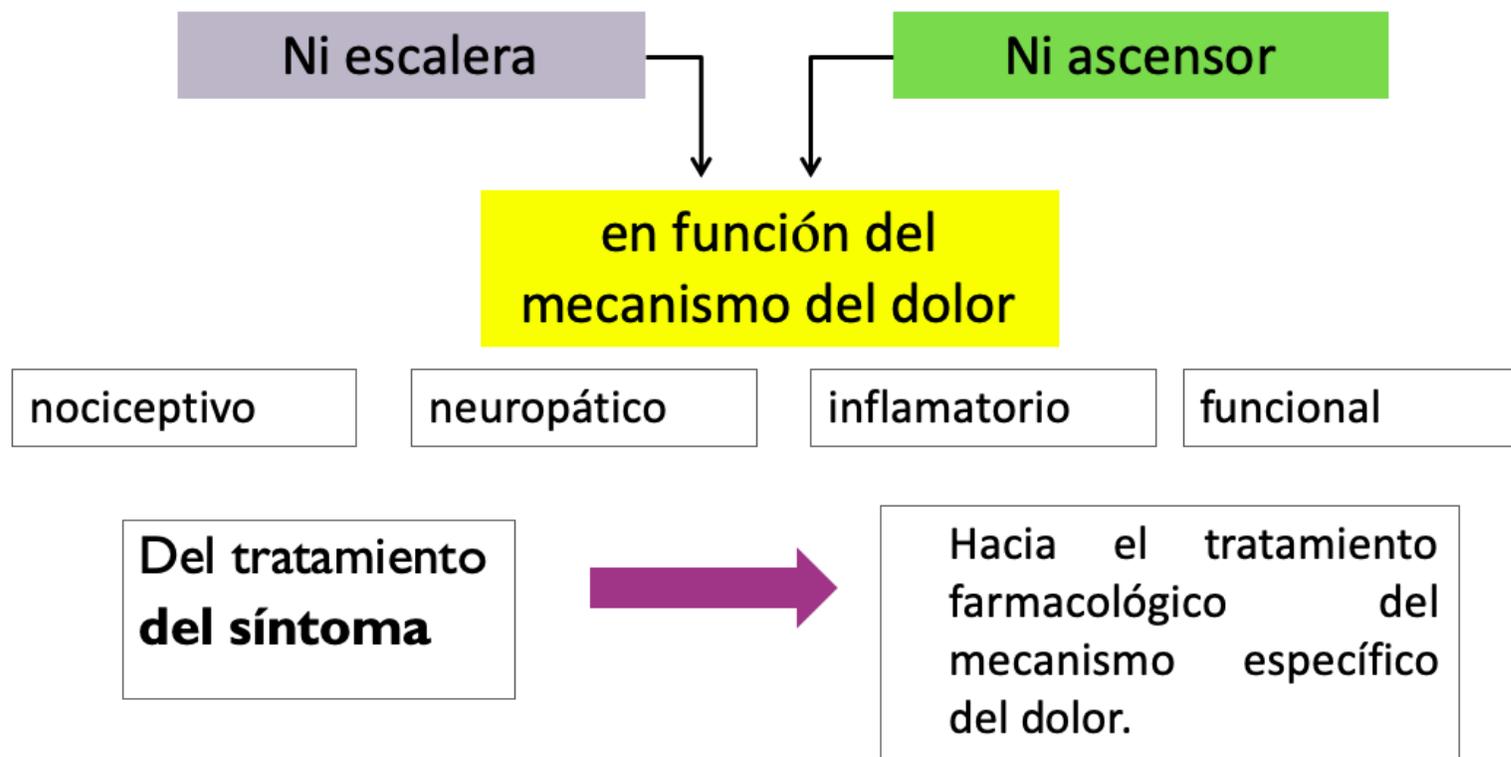


El dolor es lo que el paciente dice que es. Es lo que el paciente describe y no lo que el médico piensa que debe ser.



