

# AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR IRRUPTIVA ONCOLÓGICA

**Juliana Santos**

Enfermeira graduada/ Instituto Português  
de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE  
[enfjuliana.santos@gmail.com](mailto:enfjuliana.santos@gmail.com)

**Carina Raposo**

Enfermeira graduada/ Centro  
Hospitalar do Porto, EPE  
[karyraposo@gmail.com](mailto:karyraposo@gmail.com)

**António Oliveira**

Staff nurse / Harley Street at  
University College Hospital, UK  
[migueloliveira.nurse@gmail.com](mailto:migueloliveira.nurse@gmail.com)

**Ana Leonor Ribeiro**

Professora Coordenadora/ Escola  
Superior de Enfermagem do Porto  
[ana@esenf.pt](mailto:ana@esenf.pt)

**RESUMO:** A dor irruptiva oncológica (DIO) é definida como uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal. É fundamental identificar claramente que se trata de um episódio de DIO e não de dor crónica basal mal controlada.

O tratamento farmacológico consiste em medicação de resgate – formulações orais de libertação normal de morfina (p.ex. Sevredol<sup>®</sup>, Oramorph<sup>®</sup> - *Short Acting Opioid* - SAO) e formulações de libertação rápida como o fentanilo sublingual, película bucal e transmucoso (p.ex. Abstral<sup>®</sup>, Breakyl<sup>®</sup> e Actiq<sup>®</sup> - *Rapid Onset Opioid* - ROO).

É essencial que os enfermeiros saibam realizar uma avaliação adequada da DIO, saibam ensinar o doente a gerir o esquema terapêutico e saibam reavaliar. Os objetivos da reavaliação são determinar a eficácia e tolerabilidade do tratamento da DIO e se houve ou não alguma alteração da sua natureza. Uma reavaliação inadequada pode levar à continuação de um tratamento ineficaz e/ou inapropriado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor irruptiva oncológica; DIO; dor oncológica; tratamento da dor; morfina; fentanilo.

**ABSTRACT:** *The breakthrough cancer pain (BTCP) consists of a transitory exacerbation of pain that occurs either spontaneously or triggered by a specific factor (predictable or unpredictable), despite the relatively stable and adequate control of the background pain. It is essential to clearly identify that it is an episode of BTP and not a poorly controlled chronic pain.*

*Pharmacological treatment can consist of rescue medication - Short Acting Opioid - SAO (eg. Sevredol<sup>®</sup>, Oramorph<sup>®</sup>) and Rapid Opioid Onset - ROO such as sublingual fentanyl sublingual, buccal film and transmucosal (eg. Abstral<sup>®</sup>, Breakyl<sup>®</sup> and Actiq<sup>®</sup>).*

*It is essential nurses know how to make a proper assessment of BTP, how to teach the patient to manage the therapeutic regimen and how to reassess. The objectives of the reassessment determine the efficacy and tolerability of treatment of BTP and any change in its nature. Improper reassessment could lead to the continuation of an ineffective and/or inappropriate treatment.*

**KEYWORDS:** *Breakthrough Cancer Pain: BTCP; oncologic pain; pain treatment; morphine; fentanyl*

## INTRODUÇÃO

A dor oncológica é um problema importante para uma grande percentagem dos doentes, sendo que é muitas vezes subavaliada e conseqüentemente subtratada. A epidemiologia da dor oncológica ainda apresenta uma prevalência elevada. O sintoma da dor é reportado em 64% dos doentes com cancro avançado, ou fase terminal da doença, em 59% dos doentes em tratamento, em 33% dos doentes após o tratamento curativo e em 53% dos doentes em todas as fases da doença [1]. O tratamento da dor é essencial no acompanhamento da pessoa com doença oncológica. O alívio da dor não reside apenas na sua componente física: deve englobar também a natureza multidimensional da experiência dolorosa. O tratamento da dor oncológica tem-se tornado um desafio cada vez maior nas últimas décadas. A dor irruptiva oncológica (DIO) é um tipo de dor oncológica, uma dor exacerbada, de intensidade moderada a intensa, que interfere no quotidiano do doente. Os enfermeiros têm um papel importante na identificação, avaliação e gestão da dor. Deste modo, pretende-se com este artigo fornecer informação que permita aos enfermeiros identificar a dor irruptiva e aprender sobre o seu tratamento.

## DEFINIÇÃO

A dor irruptiva, esquematicamente representada na Figura 1, foi pela primeira vez definida por Portenoy e Hagen em 1990 como *“a transitory exacerbation of pain that occurs on a background of otherwise stable pain in a patient receiving chronic opioid therapy”* [2]. Esta definição sofreu algumas alterações, sem, contudo, ter sido alcançado um consenso, quer na definição, quer na própria terminologia, havendo autores a utilizar os termos “dor esporádica”, “dor incidental”, “dor transitória”, entre outros [3]. A Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland (APM, 2009) define que a dor irruptiva é *“a transient exacerbation of pain that occurs either spontaneously, or in relation to a specific predictable or unpredictable trigger, despite relatively stable and adequately controlled background pain”* [4], ou seja, a DIO é uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal [17]. A European Association for Palliative Care (EAPC), em 2012, definiu a DIO como *“transitory exacerbations of*

*pain that occur on a background of stable pain otherwise adequately controlled by around-the-clock opioid therapy”* [5]. A DIO não deve ser confundida com os episódios de dor que ocorrem durante a iniciação ou titulação de analgésicos opioides para tratamento da dor crónica oncológica nem com os episódios de dor que ocorrem no fim do intervalo entre doses de analgésicos opioides, uma vez que o paciente não tem a dor de base controlada em qualquer uma destas situações.

