

Prácticas seguras en el manejo de analgésicos opioides

Módulo III.- Seguimiento y Monitorización del tratamiento con opioides

Capítulo III.5.- SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

José Manuel Fernández Fernández
Médico Psiquiatra
UAD Ribeira

III.5.- SUSPENSION DEL TRATAMIENTO



José Manuel Fernández Fernández
Médico psiquiatra
UAD Ribeira



Cuándo SUSPENDER el tratamiento



ANALGÉSICOS OPIOIDES Cuándo suspenderlos

- Cuando el paciente lo solicite
- No existe una mejoría clínicamente significativa (>30%) en el dolor y/o en la funcionalidad**
- Se utilizan dosis (**DEM**) de **50 mg o más sin un beneficio claro.**
- Se usen de forma concomitante **benzodiazepinas o alcohol**
- Signos de **trastorno por uso de sustancias (TUS)**
- Sospecha fundada o certeza de **problemas relacionados con el uso de opioides, o dificultad para controlar el uso: Uso indebido, abuso o adicción**
- Signos de alerta temprana de **riesgo de sobredosis:**
Confusión, sedación, habla lenta y confusa, miosis.
- Sobredosis** o otros efectos adversos graves e intolerables



¿Cuándo suspender un opiode?

| | Ejemplos y consideraciones |
|--|---|
| Condición dolorosa resuelta | El paciente recibe tratamiento para su condición dolorosa. Un ensayo de reducción de dosis es recomendado para determinar si la condición dolorosa se ha resuelto |
| Riesgos > Beneficios | <ul style="list-style-type: none">☑ Riesgo de sobredosis ha aumentado☑ Clara evidencia de uso inadecuado☑ Es evidente comportamiento anormal relacionado con la droga |
| Efectos adversos > Beneficios | <ul style="list-style-type: none">☑ Los efectos adversos deterioran la funcionalidad por debajo del nivel basal☑ El paciente no tolera los efectos adversos |
| Complicaciones medicas | <ul style="list-style-type: none">☑ Hipogonadismo☑ Apnea del sueño (SAOS), EPOC☑ Hiperalgnesia Inducida por Opioides (HIO), Neurotoxicidad IO |
| La efectividad analgésica no es alcanzada | <p>Efectivo: >30% de disminución dolor o mejoría funcional</p> <ul style="list-style-type: none">☑ Dolor y funcionalidad sin respuesta después de terapias de prueba con diferentes opioides☑ El opiode está siendo usado para regular estado ánimo más que para el control del dolor☑ Disminuciones periódicas o suspensión de la terapia para confirmar la efectividad del tratamiento. |

*El mánager opiode. Guía Canadiense para el manejo de opioides

VALORACION EFICACIA ANALGÉSICA

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE OPIOIDES EN DCNO

Valoración eficacia analgésica

Analgésia adecuada
Mínimos efectos secundarios
Mejoría funcional

NO

Valorar rotación de opioides

SI

Disminución del dolor 30% y/o
Mejora de la función 30%
Mínimos efectos secundarios

NO

Abandono del tratamiento
y buscar alternativa analgésica

SI

Continuar tratamiento opioide

Revisiones mensuales
Tratar efectos secundarios
Control recetas

Valorar

- Intensidad dolor
- Analgesia adecuada
- Actividad/ funcionalidad/Calidad vida
- Efectos Adversos
- Conductas aberrantes/ abuso