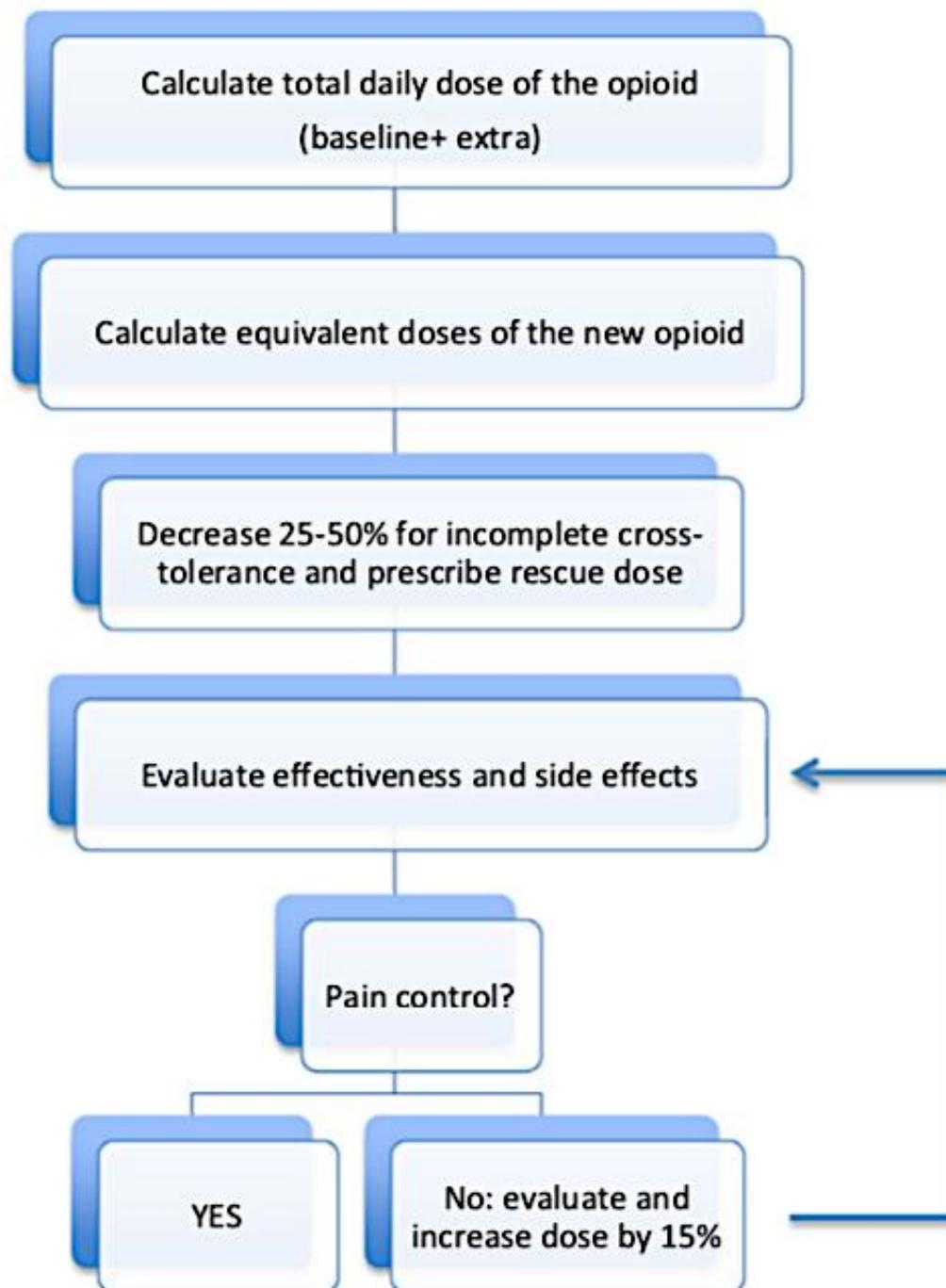
Escalera terapéutica, ascensor terapéutico,
tratamiento individualizado: controversias