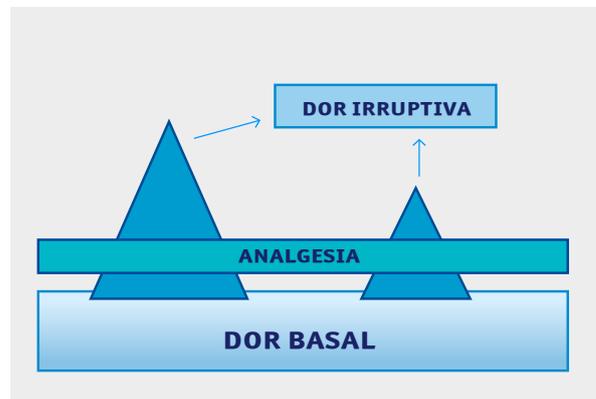


Figura 1: Representação da dor irruptiva.

## Epidemiologia

Estima-se que cerca de 90% dos doentes oncológicos têm pelo menos um episódio de dor [6]. O interesse pela DIO é relativamente recente. Pelas diferentes definições e metodologias, os estudos de prevalência demonstram resultados distintos. Contudo, a dor irruptiva está presente em 40-80% dos doentes oncológicos [7], sendo mais prevalente nos doentes com doença avançada, doentes com um “performance status” de Karnofsky baixo e em doentes em que a dor tem origem na coluna vertebral e plexos nervosos [8]. A localização do tumor parece influenciar a prevalência da dor irruptiva. Alguns estudos apontam uma prevalência maior nos doentes com cancro da cabeça e pescoço, gastrointestinal e pulmão [9]. Um estudo da International Association for the Study of Pain (IASP) sobre as características e síndromes da dor oncológica concluiu que os especialistas em dor da América do Norte, Austrália e Europa Ocidental reportaram mais casos de dor irruptiva que os especialistas da Ásia, América do Sul, Europa do Leste e do Sul [10].

## Etiologia

Os episódios de dor irruptiva podem ser causados pela doença oncológica, de forma direta ou indireta (por exemplo, secundária à incapacidade), pelo efeito provocado pelos tratamentos oncológicos ou pelo efeito secundário de uma comorbilidade. O mecanismo fisiopatológico subjacente da dor irruptiva é na maioria das situações o mesmo da dor basal: dor nocetiva (somática ou visceral), neuropática ou mista [8].

## Classificação

A DIO pode ser classificada em dor espontânea e dor incidental (Figura 2). Os episódios de dor espontânea são episódios de exacerbações de dor imprevisíveis. Nos episódios de dor incidental é possível identificar o fator que desencadeou o episódio.

A dor incidental é denominada de:

- *Volitiva*: quando o fator desencadeador é um ato voluntário, como as atividades de vida diárias, caminhar;
- *Não volitiva*: quando o fator desencadeador é um ato involuntário como espirrar, tossir;
- *Associada a procedimentos*: quando o fator precipitante é a execução de determinados procedimentos, como o tratamento de feridas, os posicionamentos, as biopsias.

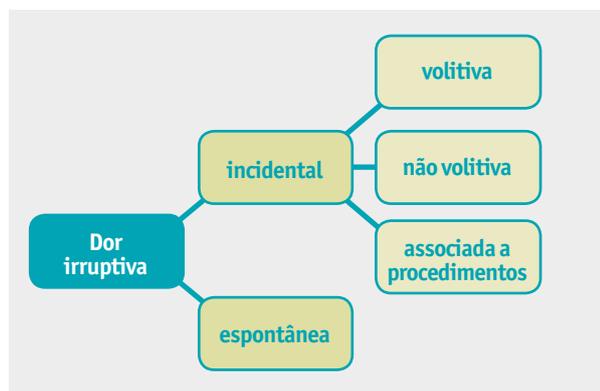


Figura 2: Classificação da dor irruptiva

A maioria dos autores defende que a dor de fim de dose não pode ser considerada como um tipo de dor irruptiva, uma vez que na definição de dor irruptiva está subjacente o adequado controlo da dor de base [8].

