



DOLOR ONCOLÓGICO DE DIFÍCIL CONTROL Y PAPEL DEL FENTANILO INTRANASAL CON PECTINA

Investigación clínica del fentanilo intranasal con pectina

Luis Cabezón Gutiérrez* y Parham Khosravi Shahi

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Fentanilo;
Transmucosa;
Intranasal;
Pectina

KEYWORDS

Fentanyl;
Transmucosal;
Intranasal;
Pectin

Resumen

A pesar del tratamiento adecuado del dolor basal crónico con opioides mayores, determinados pacientes sufren exacerbaciones transitorias e intensas de inicio rápido, corta duración y gran intensidad denominadas dolor irruptivo. Este tipo de dolor requiere un tratamiento específico con analgésicos capaces de mimetizar las características del episodio de dolor irruptivo. Entre esos analgésicos destaca la formulación de fentanilo de absorción transmucosa nasal a base de pectina (PecFent®), cuyo desarrollo clínico se resume brevemente en este artículo.

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Clinical research in fentanyl pectin nasal spray

Abstract

Despite adequate control of chronic cancer pain with major opioids, some patients experience transitory and intense exacerbations. These exacerbations, known as breakthrough pain, are characterized by rapid onset, short duration and strong intensity. Episodes of breakthrough pain require specific treatment with analgesics tailored to relieve this type of pain. Notable among these analgesics is a transmucosal nasal fentanyl formulation in a pectin-based gel (PecFent®), whose clinical development is summarized in this article.

© 2015 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lcabezon@torrejonsalud.com (L. Cabezón Gutiérrez).

Introducción

El dolor oncológico es un síntoma muy prevalente. El 30-40% de los pacientes oncológicos en los estadios iniciales y el 70-90% en las fases más avanzadas de la enfermedad presentan dolor¹. La presencia del dolor deteriora seriamente la calidad de vida de los pacientes con cáncer, sobre todo cuando su manejo es inadecuado. El tipo de dolor oncológico más frecuente es el crónico, que habitualmente requiere fármacos de segundo-tercer escalón para su control. Sin embargo, a pesar del tratamiento basal con opioides mayores, muchos pacientes sufren con frecuencia exacerbaciones puntuales del dolor (dolor irruptivo oncológico [DIO]) debido a diferentes causas, en ocasiones previsible y en otras inesperadas. Además del sufrimiento que conllevan, estos episodios constituyen un problema importante para el paciente oncológico, pues generan gran carga de ansiedad y añaden incapacidad funcional, lo cual se traduce en una mayor dificultad para controlar el dolor basal. El concepto de DIO es relativamente reciente. El interés actual está conduciendo a un proceso de mejor conceptualización y, por lo tanto, a una mejoría en su diagnóstico y tratamiento². Además, la presencia de dolor irruptivo se considera como un factor de mal pronóstico en el tratamiento del dolor oncológico, y se ha correlacionado con un incremento de los síntomas depresivos y trastornos emocionales, incremento de la dependencia física, empeoramiento de la calidad de vida e incremento del gasto sanitario³.

Manejo del dolor irruptivo

El primer paso en el abordaje del tratamiento del dolor oncológico es el abordaje específico sobre la causa del dolor, y, en este caso, la primera causa de dolor oncológico es la enfermedad neoplásica. Por tanto, medidas como la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia, etc. presentan un efecto analgésico como consecuencia de la reducción del tamaño tumoral.

Las consideraciones generales para un correcto tratamiento de las crisis del dolor irruptivo son⁴⁻⁷:

- El dolor irruptivo es un síntoma que puede aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad oncológica y debe ser tratado y controlado tan pronto como aparezca.
- Es importante identificar y actuar sobre el agente específico que provoca el dolor irruptivo, y se puede hacer de manera preventiva (p. ej., el dolor irruptivo tipo

incidental de la deambulación programada o del aseo o de la cura de la úlcera).

- El tratamiento analgésico del dolor irruptivo es específico y no sustituye al tratamiento del dolor basal (con opioides).

El dolor irruptivo varía de una persona a otra, por lo que no se puede establecer una terapia generalizada.

Clásicamente, en los pacientes ambulatorios se han utilizado, para el control del DIO, las formulaciones orales de liberación rápida de los mismos opioides de liberación lenta prescritos al paciente para el control del dolor oncológico crónico de base (morfina, oxycodona, hidromorfona), de la misma manera en la que se utilizan para la titulación opioide, sin existir evidencia científica que avale su eficacia en el dolor irruptivo.

Estas formulaciones orales de liberación rápida de los opioides mayores (morfina y oxycodona) no son capaces de mimetizar las características del episodio de dolor irruptivo (tabla 1)⁸, ya que tras su administración por vía oral el inicio de acción es lento y se sitúa en unos 30-40 min. La duración de acción de estos analgésicos es más larga (vida media en torno a las 4 h) que la duración del episodio de dolor irruptivo (habitualmente < 30-60 min). Además, tanto la morfina como la oxycodona son fármacos hidrofílicos, lo que dificulta su absorción por vía transmucosal. La metadona administrada por vía oral tendría un inicio de acción más rápido (de unos 10-15 min); sin embargo, su duración de acción es prolongada, con una vida media de 4-6 h. Por otra parte, la posología y la farmacocinética de la metadona no están bien establecidas.

Posteriormente se ha incorporado al arsenal terapéutico las formulaciones transmucosales orales de fentanilo, con un inicio de acción más rápido (en torno a los 10-15 min) cuando son administradas correctamente, y con una vida media más corta (de 1-2 h). Con ello se podría conseguir, en teoría, un inicio de analgesia más rápido, sin añadir mayores efectos secundarios al tratamiento analgésico de base. Sin embargo, en la práctica clínica, en muchas ocasiones estas formulaciones transmucosales orales de fentanilo se absorben solo parcialmente por vía transmucosa y otra parte se absorbe por vía digestiva como consecuencia de su deglución (tabla 1, última fila)^{9,10}. Hasta la fecha se han comercializado en nuestro país 5 fentanilos transmucosales orales (Abstral®, Effentora®, Actiq®, Breakyl® y Avaric®) y dos intranasales (PecFent® e Instanyl®).

Son muchos los autores^{5,11-13} que, con los resultados de que disponemos, consideran como mejor opción para optimizar el tratamiento del dolor irruptivo o bien la morfina

Tabla 1 Características farmacocinéticas de los opioides de liberación rápida utilizados en el dolor oncológico irruptivo^{4,9,10}

Fármaco	Inicio de la acción (min)	Duración de la acción (h)	Biodisponibilidad (%)
Oxycodona	30	4-6	73
Morfina	30-40	3-6	50
Hidromorfona	30	4-5	50
Metadona	10-15	4-6	80
Fentanilo transmucoso ^{9,10}	10-15	1-2	50

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2766336>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2766336>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)