Escalera vs ascensor: Nuevas estrategias de tratamiento



Drug	Route	Relative effectiveness compared to oral morphine	Maximal daily dose (the maximal dose depends on tachyphylaxis)	Starting dose in opioid-naïve patients
Morphine sulfate	Oral	1	No upper limit	20–40 mg
Morphine	i.v. (s.c.)	3	No upper limit	5–10 mg
Fentanyl transdermal	TTS	+ 4	No upper limit	12 mcg/h
Methadone	Oral	4 - 8- 12 (Factors corresponding to daily morphine doses < 90, 90–300 or > 300)	No upper limit	10 mg

- La potencia del analgésico dependerá de la intensidad del dolor.
- **La dosis se regulará individualmente. CUIDADO**
- **La vía oral es la vía de uso preferente** ya que consigue una analgesia efectiva.
- Administrar la medicación para el dolor basal a horas fijas.
- **Nunca asociar un opioide potente con otro débil. ?¿**
- El opioide de primera línea si el dolor es moderado severo es EL QUE MÁS BENEFICIE AL PACIENTE: siendo de elección iniciar titulaciones con morfina, oxicodona o metadona.
- Los pacientes con buen control analgésico del dolor basal pueden precisar **fármacos de rescate para el control de las crisis de dolor irruptivo.**
- Debemos **anticipar los efectos adversos** derivados del uso de opioides → si no conseguimos controlarlos deberemos rotarlos.



Opioid	Dosage/ route	Ratio oral morphine: opioid	Recommendations
Morphine (mg)			Caution in mild to moderate renal impairment (∞)
/24 h oral	30		Caution in moderate to severe hepatic impairment
/24 h scut	15	2:1 ($\div 2$)	Not recommended in bowel obstruction/persistent constipation
/24 h iv	10	3:1 ($\div 3$)	DRUG OF CHOICE in case of dyspnoea, cough
Oxycodone (mg)	15	2:1 ($\div 2$)	Caution in moderate to severe renal impairment (∞)
/24 h oral			Caution in moderate to severe hepatic impairment
Hidromorphone (mg)	6	5:1 ($\div 5$)	Caution in mild to moderate renal impairment (∞)
/24 h oral			Caution in moderate to severe hepatic impairment
			Not recommended in bowel obstruction/persistent constipation
Tapentadol (mg)	75	1:2.5 ($\times 2.5$)	Not recommended in severe renal impairment
/24 h oral			Caution in moderate to severe hepatic impairment
			Caution with concomitant use of mirtazapine and antidepressants
Fentanyl ($\mu\text{g}/\text{h}$)	12.5	Morphine 1 mg:	Can be used in case of renal failure without dose adjustment
dose/h c/72 h TTS	300	10 μg Fentanyl ($\times 10$)	Can be used in hepatic impairment
/24 h iv or scut			Can be used in bowel obstruction/persistent constipation
			DRUG OF CHOICE in dyspnoea (in case morphine contraindicated)
Buprenorphine ($\mu\text{g}/\text{h}$)	17	Morphine 1 mg:	Can be used in case of renal failure without dose adjustment
/72 h TTS		13.3 μg Buprenorphine ($\times 13.3$)	Caution in moderate to severe hepatic impairment
			Unlike other opioids, did not present immunosuppressive activity
Methadone (mg)	3	< 90 mg \rightarrow 4:1	Can be used in case of renal failure without dose adjustment
/8 h oral		90–300 mg \rightarrow 8:1	Can be used in hepatic impairment
/24 h iv or scut	7	> 300 mg \rightarrow 12:1	Can be used in bowel obstruction/persistent constipation
Continuous infusion			It causes prolongation QT interval
			DRUG OF CHOICE in cough (in case morphine contraindicated)
			Caution in older patients