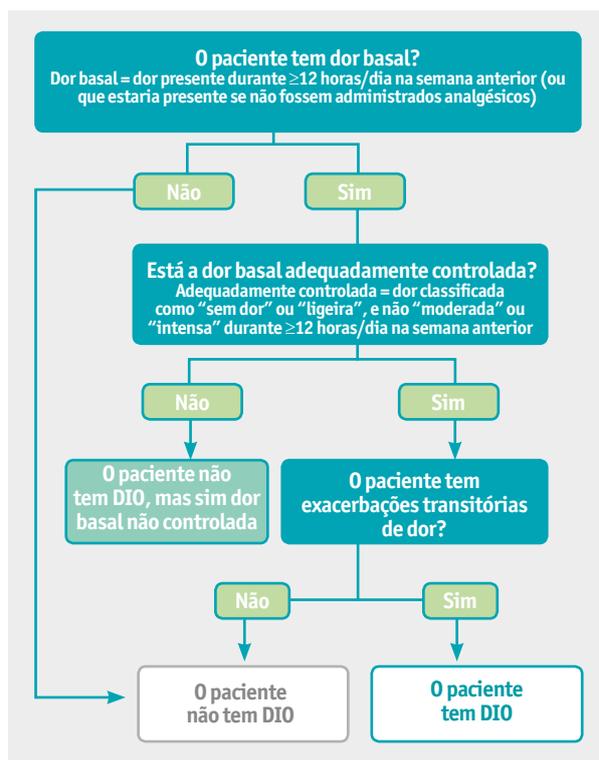
## Características clínicas

A dor irruptiva não é uma condição singular, mas o resultado de um conjunto de condições, sendo que as suas características clínicas podem variar de indivíduo para indivíduo [11,12]. A dor irruptiva é descrita como uma dor inesperada, frequente (número de episódios de dor irruptiva varia entre 1 a 7 episódios, demonstrando os estudos uma média de cerca de 4 episódios/dia), de intensidade moderada a severa (a intensidade da dor pode atingir o seu pico em 3-15 minutos, às vezes em segundos), e com duração curta (atinge a sua intensidade máxima após 3 minutos de seu início, durando em média 15-30 minutos, podendo durar até aos 60 minutos) [13,14]. A dor irruptiva interfere na atividade física (ex. dificuldade na mobilização), psicológica (ex. alterações de humor) e social (ex. incapacidade em trabalhar) [15,16,17].

## Avaliação

O sucesso do tratamento da DIO depende da adequada identificação e avaliação da mesma. Portenoy e Hagen desenvolveram o primeiro instrumento: *Breakthrough Pain Questionnaire*, que permite ao profissional de saúde identificar doentes com dor irruptiva, bem como recolher informação sobre a natureza da mesma e da dor basal. Este questionário não foi validado apesar de já ter sido utilizado em alguns estudos clínicos e desde então modificado [15]. Em 2009, Hagen e colegas desenvolveram o *Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool*, validado apenas para ser utilizado em investigação [18]. Existe ainda o *Episodic Pain Documentation Sheet* [19] e o *Breakthrough Pain Assessment Tool* (BAT) [20]. Um novo instrumento de avaliação clínica para avaliação da dor irruptiva, *Breakthrough Pain Assessment Tool*, foi recentemente desenvolvido e validado por Davies [18]. Nenhum destes instrumentos se encontra validado para a língua e cultura portuguesa.

Portenoy desenvolveu um algoritmo para o diagnóstico da dor irruptiva [11]. Em 2009, o *Task Group of the Science Committee of the APM*, publicaram recomendações [4] para a avaliação da dor irruptiva tendo por base o algoritmo criado por Portenoy.



**Figura 3:** Algoritmo diagnóstico de dor irruptiva (traduzido e adaptado) [17]

As recomendações da APM baseiam-se na premissa de que a dor basal está controlada. Não deve ser considerada como dor irruptiva a dor que ocorre no início de tratamento e titulação da terapêutica analgésica, ou quando os episódios de dor surgem antes da administração da medicação analgésica de base (“dor de fim de dose”), considerando-se que a dor basal pode não estar controlada.

A presença de dor irruptiva deve ser identificada e avaliada nos doentes com dor oncológica. É importante saber distinguir entre uma dor basal não controlada que apresenta exacerbações transitórias de uma dor basal controlada que apresenta episódios de dor irruptiva [4].

Em doentes com DIO, esta deve ser avaliada detalhadamente e separadamente da dor basal. Ou seja, deve ser realizada uma história da dor irruptiva, em que o objetivo é determinar a etiologia e conhecer a fisiopatologia da dor, bem como identificar fatores que possam indicar ou contraindicar intervenções específicas. A história clínica da dor irruptiva é descrita através de questões que a

caracterizam: início da dor, frequência da dor, localização da dor, irradiação da dor, qualidade (características) da dor, intensidade da dor, duração da dor, fatores desencadeantes, fatores de alívio, resposta aos analgésicos, resposta a outras intervenções, sintomas associados, impacto nas atividades de vida [4, 8, 15-17].

## Tratamento

O tratamento da DIO é um desafio para os profissionais de saúde que cuidam de doentes oncológicos [16]. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1986, elaborou orientações para o tratamento da dor oncológica [21]. De acordo com essas orientações da OMS, os analgésicos opioides são o pilar da terapêutica analgésica para o tratamento da dor moderada a intensa. [21]. A dor oncológica, em particular, é usualmente tratada com fármacos do terceiro degrau da escada analgésica, ou seja, com opioides major como a morfina, fentanilo e hidromorfona [1,5].

A dor oncológica basal tratada com opioides de libertação normal e/ou prolongada pode produzir bons resultados analgésicos, mas os mesmos podem não ser eficazes no tratamento da dor irruptiva, que requer formulações mais adaptadas às suas características clínicas. Ou seja, são necessárias formulações que tenham um início de ação rápido, mais efetivas no alívio da intensidade da dor, com duração curta (não mais que 2 horas), de fácil administração e com o mínimo de efeitos adversos [4, 8, 13, 15].

