

Tolerancia analgésica de fentanilo transdérmico en tratamientos prolongados

C. DE BARUTELL

Director Unidad del Dolor. Hospital Universitario Valle Hebrón. Barcelona

Objetivos

Valorar el significado clínico de la posible tolerancia analgésica del fentanilo en administración transdérmica en pacientes que reciben dicha medicación durante períodos prolongados de tiempo.

Métodos

Se estudian 33 pacientes, 31 con dolor crónico no maligno de diferentes etiologías y 2 con dolor crónico oncológico estable, sin crisis de dolor irruptivo.

SEXO: 20 mujeres
13 hombres
EDAD: 34-82 años

Retirados 4 pacientes por falta de datos en algunas de las visitas intermedias, entre ellos los 2 pacientes con dolor crónico oncológico.

Visita inicial

Después de realizar la historia clínica del dolor, se mide la intensidad del mismo mediante el EVA, pautándose fentanilo transdérmico a dosis 25 µg/h/72 h, añadiendo a todos los pacientes medicación coadyuvante según las características del dolor.

Visitas mensuales

En dichas visitas se evaluó:

- Intensidad del dolor mediante EVA
- Dosis de fentanilo empleadas
- Medicación coadyuvante administrada

Duración del tratamiento:

12 meses → 29 pacientes
24 meses → 17 pacientes
36 meses → 9 pacientes

Resultados

12 meses

EVA: Mejoría significativa desde el primer mes (gráfico).

A partir del quinto mes se alcanza control del dolor

DOSIS: Incremento estadísticamente significativo el primer mes.

Del cuarto al sexto mes estabilización de la dosis (gráfico)

Del séptimo al duodécimo incrementos significativos

Evolución EVA vs dosis (gráfico)

24 meses

EVA: Estabilizado desde el quinto mes (gráfico)

DOSIS: Evolución creciente durante estos meses (gráfico)

36 meses

EVA: Estabilizado desde el quinto mes (gráfico)

DOSIS: Dosis ascendentes con 2 períodos de estabilización de los meses 24 al 27 y en los últimos meses estudiados (gráfico)

Conclusiones

1. Analizando estos datos estadísticos se puede hablar de tolerancia al fentanilo transdérmico, ya que observamos una estabilización del EVA a partir del 5º mes de tratamiento, mientras que las dosis de fentanilo siguen incrementándose a lo largo del mismo.

Pero si estadísticamente existe tolerancia, en la clínica este progresivo aumento de dosis tiene muy poca relevancia, ya que la mayoría de pacientes están con dosis bajas de fentanilo, como se observa:

- 20,6% continúan con la dosis inicial de 25 µg/h/72 h
- 41,3% están en dosis de 50 µg/h/72 h
- 10,3% llevan dosis de 75 µg/h/72 h
- 10,3% alcanzan dosis de 100 µg/h/72 h
- 6,8% han llegado a dosis de 125 µg/h/72 h

Los pacientes que alcanzan dosis a partir de 75 μ g/72 h llevan en tratamiento de 18 a 41 meses y todos ellos están afectados de dolor neuropático en relación con síndromes de cirugía de columna vertebral (cirugía fallida, tumor cono medular, síndrome de cola de caballo), con excepción de un caso de artrosis generalizada muy evolucionada y otro caso de cistitis hemorrágica en un paciente ex adicto y HIV+.

2. Creemos que es obligatoria la correcta prescripción de los opioides en cuanto a dosificación y horario de administración.

3. Muy importante e imprescindible la administración conjunta de medicación coadyuvante (antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos, tranquilizantes, AINE).

4. Los pacientes en tratamiento con opioides a largo plazo deben ser visitados por su médico con cierta regularidad, para asegurar la eficacia y la seguridad

del mismo. En estas visitas debe incidirse no solamente en la intensidad del dolor sino en otros aspectos como la calidad del mismo, aparición y frecuencia de crisis agudas, contexto emocional, hábitos incluido las horas y calidad del sueño, efectos fisiológicos, calidad de vida y efectos indeseables.

5. El tratamiento con opioides siguiendo protocolos estandarizados ofrece seguridad y eficacia en tratamiento a largo plazo, por lo que puede ser aplicado a pacientes con dolor crónico no maligno.

6. Es necesario seguir realizando estudios para conocer el verdadero papel de los mecanismos bioquímicos del desarrollo de tolerancia, como puede ser la activación de péptidos no opiáceos como la colecistocinina (CCK), la activación de antagonistas de la NMDA, el aumento de la expresión de la dinorfina espinal y otras vías de estudio y experimentación.