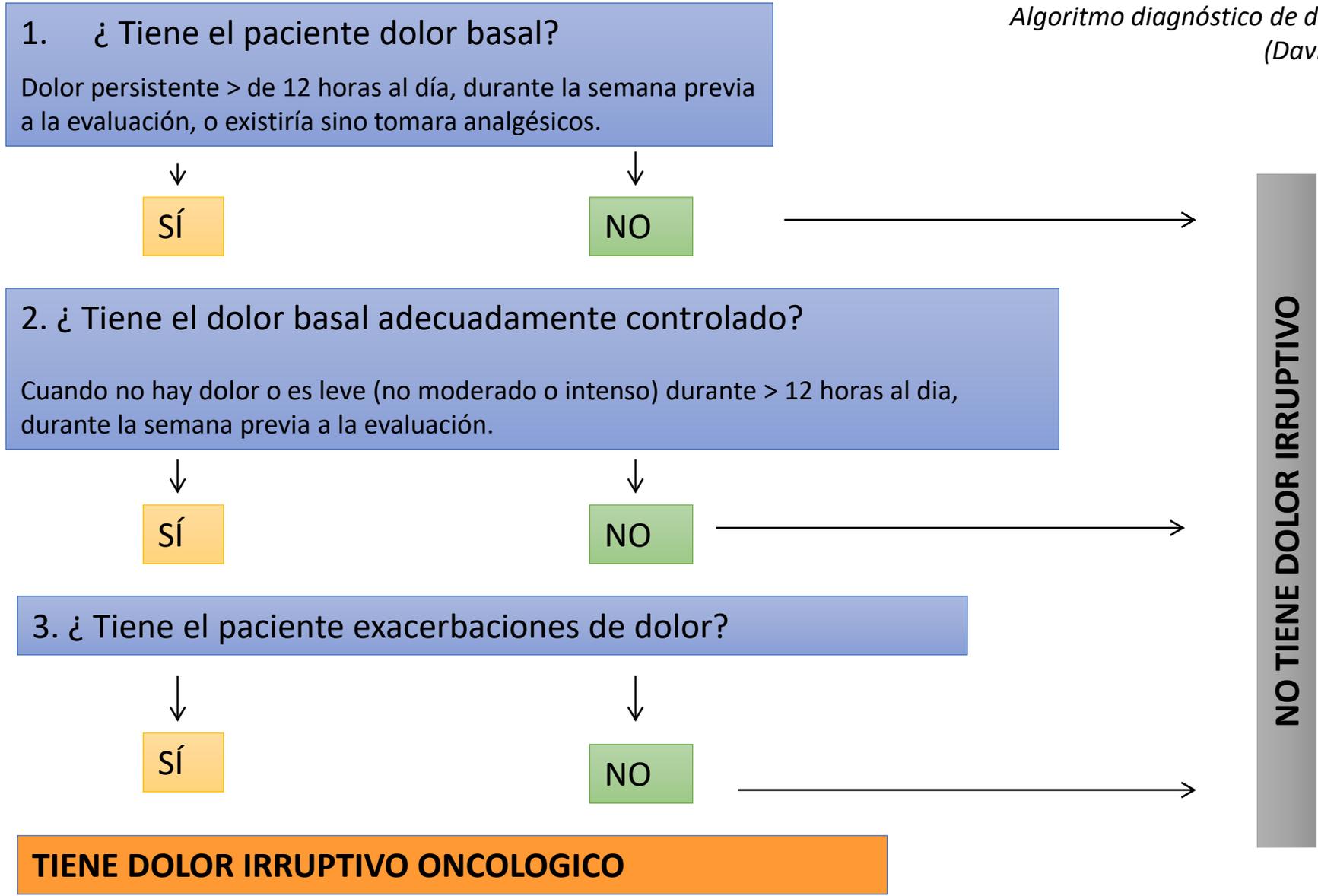
2. DOLOR IRRUPTIVO

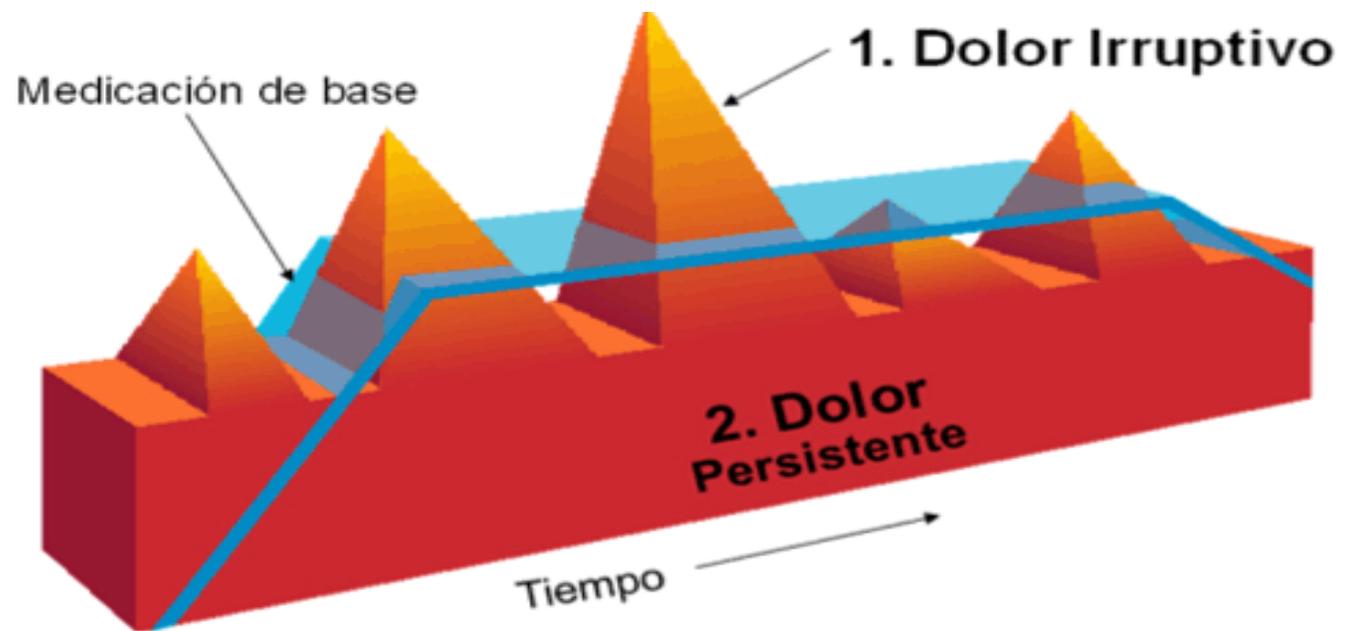
¿A qué nos referimos cuando hablamos de dolor irruptivo?

exacerbación **transitoria** del dolor que aparece, ya sea de forma espontánea o bien relacionada con un desencadenante concreto, predecible o impredecible, a pesar de existir un dolor **basal estable** y adecuadamente **controlado**

ALGORITMO DE DAVIS

Algoritmo diagnóstico de dolor irruptivo
(Davies NA, 2009)





CARACTERÍSTICAS DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO

- **INICIO:**
 - Rápido, 3-5 minutos
- **INTENSIDAD:**
 - Alta, EVA ≥ 7
- **DURACIÓN:**
 - < 30 minutos aproximadamente

Impacto socioeconómico

Respuesta
menos positiva
a opioides

Compromete la
calidad de vida

Compromete el estado de
ánimo y funcionalidad

Aumenta consultas a
urgencias y
hospitalizaciones

TIPOS DE DOLOR IRRUPTIVO:

- **DOLOR INCIDENTAL:**
Relacionado con alguna actividad (deambular, toser, con la deposición, con el movimiento..)
- **DOLOR ESPONTÁNEO:**
Aparece sin estar relacionado con ninguna actividad
- **FINAL DE DOSIS:** fracaso en la dosificación del dolor basal.



Valoración del DI Oncológico

Debemos determinar:

1. **Tipo** de dolor irruptivo
2. **Número** de episodios/día
3. **Forma de inicio**
4. **Intensidad y duración** de los episodio.
5. **Localización** e irradiación

1. Presencia de **factores precipitantes/aliviadores**
2. **Síntomas** asociados
3. Respuesta al **tratamiento**
4. Interferencia con la **vida diaria**

¿cómo manejar el Dolor Irruptivo?

TRATAMIENTO DOLOR IRRUPTIVO:

- **Rápidamente efectiva (<10 min) (biodisponibilidad).**
- **Rápido efecto y eliminación (2-3 horas) (evitar efectos tóxicos y su acumulación a largo plazo).**
- **Medicación potente.**
- **Fácil de usar, no invasiva.**
- **Bien tolerada.**
- **Fácil de tomar (incluso si obstrucción intestinal).**
- **Poco efectos secundarios.**

¿qué dosis utilizar en el Dolor Irruptivo?