O *Task Group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland* (2009) recomenda [4]:

1. A gestão da DIO deve ser individualizada, pois depende de uma variedade de fatores relacionados com a dor (etiologia, fisiopatologia, características clínicas) e com o doente (estadio da doença, estado geral do doente, preferências do doente).
2. Deve ser considerado o tratamento da causa subjacente da dor.
3. Devem ser considerados a prevenção e o tratamento dos fatores precipitantes da dor. Por exemplo, na dor irruptiva causada pelo movimento (dor mecânica) em doentes com metástases ósseas, há vantagens em minimizar e adaptar os movimentos necessários às atividades diárias.
4. Devem ser consideradas a modificação do regime terapêutico e a medicação basal: “medicação pelo relógio”.

Pode envolver uma ou mais estratégias de tratamento, como: titulação de analgésicos opioides, rotação de analgésicos opioides, adição de medicamentos adjuvantes (agentes cuja função primária não é a analgesia, mas que proporcionam alívio da dor em certas circunstâncias), adição de outros analgésicos não opioides.

5. Os opioides são os analgésicos de resgate (medicação em SOS – *on demand*) preferenciais na gestão dos episódios de DIO. A medicação de resgate é administrada consoante a necessidade:
  - a. Na dor espontânea ou dor incidental não-volitiva, a medicação deve ser administrada no início do episódio;
  - b. Na dor incidental volitiva ou de procedimento, a medicação deve ser administrada antes do episódio de dor ocorrer.

A escolha do opioide deve basear-se nas características da dor irruptiva (início, duração), nas características dos medicamentos disponíveis no mercado (farmacocinética, farmacodinâmica), na resposta prévia do doente a opioides (eficácia, tolerabilidade) e, em especial, na preferência do doente.

6. A dose do opioide a administrar deve basear-se na titulação individual tendo em conta o fármaco. Tradicionalmente, a dose da medicação de resgate consiste numa proporção da dose de opioide administrada para a dor basal, a horas fixas. No entanto, alguns estudos sugerem que não existe relação entre as doses necessárias para o tratamento da dor basal e da dor irruptiva [22-26].
7. Métodos não farmacológicos podem ser utilizados na gestão dos episódios de dor irruptiva, como a massagem, a aplicação de calor, técnicas de distração, técnicas de relaxamento. No entanto, não existe evidência científica que suporte a utilização destes métodos no tratamento da dor irruptiva.
8. Analgésicos não opioides podem ser úteis na gestão dos episódios de dor irruptiva. No entanto, não existe evidência que suporte esta informação devido ao tempo de início de ação de alguns dos medicamentos (ex. paracetamol, ibuprofeno, etc.) que varia entre os 15 e os 30 minutos, atingindo um pico entre os 30 e 60 minutos. Estes *timings* não vão de encontro às características da dor irruptiva. No entanto, podem ter um papel a desempenhar na gestão da dor irruptiva.

9. Algumas técnicas interventivas de anestesiologia podem ser úteis na gestão de alguns aspetos clínicos associados com a dor irruptiva, como bloqueios neurais, neuromodulação (como, por exemplo, estimulação elétrica nervosa transcutânea), infusão de drogas neuroaxiais, etc.
10. O sucesso da gestão da dor irruptiva depende de uma reavaliação adequada do doente, com o objetivo de determinar a eficácia e a tolerabilidade do tratamento, assim como alterações na natureza da dor irruptiva.

### Medicação de resgate

Como já foi mencionado, os opioides são os medicamentos de eleição no tratamento da dor oncológica. Um aumento nas doses administradas a horas fixas pode auxiliar na redução da frequência ou intensidade da dor irruptiva. No entanto, a utilização de opioides de resgate (em SOS – *on demand*) é a estratégia mais comum no tratamento de episódios de dor irruptiva. A medicação de resgate é administrada consoante a necessidade do doente, em vez de a horas fixas. Deve ser administrada no início do episódio da dor irruptiva, embora também possa ser administrada antes de a dor surgir, isto é, no caso de uma dor incidental volitiva ou de procedimento. O fármaco ideal tem de ter um início de ação rápido e com curta duração, minimizando os efeitos adversos dos opioides e otimizando a sua eficácia.

#### • Opioides endovenosos

A morfina endovenosa é eficaz, bem tolerada e segura na gestão da dor irruptiva no doente internado [28]. Os opioides endovenosos como a morfina estão associados a um início de ação rápido (5-10 minutos) e a um efeito analgésico prolongado. No entanto, esta via é invasiva e desconfortável, não estando disponível no doente ambulatório, sendo por isso de uso limitado.