Cuándo SUSPENDER el tratamiento



SUSPENSIÓN TRATAMIENTO OPIOIDE

INDICACIONES



Indicaciones de SUSPENSIÓN TRATAMIENTO

Suspensión Inmediata

- Uso ilegal
- Sobredosis

Derivación UADs
Otras alternativas tto DCNO

Suspensión Rápida

- RAM graves
- Hiperalgnesia

Reducción 25% c/ 3-7 días

Suspensión Gradual

- Ausencia eficacia
- Efectos adversos que persisten a pesar de rotación

- Reducción 10%/semana
- Cuando se alcanza 20% dosis inicial: Reducir 5%/semana



ANALGÉSICOS OPIOIDES: Cuándo y como suspenderlos



RECOMENDACIONES

- ✓ **Retirada lenta y progresiva**, ajustando la velocidad y la duración de la misma a la respuesta del paciente, para minimizar los síntomas de abstinencia.
- ✓ Maximizar el tratamiento del dolor con **tratamientos no opioides y terapias no farmacológicas**
- ✓ Disminuir aproximadamente un 10% de la dosis de partida cada semana, o un 25% cada 2-3 semanas.
- ✓ Cuando se alcanza un tercio de la dosis inicial, la reducción será más lenta (p. ej., 5 mg cada 2-4 semanas)



EL MANAGER OPIOIDE



¿ Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento con opioides?

D ¿Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento con opioides?

| Cuando suspender un opiode | Ejemplos y consideraciones |
|--|--|
| Condición dolorosa resuelta | El paciente recibe tratamiento definitivo para su condición dolorosa. Un ensayo de reducción de dosis es recomendado para determinar si la condición dolorosa inicial se ha resuelto. |
| Riesgos>beneficios | Riesgo de sobredosis ha aumentado. Clara evidencia de uso inadecuado. Es evidente un comportamiento anormal relacionado con la droga. |
| Efectos adversos > beneficios | Los efectos adversos deterioran la funcionalidad por debajo del nivel basal. El paciente no tolera los efectos adversos. |
| Complicaciones medicas | Las complicaciones médicas se han hecho evidentes (por ejemplo hipogonadismo, apnea del sueño, hiperalgesia inducida por opioides). |
| La efectividad analgésica no es alcanzada | Efectivo = \geq 30% de disminución en dolor o mejoría funcional El dolor y la funcionalidad permanecen sin respuesta después de terapias de prueba con diferentes opioides. El opiode está siendo usado para regular el estado de ánimo más que para control del dolor. Disminuciones periódicas o suspensión de la terapia deben ser consideradas para confirmar la efectividad del tratamiento. |



Como suspender un opiode – lo fundamental

¿Cómo debo parar? El opiode debe ser suspendido gradualmente y no abruptamente.

¿Cuánto tiempo tomará suspender el opiode? La suspensión gradual del opiode puede ser completada en un periodo comprendido entre 2 semanas y 4 meses.

¿Cuándo debo ser más cuidadoso cuando suspendo gradualmente un opiode?
Embarazo: Severos y agudos síndromes de abstinencia opiode han sido asociados a trabajo de parto prematuro y abortos espontáneos.

¿Cómo debo disminuir la dosis?
Disminuya la dosis no más de 10% de la dosis total cada 1-2 semanas. Una vez que un tercio de la dosis original sea alcanzado, disminuya 5% cada 2-4 semanas. Evite medicamentos sedantes o hipnóticos, especialmente benzodiazepinas, durante el proceso de suspensión gradual.

Comportamiento anormal relacionado con drogas (Modificado por Passik, Kirsh et al 2002)

| Indicador | Ejemplos |
|---|---|
| Alteración de la vía de administración | <ul style="list-style-type: none"> • Inyectando, mordiendo o triturando las presentaciones orales |
| Adquisición del opiode por otras fuentes | <ul style="list-style-type: none"> • Tomando la droga de amigos o relativos • Comprando la droga en las calles • Visitando a más de un doctor para obtener la prescripción |
| Uso no autorizado | <ul style="list-style-type: none"> • Múltiples incrementos de la dosis sin previa autorización • Uso en exceso y descontrolado |
| Búsqueda desesperada de droga | <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida repetida de la prescripción • Demanda agresiva de la necesidad de incrementar la dosis • Acoso al personal por formulas y nuevas citas • "Nada más funciona" |
| Síntomas de abstinencia repetidos | <ul style="list-style-type: none"> • Marcada disforia, mialgias, síntomas gastrointestinales, ansiedad |
| Condiciones asociadas | <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo, adicción a cocaína, cannabis u otras drogas • Ansiedad o trastorno del estado de ánimo que no corresponde al tratamiento |
| Características sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro o pobre funcionamiento social • Preocupación expresada por los miembros de la familia |
| Opinión personal acerca de la medicación opiode | <ul style="list-style-type: none"> • Admite algunas veces ser adicto • Se resiste a disminuir dosis o rotar el opiode. • Admite un efecto de cambios en el estado de ánimo • Admite síntomas de síndrome de abstinencia |

