

Ejemplo caso clínico 1

Historia clínica

- Mujer de 47 años
- Carcinoma de orofaringe (T3,N0,M0)
- Quimio-radioterapia concomitante
- Mala tolerancia al tratamiento: oromucositis grado 3 y pérdida ponderal >10%
- La oromucositis provoca un intenso dolor y dificultad para la ingesta

Anamnesis

- Dolor continuo, no irradiado, difuso, EVA = 4, con leve alivio con la pauta de analgésica prescrita al inicio del tratamiento (no opioides)
- Crisis de dolor asociadas a la ingesta con EVA = 8, de rápida aparición (minutos) y corta duración (15-20 minutos)

Pregunta 1:

¿Ante qué tipo de dolor nos encontramos?

- a) Dolor basal nociceptivo, de moderada intensidad, con crisis de DI de características incidentales, de elevada intensidad
- b) Dolor basal neuropático, con crisis de DI de características espontáneas

Pregunta 2:

¿Cuál debería ser la característica principal del fármaco de elección a utilizar?

- a) Opioide lipofílico, con una vía fácil de administración
- b) No opioides ± coadyuvantes

Pregunta 3:

¿Cómo ajustaríamos el tratamiento?

- a) Parche de fentanilo 25 mcg cada 72 horas y fentanilo transmucoso 100 mcg de rescate para la crisis de dolor (cada 4-6 horas)
- b) 60 mg de morfina oral al día

Pregunta 4

En la siguiente valoración, la paciente reporta dificultad con la vía de administración. ¿Cómo procederías?

- a) Mantener el tratamiento otras 24 horas y volver a valorar
- b) Mantener el parche de fentanilo 25 mcg cada 72 horas y cambiar a fentanilo intranasal 100 mcg, a utilizar 5 minutos antes de la ingesta

Final

A las 24 horas la paciente refirió un alivio importante del dolor basal, precisando solo 3 rescates de 100 mcg para el control del dolor exacerbado por la ingesta.

Las crisis fueron controladas en pocos minutos tras la administración del fármaco.

La paciente finalizó el tratamiento con radioterapia y mejoró satisfactoriamente con un descenso importante del dolor basal (EVA = 2), y precisando 3 rescates al día coincidiendo con las comidas.

Conclusión

Es fundamental la individualización de cada tratamiento, dependiendo de las características clínicas de cada paciente (variabilidad interindividual) La mucosa nasal es altamente permeable y vascularizada.

El fentanilo es un fármaco candidato ideal para la administración intranasal porque es altamente lipofílico, de fácil absorción y atraviesa de forma rápida la barrera hematoencefálica

- Fármaco que proporciona alivio rápido
- Administración sencilla y cómoda
- Minimizando efectos secundarios

Ejemplo caso clínico 1

Historia clínica

- Varón de 58 años
- Carcinoma de pulmón de células grandes de estirpe escamosa
- Quimioterapia neoadyuvante CDDP + Vinorelbina con buena respuesta
- Neumonectomía
- Estadio IIIA

Anamnesis

- Dolor a nivel hemitórax izquierdo, EVA 5-6, tratamiento con tramadol
- En la última revisión, dolor basal EVA 6-7 y dolor irruptivo EVA 8-9, acompañados de disnea: recidiva de la enfermedad

Pregunta 1:

¿Qué tratamiento pautaríamos?

- a) Morfina de liberación retardada 20 mg/día y fentanilo intranasal 100-200 mcg/4 horas si dolor
- b) Morfina de liberación retardada 20 mg/día y morfina IV

Pregunta 2:

Precisa de 3 rescates diarios, y tiene episodios de disnea con las crisis que ceden con fentanilo. ¿Cómo procederíais?

- a) Aumentar dosis de morfina de liberación retardada a 30 mg/día
- b) Mantener tratamiento y reevaluar

Pregunta 3:

Precisa de 6 rescates diarios fentanilo. ¿Cómo procederíais?

- a) Subir dosis de morfina 40 mg/día y fentanilo intranasal si dolor 1-2 inhalaciones, y si no cede aumentar a 400 mcg
- b) Mantener morfina de liberación retardada 30 mg/día y fentanilo intranasal 400 mcg

Pregunta 4:

Presenta un dolor de difícil control, se inicia tratamiento con Docetaxel semanal como 2ª línea de tratamiento y radioterapia paliativa para controlar el dolor.

Presenta un buen control del dolor basal y requiere 1-2 rescates con fentanilo, 200 mcg. ¿Qué haríamos tras terminar la QT + RT?

- c) Ajustar tratamiento a 20 mg/día de morfina de liberación retardada, con 1-2 rescates de fentanilo nasal por dolor y disnea asociadas
- d) Mantener sólo morfina de liberación retardada 30 mg/día

Final

Se logra controlar los episodios de dolor irruptivo + disnea asociada con 200 mcg de fentanilo nasal en pectina.

Conclusión

En este tipo de pacientes la disnea y el dolor irruptivo están estrechamente relacionados. Se observa una mejoría de la disnea y del dolor con la administración de fentanilo intranasal.