#### • Opioides de início de libertação normal – *Short Acting Opioid (SAO)*

##### *Opioides orais*

O opioide oral de libertação normal mais utilizado em Portugal é a morfina (Sevredol®, Oramorph®). Esta pode demorar 30 a 40 minutos a produzir um efeito analgésico, atingir o pico ao fim de 1 hora e ter efeito durante aproximadamente 4 horas. Um episódio de dor irruptiva que tenha um início lento, com duração superior a 1 hora, pode

responder melhor a este opioide oral do que um episódio com um início rápido e curta duração. A dose exata de morfina de ação rápida será a dose que alivie a dor sem efeitos adversos graves. Esta dose é, portanto, incerta, sendo que tradicionalmente se utiliza cerca de 5 a 15% da dose diária do opioide de base [27]. Não existe, porém, evidência que suporte este facto. Na realidade, como a dor irruptiva pode variar em causa, intensidade e duração, do mesmo modo a dose de resgate também pode variar. É recomendado que a dose inicial seja reavaliada de acordo com o benefício obtido e os efeitos adversos reportados pelo doente, ou seja, deve ser feita uma titulação da morfina de libertação normal [4]. Apesar da via oral ser preferencial na administração da medicação de resgate, as características da dor irruptiva, principalmente pelo facto de poder atingir o pico de intensidade em poucos minutos, pode sugerir que a morfina oral pode não ser o medicamento ideal por o seu início de ação ser mais lento em relação ao pico da dor. Assim, sugerem-se outros medicamentos opioides como o fentanilo e outras vias de administração.

• **Opioides de início de ação rápido – Rapid Onset Opioid (ROO)**

O fentanilo é um opioide sintético, lipofílico, caracterizado por uma rápida absorção e rápido início de ação. A via sublingual e transmucosa levam a uma rápida absorção, sendo conveniente, acessível e geralmente bem aceite, evitando o metabolismo de primeira passagem pelas enzimas do fígado, o que aumenta a biodisponibilidade do fármaco. A titulação de ROO é individual e independente da dose do opioide de base.

*Opioides orais sublinguais*

Em Portugal, está disponível o citrato de fentanilo sublingual (Abstral®) para o tratamento da dor irruptiva oncológica. Este medicamento está disponível nas doses de 100, 200, 300, 400, 600 e 800 µg. As embalagens estão codificadas com uma cor para cada dosagem, e os comprimidos têm formas diferentes para facilitar a sua identificação. O efeito inicia-se aos 10 minutos após a toma e pode durar até aos 60 minutos. A biodisponibilidade é de aproximadamente 70%, sendo a maioria absorvido pela mucosa sublingual [8]. A dose do medicamento deve ser titulada, de uma forma individual, para a identificação da dose ideal com o mínimo de efeitos adversos possível.

Pode ser tomado um máximo de 2 comprimidos por cada episódio de dor. A figura 4 ilustra o processo de titulação [30,33].

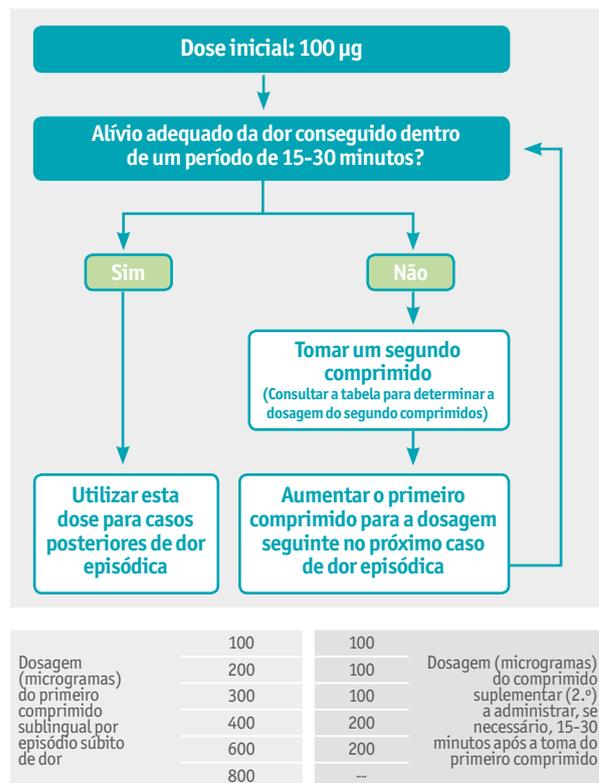


Figura 4: Titulação do Abstral® [30, 33]

Se o doente obtiver um alívio eficaz da DIO mas apresentar efeitos adversos não toleráveis, é necessário reduzir a dose de modo a garantir um alívio da dor com efeitos adversos mínimos para o doente. A dose de manutenção é a dose mais adequada no alívio da DIO. O doente pode tomar uma dose máxima de 800 µg por episódio de dor. As doses superiores a 800 µg por episódio de DIO não foram avaliadas em ensaios clínicos, pelo que não são recomendadas. O doente que inicia o tratamento com citrato de fentanilo sublingual deve ser instruído a tomar o comprimido no início do episódio de dor irruptiva; colocar o comprimido na parte mais funda da boca, por debaixo da língua (via sublingual); não mastigar, sugar ou morder o comprimido; deixar o comprimido dissolver-se totalmente; não comer nem beber enquanto o comprimido não

se dissolver completamente. Se o doente apresentar xerostomia, deve humedecer a mucosa oral com um pouco de água antes da administração do comprimido [30,33].