* : Comportamientos más indicativos de adicción que los otros.



*El mánager opiode. Guía Canadiense para el manejo de opioides



EL MANAGER OPIOIDE

¿ Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento con opioides?



Cómo suspender un opioide- Lo fundamental

¿Cómo debo parar?

Suspender gradualmente y no abruptamente

¿ Cuánto tiempo llevará suspender el opioide?

Suspensión gradual de 2 semanas a 4 meses

¿ Cuando se debe ser más cauteloso al suspender opioides?

Embarazo: Riesgo de Sme abstinencia mas severo y riesgo de parto prematuro y aborto espontáneo

¿Cómo debo disminuir la dosis?

-Reducción del 10% de la dosis total inicial c/ 1-2 semanas
-Al llegar al 1/3 dosis de origen: reducir 5% cada 2-4 semanas

Evitar medicamentos sedantes o hipnóticos, especialmente benzodicepinas durante el proceso de suspensión gradual de opioides.

*El mánager opioide. Guía Canadiense para el manejo de opioides

ANALGÉSICOS OPIOIDES: Cuándo y como suspenderlos



Cuanto mayor sea el tiempo de tratamiento, más despacio se reducirá la dosis.

Durante la retirada, se desaconseja el uso de benzodiacepinas.

También se recomienda una reducción de los opioides más lenta en pacientes que presenten:

- Miedo a la retirada.
- Abuso o adicción a los opioides.
- Enfermedades cardiorrespiratorias.

Un adecuado apoyo psicosocial es fundamental durante el proceso de retirada. Valorar, si es necesaria, la derivación al servicio de Salud Mental.

* <http://analgesicosopioides.org/>





ANALGÉSICOS OPIOIDES: Cuándo y como suspenderlos



Varios estudios señalan que, en los pacientes con dolor intenso que toman dosis elevadas de opioides, la retirada de estos fármacos disminuye la intensidad del dolor percibido y mejora el estado de ánimo.



* <http://analgesicosopioides.org/>

Falsos mitos en el uso de opioides

La retirada de un opioide produce siempre un síndrome de abstinencia



El uso médico de los opioides apenas genera síndrome de abstinencia, ya que el adecuado control de la pauta de dosis descendente por parte del personal médico, con una reducción lenta (cada 3 a 5 días), habitualmente a la inversa de la pauta ascendente inicial, hace que el paciente no manifieste problemas con la retirada del fármaco



INDICACION DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ABUSO O ADICCIÓN A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN

- ☑ Tratamiento estructurado con opioides
- ☑ Tratamiento basado en la abstinencia
- ☑ Tratamiento asistido con medicación



SUSPENSIÓN TRATAMIENTO OPIOIDE

INDICACIONES



Indicaciones de SUSPENSIÓN TRATAMIENTO

Suspensión Inmediata

- Uso ilegal
- Sobredosis

Derivación UADs
Otras alternativas tto DCNO

Suspensión Rápida

- RAM graves
- Hiperalgnesia

Reducción 25% c/ 3-7 días

Suspensión Gradual

- Ausencia eficacia
- Efectos adversos que persisten a pesar de rotación

- Reducción 10%/semana
- Cuando se alcanza 20% dosis inicial: Reducir 5%/semana

ANALGÉSICOS OPIOIDES:

Rotación de opioides

- ❖ Consiste en la sustitución de un opioide por otro.
- ❖ Es una estrategia útil para conseguir un equilibrio adecuado entre la analgesia y la toxicidad.

