

¿SABEMOS DIFERENCIAR EL DOLOR IRRUPTOR EN ATENCIÓN PRIMARIA?

El término breakthrough pain (Dolor Irruptivo-DI) es definido por primera vez en 1990 por Portenoy y Fine, como: “Exacerbación transitoria del dolor que tiene lugar en un contexto de dolor basal estable en un paciente tratado con opiáceos de manera crónica”.

Para su diagnóstico se establecen una serie de requisitos:

1. Existencia de una analgesia estable durante las 48 horas previas
2. Existencia de dolor basal controlado durante las 24 horas previas
3. Presencia de exacerbaciones temporales de un dolor intenso o lancinante durante las 24 horas previas

Hoy en día se distinguen tres tipos:

1. dolor incidental predecible (asociado al movimiento, actividad, ingesta, aseo, asociado a pruebas diagnósticas y curas de enfermería, etc..)
2. dolor incidental impredecible (asociado a la distensión de viscera hueca, tos, espasmos vesicales, isquemia, etc)
3. dolor irruptivo espontáneo (independiente del estímulo)

El DIO (dolor irruptivo oncológico) se caracteriza por:

- Aparición intermitente y brusca (media de 4 episodios/día)
- Alta intensidad medida por la Escala verbal numérica (EVN>7)
- Media de intervalo hasta aparición de máximo dolor, 3 minutos
- Elevada prevalencia (19-80%) y varía según los criterios de los diferentes estudios y el estadio de la enfermedad
- Generalmente tiene una duración breve (media de 30 minutos)
- No existen factores precipitantes en un 50% de los casos
- Asociado a un factor negativo de pronóstico
- Produce mayores niveles de ansiedad y depresión en nuestros pacientes
- Mayor discapacidad y mayor insatisfacción con el trtº basal recibido
- Mayores costes sanitarios y consumo de recursos

En cuanto a la prevalencia, algunos autores señalan que es del 19-40% en los estadios precoces y del 70-90% en los pacientes con enfermedades neoplásicas avanzadas. Según una encuesta realizada por la American Pain Foundation, el dolor irruptivo se presenta en el 96% de los pacientes al menos una vez al mes, el 71 % lo experimentan al menos una vez a la semana y el 22% varias veces al día. El 53% de pacientes sitúa la intensidad de su dolor entre 8 y 10 con la EVN (escala verbal numérica)

El DI no es una entidad única sino que es un conjunto de entidades diferentes que engloba múltiples tipos de dolor con diferente etiopatogenia, mecanismos de producción y factores precipitantes; por lo tanto sus características clínicas varían en cada paciente, al igual que va cambiando a lo largo del proceso en el que se encuentre su enfermedad, así como a lo largo del tiempo y suele estar relacionado con el dolor basal.

Puede existir una asociación entre la presencia de DI y la intensidad o la frecuencia del dolor basal, de tal forma que los pacientes con DI muestran a menudo un dolor basal más intenso o frecuente.

Respecto a su tratamiento, en los últimos años hemos asistido a un avance importante debido al desarrollo de fármacos nuevos y sistemas de administración diferentes a los que ya existían que se ajustan con mayor precisión a las características ya comentadas del DI;

siendo el fentanilo por su gran lipofilia y su rápida absorción por las mucosas, el fármaco de elección para dichos episodios.

Una cuestión importante a destacar es la valoración y existencia de DI en pacientes con dolor crónico benigno ya que cada vez hay más artículos que lo defienden.

Subtipos	Características	Estrategia
Incidental Previsible	Relacionado con una causa o actividad conocida, movimiento, micción, defecación,...	Opioide de acción inmediata Analgésicos de primero y segundo escalón. Medidas como descanso, aplicación de frío
Incidental Imprevisible	Relacionado con actividades como estornudos, espasmos de vejiga, tos involuntaria	Opioide de acción inmediata Administrado según necesidad del paciente
Idiopático	No asociado con una causa conocida. Normalmente con una duración mayor que el dolor incidental	Opioide de acción inmediata Administrado según necesidad del paciente
Final de dosis	Se presenta con anterioridad a la dosis prevista del analgésico para el dolor de base. Su aparición suele ser gradual y tiene una mayor duración que el dolor incidental y el idiopático	Aumentar la dosis del analgésico de base o disminuir la frecuencia de las tomas

Algoritmo de Davies es el que hoy en día se mantiene vigente para el diagnóstico

1.-Portenoy R, Hagen N. Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. Pain 1990; 41: 273-81. Fine PG, Marcus M, Just De Voer A et al. An open label study of oral transmucosal fentanilo citrate for the treatment of breakthrough Portenoy y Fine cancer pain. Pain 1991; 45: 149-53

2.-Caraceni A, Martini C, Zecca E et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. An international survey. Palliative Medicine. 2004; 18: 177-183

- 3.-Svendsen KB, Andersen S, Arnason S, Aenér S, Breivik H, Heiskanen T, Kalso E et al. Breakthrough pain in malignant and non-malignant diseases: a review of prevalence, characteristics and mechanisms. *Eur J Pain* 2005 Apr;9(2):195-206.
- 4.-David M. Simpson, John Messina,, Fang Xie,, Martin Hale. Fentanyl buccal tablet for the relief of breakthrough pain in opioid-tolerant adult patients with chronic neuropathic pain: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clinical Therapeutics*. 2007 Apr; Vol 29, Issue 4: 588-601
- 5.-Simmonds MA. Management of breakthrough pain due to cancer. 1999; 13: 1103-1108
- 6.-Portenoy R, Payne D, Jacobsen P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. *Pain* 1999; 81: 129-34
- 7.-Thompson J. Regnard C. Managing Pain in Advanced Cancer. A flow diagram. *Palliative Medicine*. 1992;6:329-335
- 8.- Portenoy R K. Treatment of temporal variations in chronic cancer pain. *Seminars in Oncology*. 1997;5: (Suppl 16): 7-12
- 9.- Ignacio Velazquez. En busca de la eficiencia del dolor irruptor. *Rev Soc Esp Dolor* 2013; 20(5): 0-0