#### • Opioides orais transmucosos

Em Portugal está disponível o citrato de fentanilo oral transmucoso (Actiq®) para o tratamento da dor irruptiva oncológica. A mucosa oral tem características que a tornam a via de administração de eleição para tratamentos analgésicos rápidos: tem uma grande área de superfície, temperatura uniforme, alta permeabilidade, boa vascularização, o que permite uma rápida absorção [22]. Estudos realizados sobre a farmacocinética do fentanilo oral transmucoso (Actiq®) concluíram que: 25% do fármaco é imediatamente disponibilizado pela mucosa oral, possibilitando um rápido início de ação analgésica; 25% escapa à eliminação hepática e intestinal e torna-se sistemicamente disponível; e os restantes 50% não são absorvidos, obtendo-se uma biodisponibilidade de 50% [29]. O produto apresenta-se sob a forma de uma pastilha montada num bastonete de plástico. O fentanilo transmucoso demora cerca de 15 minutos até à dissolução total da pastilha, mas a sua utilização deve ser interrompida quando o doente atingir um controlo da dor ideal, rejeitando o restante. Tem um início de ação aos 3-5 minutos, com um efeito analgésico que pode durar até às 2 horas. Estão disponíveis as doses de 200, 400, 600, 800, 1200 e 1600 µg e a escolha da dose depende de um processo de titulação individual. A figura 5 ilustra o processo de titulação [31].

Se o doente experimentar mais do que 4 episódios de dor irruptiva por dia, ao longo de um período superior a 4 dias consecutivos, deve ser reavaliada a dose de opioide para a dor basal. O doente que inicia a pastilha de citrato de fentanilo transmucoso deve ser instruído para friccionar a pastilha contra a face interna da bochecha onde é dissolvida e absorvida pela mucosa oral; não deve comer nem beber enquanto a pastilha não se dissolver completamente. Se o doente apresentar xerostomia, deve humedecer a mucosa oral com um pouco de água antes da fricção da pastilha. O pH baixo da mucosa oral reduz a absorção do citrato de fentanilo pelo que se aconselha reduzir o consumo de sumos citrinos. A formulação de citrato de fentanilo transmucosa não é aconselhável em doentes com mucosite e patologia da cavidade oral bem como em doentes com alguma deficiência e com fadiga extrema que impeçam a aplicação do mesmo [31].

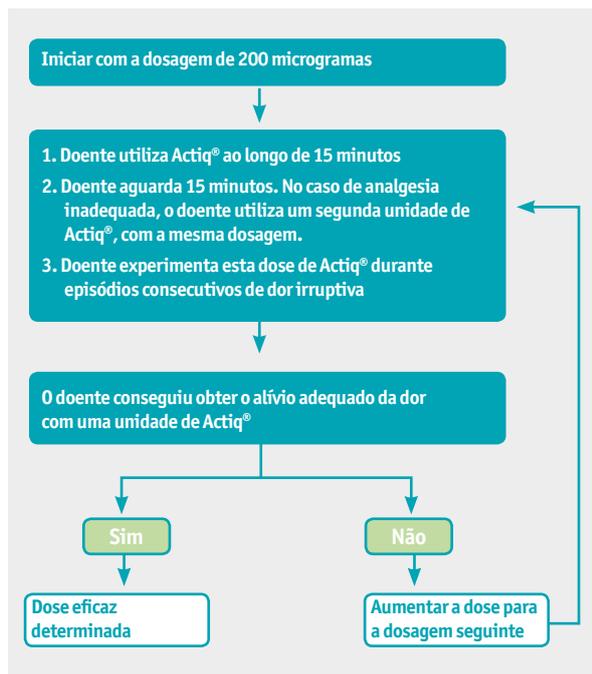
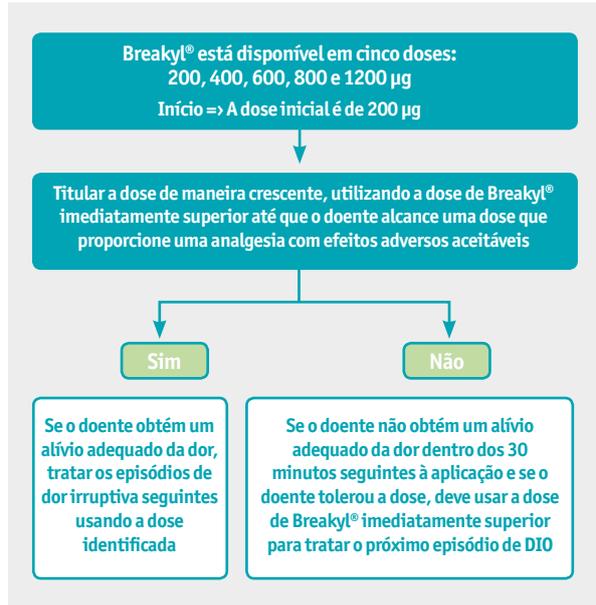


Figura 5: Titulação do Actiq® [31]

#### • Opióide de fentanilo sob a forma de película bucal

O citrato de fentanilo sob a forma de película bucal (Breakyl®) é uma pequena película retangular e flexível, com uma face branca e outra cor da pele. Está disponível em diferentes dosagens: 200, 400, 600, 800 e 1200 µg. A película adere ao interior da bochecha e liberta o fentanilo através do revestimento interno da boca, dissolvendo-se 15 a 30 minutos após a aplicação. A semelhança dos outros ROO, obedece a um processo de titulação individual (figura 6) e independente da dose basal de opioide.

