

¿Morfina o Fentanilo?

La atención al dolor en cuidados paliativos incluye una evaluación integral del mismo, debemos tener en cuenta, origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia.

Podemos utilizar escalas para su evaluación, como las escalas visuales analógicas, escalas numéricas o el Cuestionario Breve del Dolor.

El tratamiento del dolor debe ser escalonado, comenzando por el escalón analgésico más adecuado según el tipo e intensidad del dolor.

La administración de analgésicos debe ser pautada, monitorizando la respuesta al tratamiento y adecuando la dosis de forma individualizada, sin olvidarse de tratar el dolor irruptivo. (rescates)

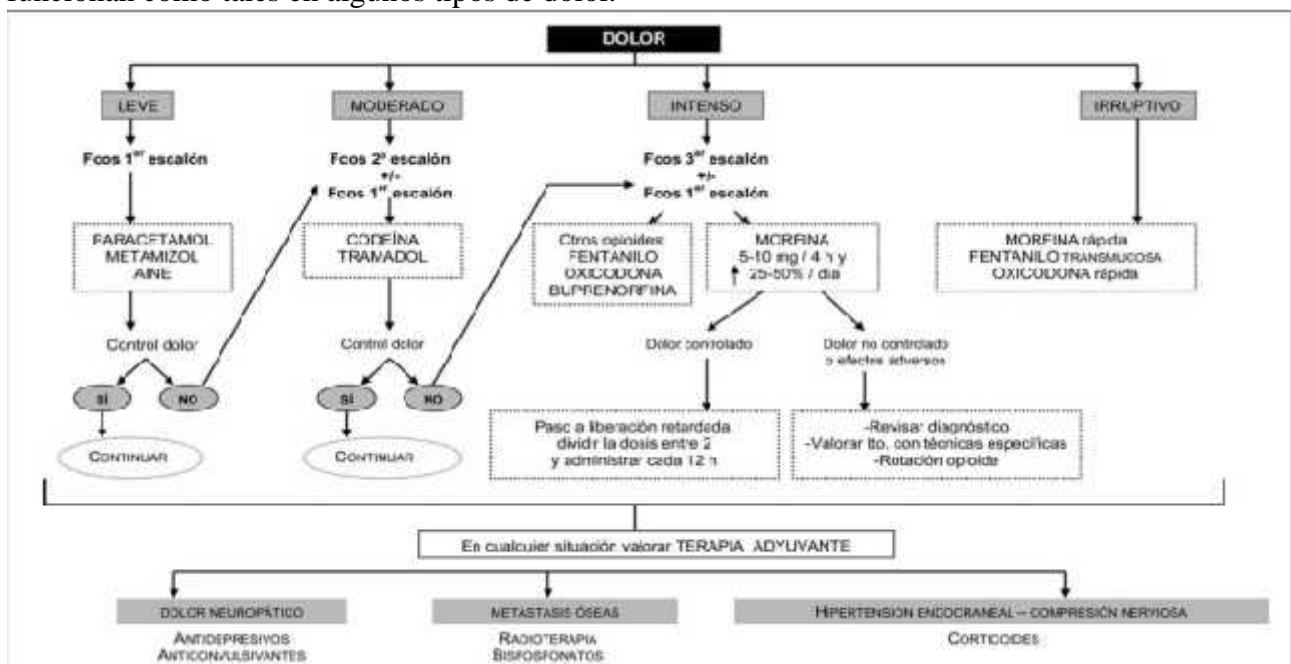
Asimismo, es importante adelantarse a la aparición de efectos secundarios previsibles (ej. estreñimiento por opiáceos) con medidas preventivas.

La morfina es el fármaco de elección en el tercer escalón de analgesia, y también en el dolor irruptivo; en este caso se utiliza la sexta parte de la dosis total diaria.

En caso de dificultades para la deglución, problemas de cumplimiento o por preferencia de los pacientes, puede usarse fentanilo

Los AINE son la primera opción en el dolor de etiología ósea y en las metástasis óseas.

La terapia adyuvante incluye fármacos cuya principal acción no es la analgésica, pero que funcionan como tales en algunos tipos de dolor.



Aunque la vía oral se considera la de elección en la mayoría de las guías de práctica clínica (GPC), el uso de parches transdérmicos (fentanilo y buprenorfina) ha aumentado sustancialmente como medicamentos de primera línea en el manejo de dolor moderado-severo. Esta tendencia puede ser debida a una mejor adherencia al tratamiento, menos efectos adversos y las preferencias del paciente.

Respecto al Fentanilo transdermico hay discrepancias entre las distintas guías de práctica clínica, ya que en algunas se recomienda como una de las opciones de primera línea en dolor oncológico, mientras que en otras sólo se recomienda como alternativa a la morfina u otras formas orales en caso de dificultades para la deglución.

No hay evidencia clara de que ningún opioide en particular, incluyendo morfina, sea mejor que otro en términos de eficacia en el alivio del dolor

Fentanilo y buprenorfina son los opioides más seguros en la ERC y no requieren ajuste de dosis

Codeína, tramadol, morfina y oxicodona deben usarse con precaución:

Codeína: se debe usar con precaución en la ERC, y evitarla en la ERC grave. Si FG 10-50 ml/min, reducir la dosis al 75%.

Tramadol liberación inmediata: si FG < 30 ml/min prolongar el intervalo de dosificación a 12 h.

Contraindicado su uso si FG < 10 ml/min

Tramadol liberación prolongada: si FG < 30 ml/min no se recomienda su uso. Contraindicado si FG < 10 ml/min.

Morfina de liberación inmediata: relativamente segura si se titula la dosis progresivamente. Evitar su uso si FG < 30 ml/min.

Morfina de liberación prolongada: evitar su uso en la ERC.

Oxicodona: comenzar con la mitad de la dosis habitual y titular progresivamente. Contraindicado si FG < 10 ml/min

Asociación oxicodona/naloxona: en pacientes con ERC, aumenta la concentración plasmática del principio.

Conclusiones:

1-Ningún opioide es mejor que otro en términos de eficacia en el alivio del dolor.

2-La vía oral y la morfina sigue siendo el fármaco de elección en la mayoría de las guías de práctica clínica, aunque existen muchas discrepancias

3-El Fentanilo tiene una clara ventaja sobre otros opioides, incluida la morfina, en pacientes con enfermedad renal crónica y bajo F.G