Se aconseja...

... **empezar por la dosis más baja** del producto disponible e ir ajustándola según las necesidades.

Las dosis necesarias...

... oscilan entre el **10% y el 20%** de la dosis total diaria de opioide.

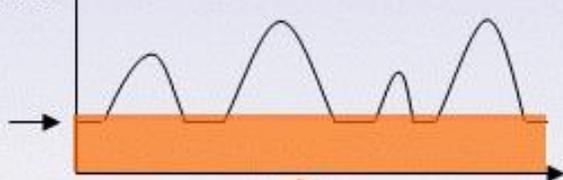
... la dosis de opioide de rescate no está relacionada con las dosis del opioide de base, por lo que se requiere una titulación individual...

formulaciones de opioides de inicio de acción rápida y duración de acción corta disponibles en España

	4-6 horas	2-4 horas
Morfina	Sevredol® Oramorph®	
Oxicodona	Oxynorm®	
Buprenorfina	Buprex sl®	
metadona*		
Fentanilo		Actiq® Effentora® Abstral® Pecfent® Instanyl® Avaric Breakyl

Tratamiento del dolor persistente

Intensidad del dolor



Tratamiento del dolor persistente con LAO

Orange box: Dolor cubierto por el tratamiento

SAO = opioide de acción corta
LAO = opioide de acción prolongada

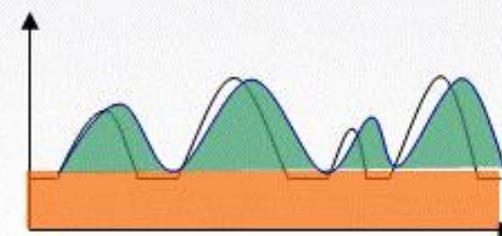
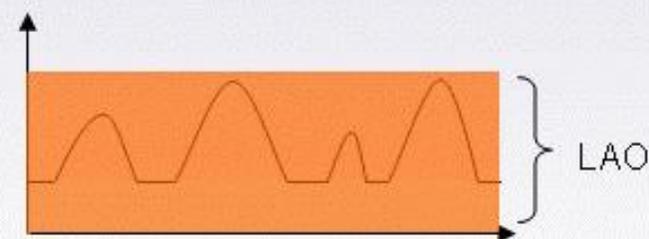
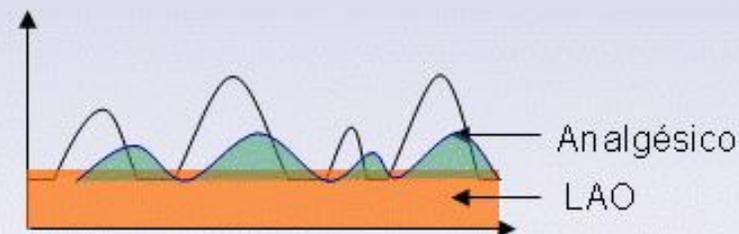
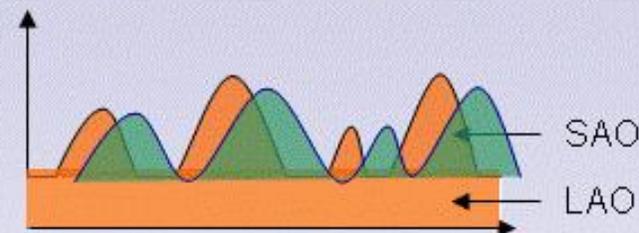
Tratamiento con SAO

Tratamiento con un analgésico del segundo escalón

Tratamiento con una dosis más alta de LAO

Tratamiento con Fentanilo Transmucoso

Tratamiento Dolor Irruptivo



- ★ Los opioides de inicio de acción rápida y duración de acción corta pueden ser considerados los **fármacos adecuados** para el tratamiento de la mayoría de los episodios de **dolor irruptivo**, debido a la **rapidez** y previsibilidad del **efecto analgésico**, en el periodo de **15 minutos** tras la administración, adaptándose perfectamente a la temporalidad de estos episodios.