Uma vez estabelecida a dose eficaz de Breakyl®, esta deve ser limitada ao máximo de quatro episódios de dor irruptiva por dia e administrada com intervalos de pelo menos 4 horas. Breakyl® deve ser usado apenas uma vez por episódio de DIO. O doente que inicia o citrato de fentanilo sob a forma de película bucal deve ser instruído a usar a língua para humedecer a parte interna da bochecha ou enxaguar a boca com água para humedecer a área onde vai aplicar o produto. Com as mãos secas, o doente deve aplicar a película bucal Breakyl® com a face rosa em contacto com a parte interna da bochecha e pressionar pelo menos durante 5 segundos até a película ficar firmemente aderente. O doente deve evitar mover a película com a lín-



**Figura 6:** Titulação do Breakyl® (adaptado) [32]

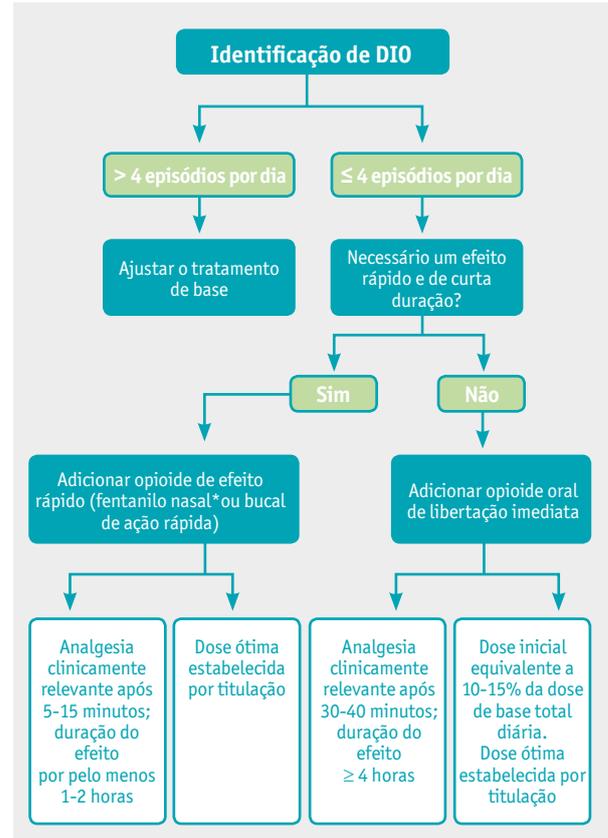
gua e ingerir alimentos até que a aquela esteja completamente dissolvida [32].

O sumo de toranja impede a metabolização do citrato de fentanilo, que utiliza esta via de metabolização, o que pode levar a uma acumulação orgânica e a uma consequente sobredosagem. Logo, o doente deve ser aconselhado a não consumi-lo [34]. A vigilância e monitorização dos doentes e a correta utilização dos medicamentos opioides no tratamento da DIO são aspetos fundamentais para a segurança dos próprios doentes.

O tratamento da DIO passa pela sua correta identificação e avaliação e consequentemente pela correta escolha do fármaco a administrar.

## CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno multidimensional e complexo que requer uma avaliação e gestão eficazes, com base num conhecimento atual. O enfermeiro é o profissional de saúde que beneficia de um contato frequente com os pacientes com dor crónica oncológica e dor irruptiva oncológica, sendo por isso a avaliação da dor um foco importante da prática de enfermagem.



**Figura 7:** Tratamento farmacológico da DIO (traduzido e adaptado) [17]. \*Nota: A formulação de fentanilo nasal ainda não se encontra disponível em Portugal.

A dor irruptiva continua a ser um problema de difícil abordagem no tratamento da dor oncológica uma vez que não é corretamente avaliada. A dor irruptiva deve ser avaliada de forma regular e adequadamente, para um correto diagnóstico da mesma. Apesar de não serem prescritores, os enfermeiros devem ter conhecimentos de como seleccionar o opioide ideal e saber como titular a dose mais adequada. Ensinar devidamente o doente e os prestadores de cuidados na correta gestão da medicação é um aspeto fundamental para um adequado tratamento da dor irruptiva.

## Referências bibliográficas

1. Ripamonti, C.I. et al (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 23 (Suppl 7), vii39-vii154.
2. Portenoy RN, Hagen NA (1990). Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41(3), 273-281.
3. Zepetella, G (2011). Breakthrough pain in cancer patients. *Clinical Oncology*, 23, 393-398.

