

¿Tratamos bien el dolor irruptivo?

El dolor irruptivo (DIO), a pesar de la relevancia epidemiológica (1,2) y de ser uno de los factores que más dificulta el control del dolor crónico en el paciente oncológico, su estandarización en la definición, el propio diagnóstico y el tratamiento, siguen sembrados de dudas para la mayoría de los profesionales que se enfrentan al mismo en la práctica clínica (2,3).

Múltiples autores han propuesto diferentes fórmulas de abordaje del DIO, tomando como referencia el uso de factores pronósticos como la frecuencia de aparición diaria, intensidad o duración del DIO, o bien el uso de formulaciones matemáticas aplicadas a dichos factores (4,5).

En lo que coinciden la mayoría de los artículos sobre el DIO es en el infratratamiento, relacionado con el mismo la propia fisiopatología del dolor, no siempre conocida, o por las posibilidades de tratamiento existentes; pero tampoco se pueden dejar de lado otros sesgos influyentes, como las creencias personales de profesionales y familiares en relación con la adicción o tolerancia a los analgésicos usados, sobre todo cuando se trata de los opioides de acción ultracorta (6,7).

Otro punto coincidente del tratamiento del DIO es que las formulaciones de fentanilo transmucoso son más efectivas y rápidas y se adecuan mejor al DIO que las formulaciones orales de morfina o de oxidodona, según la EAPC o la Sociedad Española de Oncología Médica Española (8,9).

En este número de la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* se presenta un interesante artículo enviado por los autores Carceller y cols., sobre el grado de seguimiento por los profesionales en la clínica diaria, de las recomendaciones en el manejo del DIO, elaboradas y publicadas en 2013 de forma conjunta por diferentes sociedades científicas (SEOM, SECPAL, SED, SEOR) (10).

En este artículo participaron 202 médicos que habitualmente trabajaban con pacientes aquejados de dolor oncológico y DIO, los cuales revisaron un total de 905 historias, respondiendo a un cuestionario sobre el grado de seguimiento de las recomendaciones dadas por las diferentes sociedades y, posteriormente, hicieron su propia crítica a los datos obtenidos. Se analizaron los resultados, considerándose como válidos, a la vez que determinantes, sobre el porcentaje de aplicación en las recomendaciones. Pudo comprobarse cómo el grado de cumplimiento en la mayoría de las recomendaciones por los diferentes profesionales fue muy elevado. En términos genéricos, estos profesionales integrantes de las diferentes sociedades, con algunos matices, conocían previamente y siguieron mayoritariamente estas recomendaciones publicadas a la hora de enfocar el abordaje de los pacientes con DIO.

Los criterios diagnósticos para el DIO fueron seguidos de forma menos estricta, pero la mayoría de los tratamientos se implantaron con carácter preventivo y el fentanilo transmucoso fue utilizado para el DIO, haciendo uso adecuado del mismo, según las recomendaciones indicadas.

Este trabajo muestra el seguimiento de la mayoría de las recomendaciones por los profesionales de las unidades del Dolor, Paliativos, Oncología o Radioterapia, acostumbrados a trabajar

con pacientes que padecen DIO en la práctica sanitaria clásica. Esta situación clínica no es la habitual, ni la seguida por otros muchos profesionales que también se enfrentan a pacientes con DIO y no lo diagnostican o lo tratan incorrectamente. E incluso pacientes que tratan situaciones clínicas como DIO, sin que cumplan los criterios adecuados. El temor actual al uso indebido de los opioides, y más en el caso de los fentanilos de acción rápida, ha llevado a diferentes alertas por parte sobre todo de las autoridades estadounidenses y canadienses, y poco a poco esa ola de temor va llegando a Europa (11-13).

Un cumplimiento correcto de las recomendaciones de diagnóstico y manejo del DIO (10,14), así como un seguimiento adecuado de los pacientes para el manejo responsable de los opioides, mejorará la calidad de vida de los pacientes con DIO y evitará problemas de toxicidad y sobreuso de dichos derivados opioides.

R. Gálvez Mateos

Unidad del Dolor (Servicio de Anestesia).

Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada

BIBLIOGRAFÍA

1. Zeppetella G, Ribeiro MDC. Opioids for the management of breakthrough (episodic) pain in cancer patients (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews; 2006.
2. Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, et al. Breakthrough cancer pain: an observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Manage* 2013;46(5):619-28. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.12.009.
3. Boceta J, De la Torre A, Samper D, Farto M, Sánchez-de la Rosa R. Consensus and controversies in the definition, assessment, treatment and monitoring of BTcP: results of a Delphi study. *Clin Transl Oncol* 2016;18(11):1088-97. DOI: 10.1007/s12094-016-1490-4.
4. Zeppetella G. Evidence-based treatment of cancer-related breakthrough pain with opioids. *J Natl Compr Canc Netw* 2013;11(1):S37-43.
5. Samolsky Dekel BG, Palma M, Sorella MC, Gori A, Vasarri A, Melotti RM. Development and performance of a diagnostic/prognostic scoring system for breakthrough pain. *J Pain Res* 2017;10:1327-35. DOI: 10.2147/JPR.S126132.
6. American Pain Foundation. Breakthrough cancer pain: mending the break in the continuum of care. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2011;25(3):252-64. DOI: 10.3109/15360288.2011.599920.
7. Bedard G, Davies A, McDonald R, Hawley P, Buchanan A, Popovic M, et al. Breakthrough cancer pain: a comparison of surveys with European and Canadian patients. *Support Care Cancer* 2015;23(3):791-6. DOI: 10.1007/s00520-014-2426-6.
8. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett MI, Brunelli C, Cherny N, et al; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012;13(2):e58-e68. DOI: 10.1016/S1470-2045(12)70040-2.
9. Zeppetella G, Davies A, Eijgelshoven I, Jansen JP. A network meta-analysis of the efficacy of opioid analgesics for the management of breakthrough cancer pain episodes. *J Pain Symptom Manage* 2014;47(4):772.e5-785.e5. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.05.020.
10. Escobar Álvarez Y, Biete i Solà A, Camba Rodríguez M, Gálvez Mateos R, Mañas Rueda A, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: recomendaciones de consenso. *Rev Soc Esp Dolor* 2013;20(2):61-8. DOI: 10.4321/S1134-80462013000200005.
11. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guidelines for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. *JAMA* 2016;315(15):1624-45. DOI: 10.1001/jama.2016.1464.
12. Safer Decisions Save Lives: Key Opioid Prescribing Messages for Community Practitioners. *ISMP Canada Safety Bulletin* 2016;16(8):1-7.
13. Riesgos asociados al abuso de opioides. *Butlletí de Prevenció d'Errors de Medicació de Catalunya* 2016;14(4)octubre- diciembre.
14. Vellucci R, Fanelli G, Cortesi PA, Pannuti R, Peruselli C, Romualdi P. Reply-letter to the editor: what to do, and what not to do, when diagnosing and treating breakthrough cancer pain (BTcP): expert opinion. *Drugs* 2016;76:1063-5.