INDICACIONES:

- Mala respuesta a un opioide determinado, en términos de analgesia y/o funcionalidad.
- Dosis muy elevadas del opioide.
- Efectos adversos importantes.

* <http://analgesicosopioides.org/>



ANALGÉSICOS OPIOIDES:

Rotación de opioides

PROCESO DE ROTACIÓN DE UN OPIOIDE

| | |
|---|---|
| 1 | Cálculo de la dosis equivalente de morfina (DEM) que corresponde al opioide que está tomando (opioide A), |
| 2 | Cálculo de la dosis del nuevo opioide (opioide B) que se corresponde con la dosis de morfina calculada en el paso 1. |
| 3 | Disminuir un 25-75% de la dosis de opioide B calculada en el paso 2 (margen de seguridad). |
| 4 | Administrar durante 3-7 días: 70% de la dosis del opioide A + 30% de la dosis calculada del opioide B calculada en el paso 3. |
| 5 | Administrar durante otros 3-7 días: 30% de la dosis del opioide A + 70% de la dosis del opioide B calculada en el paso 3. |
| 6 | A partir del día 7-15: 100% de la dosis del opioide B. |

- ❖ La rotación de un opioide a otro debe realizarse de forma lenta y escalonada, durante al menos un periodo de 7 – 10 días.
- ❖ El cálculo de dosis del nuevo opioide se debe realizar mediante las tablas equianalgésicas aproximadas.

https://anescalc.github.io/opioids_m.html

Calculadora Opioides

Dosis equivalente de morfina (DEM vía oral)
y rotación opioide



UNIDAD DE DOLOR
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Autores

Aurora Baluja González; Pablo López-Pais; Marta Freijeiro-González; Daniel Torres-García; Mercedes Marzoa-Pumar; María Díaz-Vieito; Javier Carceller-Ruíz.