4. Davies A, Dickman A, Reid C, Stevens AM, Zeppetella G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13, 331-338.
5. Caraceni A, et al. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncology*, 13, 58-68.
6. Hjermstad M, Fainsinger R, Kaasa S. (2009). Assessment and classification of cancer pain. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 3, 24-30.
7. Mercadante S, et al (2013). Relationship between background cancer pain, breakthrough pain, and analgesic treatment: a preliminary study for a better interpretation of epidemiological and clinical studies. *Current Medical Research & Opinion*, 29(6), 667-671.
8. Davies A. (2006). *Cancer-related breakthrough pain*. Oxford: Oxford University Press.
9. Margarit C, et al (2012). Breakthrough cancer pain – still a challenge. *Journal of Pain Research*, 5, 559-566.
10. Ali G, Kopf A. (2010). Breakthrough pain, the pain emergency, and incident pain. In: *International Association for Study of Pain. Guide to pain management in low-resource settings*. Seattle: IASP, 277-282.
11. Portenoy RK (1997). Treatment of temporal variations in chronic cancer pain. *Seminars in Oncology*, 5 (Suppl 16), 7-12.
12. Davies A, Vriens J, Kennett A, McTaggart M. (2008). An observational study of oncology patients' utilisation of breakthrough pain medication. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(4), 406-11.
13. Davies A, Zeppetella G, Andersen S, et al (2011). Multi-centre European study of breakthrough cancer pain: pain characteristics and patient perceptions of current and potential management strategies. *European Journal of Pain*, 15(7), 756-763.
14. Swanwick M, Haworth M, Lennard RF (2001). The prevalence of episodic pain in cancer: a survey of hospice patients on admission. *Palliative Medicine*, 15 (1), 9-18.
15. Caraceni A, et al (2013). Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Volume 11 Supplement 1 – March S29-S36
16. Wengström, Y; Geerling, J., Rustøen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Oncology Journal of Oncology Nursing*, April, 18 (2), 127 – 131.
17. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa: Dor irruptiva oncológica - Guielines 2013 - Guia de bolso. Consultado em 14 de Fevereiro de 2015. Disponível em:  
[http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO\\_guidelines2013\\_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf](http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/DIO_guidelines2013_11mar%20%20revisao%20final%2012%20marco.pdf)
18. Hagen NA, Stiles C, Nckolaichuk C, et al (2008). The Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool for cancer patients: a validation study using a Delphi process and patient think-aloud interviews. *Journal of Pain Symptom Management*, 35, 136-152.
19. Zeppetella, G.; Ribeiro, MD (2002). Episodic pain in patients with advanced cancer. *American journal Of hospice and Palliative Care*, 19, 267-76.
20. Webber, K.; Davies, AN; Cowie, MR (2010). Development of the Breakthrough Pain Assessment Tool (BAT). In *Proceedings of the 13th World Congress on Pain*. 29 august – 2 september, Montreal, Canada.
21. WHO Expert Committee (1996). *Cancer pain relief*. World Health Organization, Geneva.
22. Christie JM, Simmonds M, Patt R, Coluzzi P, Busch MA, Nordbrock E, et al (1998). Dose-titration, multicenter study of oral transmucosal fentanyl citrate for the treatment of breakthrough pain in cancer patients using transdermal fentanyl for persistent pain. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 3238-45.
23. Portenoy RK, Payne R, Coluzzi P, Raschko JW, Lyss A, Busch MA, et al (1999). Oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) for the treatment of breakthrough pain in cancer patients: a controlled dose titration study. *Pain*, 79: 303-12.
24. Coluzzi PH, Schwartzberg L, Conroy Jr JD, Charapata S, Gay M, Busch MA, et al (2001). Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) and morphine sulfate immediate release (MSIR). *Pain*, 91, 123-30.
25. Portenoy RK, Taylor D, Messina J, Tremmel L. (2006). A randomized, placebo-controlled study of fentanyl buccal tablet for breakthrough pain in opioid-treated patients with cancer. *Clinical Journal of Pain*, 22, 805-11.
26. Slatkin NE, Xie F, Messina J, Segal TJ. (2007). Fentanyl buccal tablet for relief of breakthrough pain in opioid-tolerant patients with cancer-related chronic pain. *Journal of Support Oncology*, 5, 327-34.
27. Hanks GW, De Conno F, Cherny N et al (2001). Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *British Journal of Cancer*, 84, 587-593.
28. Mercadante S, Villari P, Ferrera P, et al. (2006). Safety and effectiveness of intravenous morphine for episodic breakthrough pain in patients receiving transdermal buprenorphine. *J Pain Symptom Manage* 2006; 32, 175-179.
29. Payne R, Coluzzi P, Hart L, et al. (2001). Long-term safety of oral transmucosal fentanyl citrate for breakthrough cancer pain. *Journal of Pain Symptom Management*, 22(1), 575-83.
30. INFARMED – RCM Abstral (2014). Consultado em 17 de Fevereiro de 2015, em [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=42339&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=42339&tipo_doc=rcm)
31. INFARMED – RCM Actiq (2012). Consultado em 17 de Fevereiro de 2015, em [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=31844&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=31844&tipo_doc=rcm)
32. INFARMED – RCM Breakyl (2014). Consultado em 17 de Fevereiro de 2015, em [http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=46885&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46885&tipo_doc=rcm)
33. INFARMED – GUIA DO PRESCRITOR ABSTRAL - Versão 2, Janeiro de 2015 - Consultado em 19 de Fevereiro de 2015, em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS\\_USO\\_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/INFORMACAO\\_SEGURANCA/MATERIAIS\\_EDUCACIONAIS/A\\_E/Guia%20Prescritor%202015\\_01\\_27\\_final%20pdf.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/INFORMACAO_SEGURANCA/MATERIAIS_EDUCACIONAIS/A_E/Guia%20Prescritor%202015_01_27_final%20pdf.pdf)
34. Perdigão, Carlos (2012). Gestão do Risco dos Medicamentos - Interação da toranja com diversos fármacos de uso corrente. *Revista Factores de Risco*, nº 27 OUT-DEZ pág. 53.