- ★ Antes de la titulación, se debe **presuponer** que el **dolor** persistente subyacente está **controlado** con la terapia con opiáceos, y que en general el paciente no padece más de **4 episodios** de dolor irruptivo al día.

100 mcg

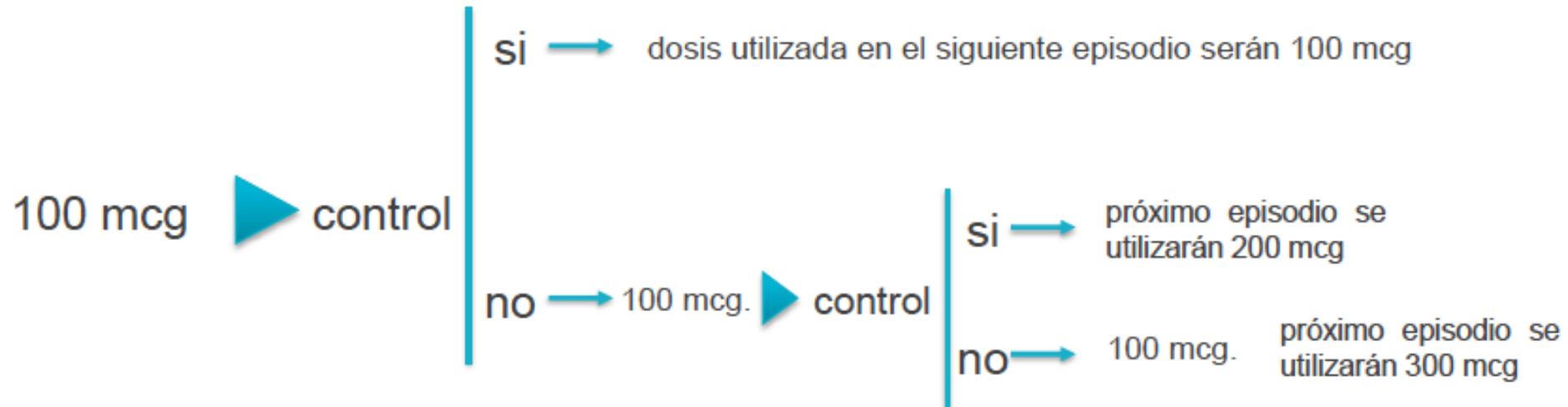


independientemente de la medicación de base



actualiza* hasta que el episodio esté bajo control

* Si una segunda dosis es necesaria, el próximo episodio debe ser tratado con dosis doble.



Se debe proceder de la misma manera para los demás episodios.

1

Determinada la **dosis eficaz**, debe mantenerse dicha dosis, y limitar el consumo a un máximo de **cuatro** dosis al día.

2

Si se manifiestan más de **cuatro episodios** de DIO día durante más de **cuatro días consecutivos**, se debe volver a calcular la **dosis** de opiáceo de acción prolongada utilizado para el **dolor persistente**.

3

Puede ser preciso revisar la dosis de fentanilo para el DIO

...pero todo esto no es del todo verdad...

1

Elección de dosis eficaz es **difícil** y **controvertida** a pesar que los estudios recomiendan titulación de dosis.

2

Dosis de CFOT a **dosis proporcionales** al opioide de base es efectivo y seguro.

3

En tolerantes a opioides, se podría comenzar con dosis mayor a 100mcg para evitar proceso largo de titulación.

3. DOLOR NEUROPÁTICO

Afecta a cerca del 40% de los enfermos con cáncer.

Puede estar causado directamente por el crecimiento del tumor.

Se considera habitualmente mixto, cuando aparece de forma aisladas, suele estar en relación con el caso de neuropatías/polineuropatías relacionadas con la quimioterapia.

Recomendable en el manejo

- 1. Corticoides a dosis bajas.**
- 2. Opioides.**
- 3. Coadyuvantes:**
 - 1. Antidepresivos.**
 - 2. Anticonvulsiantes.**
- 4. Técnicas de Intervencionismo.**

Estrategias en el manejo del dolor: Jerarquización

