

Rev Soc Esp Dolor
2012; 19(1): 000-000

Contestación de los autores

Estimados Sres.:

Agradezco al departamento médico de Janssen que hayan demostrado interés por mi artículo sobre Tapentadol y les respondo que una de las dificultades que nos encontramos en la práctica clínica diaria es no conocer con exactitud las dosis equianalgésicas entre los opioides, pudiéndose encontrar diferencias importantes entre distintas publicaciones, en el caso de la hidromorfona, se puede estimar incluso una potencia relativa de 7:1 hasta 11:1 con respecto a morfina (1).

La mayoría de los datos de las tablas de conversión proceden de estudios antiguos incluyendo estudios de dosis únicas y de estudios no diseñados para la determinación de las potencias entre diferentes opioides (2). Este hecho es clara consecuencia de que la conversión opioide no debería ser un mero cálculo matemático, sino que debería integrar una evaluación del tratamiento opioide actual del paciente, de su situación clínica, de su historial de dolor, intensidad de los efectos adversos, comorbilidad y de la utilización de fármacos concomitantes. De tal manera que el proceso para alcanzar la dosis óptima debe individualizarse y monitorizarse, de forma especial en aquellos pacientes que reciben elevadas dosis de opioides utilizando, solo como guía, las tablas de conversión de opioides establecidas en la literatura científica (2,3).

La tabla de conversión utilizada en el artículo "Tapentadol retard en el dolor crónico intenso" publicado en la Revista de la Sociedad Española de Dolor (4), está basada principalmente en mi amplia experiencia con tapentadol formulación retard durante su desarrollo clínico y en específico en mi experiencia en el estudio de fase IIIb en el que se llevaba a cabo la rotación de opioides potentes a tapentadol retard. Asimismo se ha tenido en cuenta la Guía Rápida para el uso seguro de

opioides en pacientes en situación terminal publicada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (5), con lo que no considero que conlleve una inadecuada dosificación del paciente.

Cuando se inició la redacción de este artículo Palladone Continus® no estaba comercializado aún y la experiencia del cambio de hidromorfona a tapentadol está basada en el uso de Journista® en el ensayo clínico que llevé a cabo y no en Palladone Continus® de ahí su ausencia en la tabla de equivalencias. De todas formas, según aumente mi experiencia con Palladone Continus® valoraré su inclusión y correspondiente corrección de la tabla de equivalencias de la publicación.

Evidentemente son necesarios nuevos ensayos clínicos con un número elevado de pacientes para así establecer la verdadera eficacia de esta práctica clínica, y estandarizar equivalencias en la conversión de un opioide por otro y en diferentes tipos de dolor.

L. M. Torres

*Servicio Anestesia y Reanimación. Hospital
Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

BIBLIOGRAFÍA

1. Trescot AM, Boswell MV, Atluri L, Hansen HC, Deer TR, Abdi S, et al. Opioid Guidelines in the Management of Chronic Non-Cancer Pain. *Pain Physician* 2006;9:1-40.
2. Mercadante S, Bruera E. Opioid switching: a systematic and critical review. *Cancer Treatment Reviews* 2006;32:304-15.
3. Calderón, E; Nuevos usos de opioides en pacientes con dolor intenso. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;14(7):473-5.
4. Guía Rápida para el uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal publicada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
5. Torres Morera LM. *Rev Soc Esp del Dolor* 2011;18(5).