Servicio de Anestesiología y Reanimación Hospital
Clínico Universitario

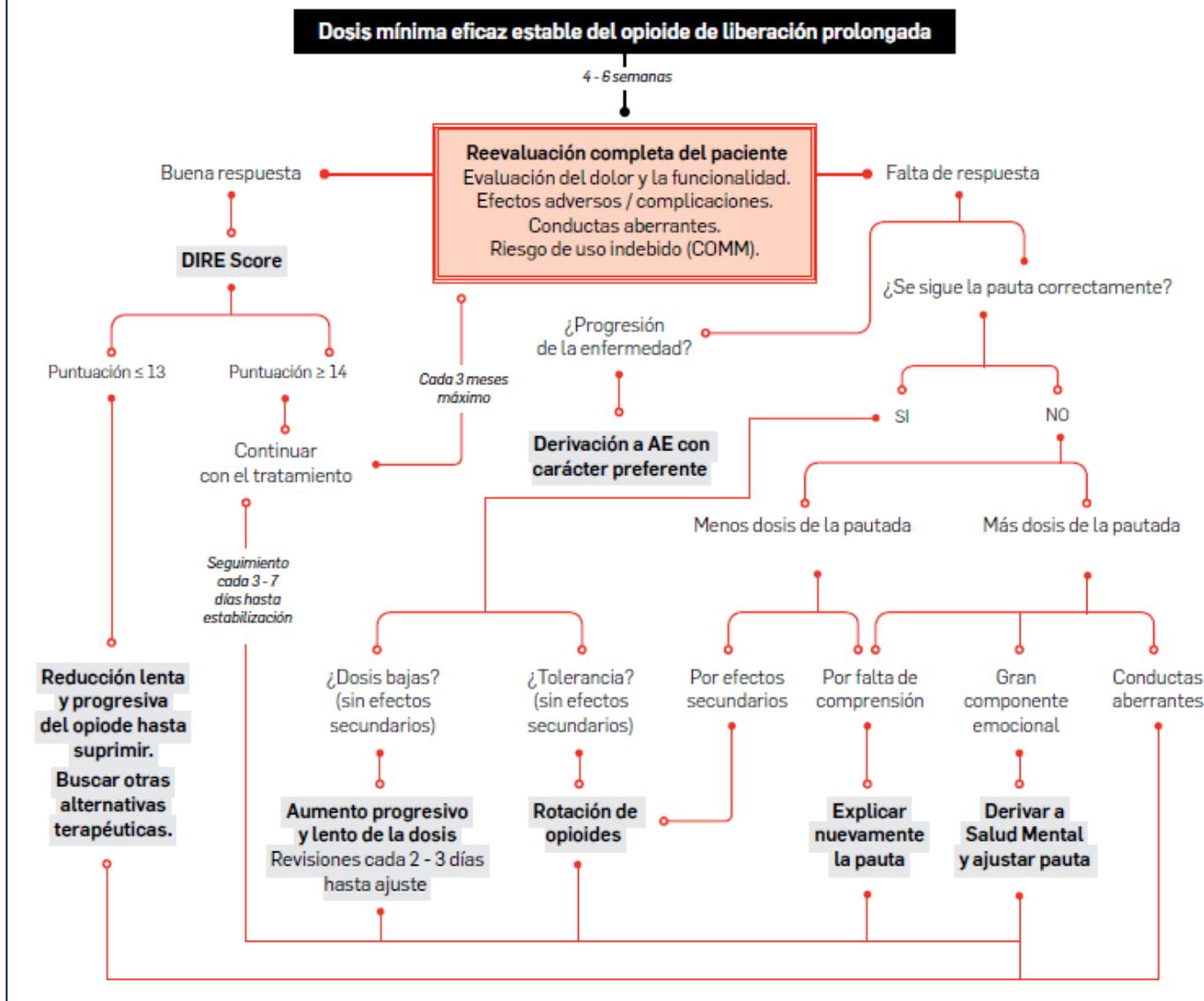
Santiago de Compostela

España



Algoritmo: Seguimiento y monitorización del tratamiento con opioides en DCNO

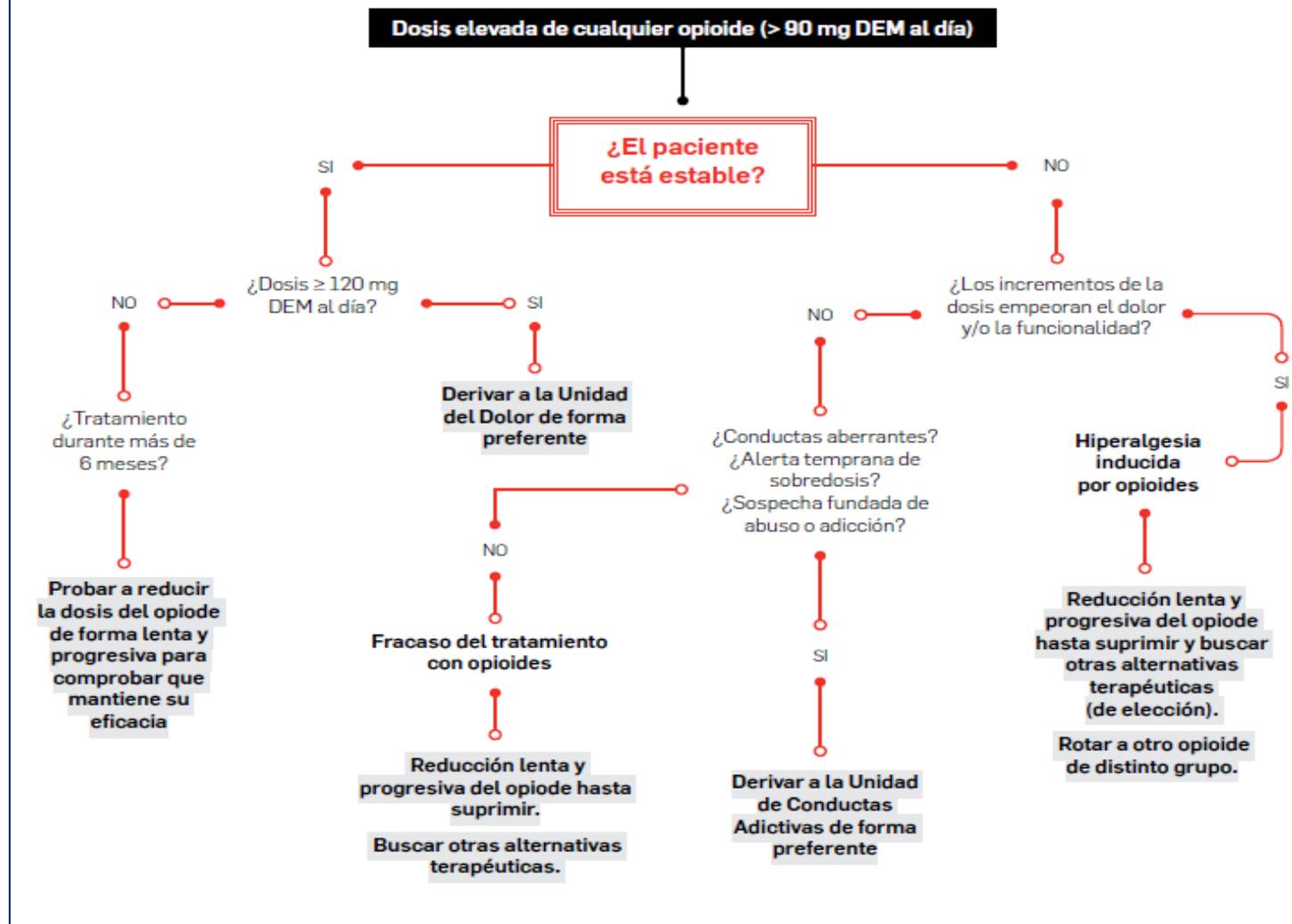
Algoritmo 4. Seguimiento y monitorización del tratamiento con opioides.



Algoritmo:

Manejo de pacientes con dosis elevadas y tratamiento a largo plazo con opioides en DCNO

Algoritmo 5. Manejo de pacientes con dosis elevadas y tratamiento a largo plazo.



TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIOIDES

FASES DE TRATAMIENTO

CON AGONISTAS OPIOIDES

Fase inducción

1º mes de tratamiento
Alcanzar dosis adecuada
para estabilización

Fase Estabilización/ Mantenimiento

Duración indeterminada
Dosis terapéutica opioide

Fase retirada

- Inmediata
- Pauta de reducción
- Rotación opioide

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ABUSO O ADICCIÓN A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN

| I.- TRATAMIENTO ESTRUCTURADO CON OPIOIDES | II.- TRATAMIENTO BASADO EN LA ABSTINENCIA | III.- TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIOIDES |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ En pacientes en los que se sospeche un posible abuso✓ Reducción progresiva de la dosis del opioide si ésta es muy elevada✓ Controles toxicológicos programados✓ Supervisión estrecha para detectar posibles conductas aberrantes | <ul style="list-style-type: none">✓ En pacientes motivados, con buen apoyo social, historia corta de abuso/adicción y sin antecedentes de comorbilidad psiquiátrica (incl. TUS)✓ Desintoxicación de los opioides de abuso✓ En régimen hospitalario en pacientes sin apoyos familiares o con gran miedo a la abstinencia o a experimentar un incremento del dolor | <ul style="list-style-type: none">✓ Programa integral de tratamiento médico, psicológico, cuidados de enfermería e intervención social✓ Prescripción de cantidades controladas de opioides de acción más prolongada (metadona o buprenorfina-nlx) para reducir el craving y prevenir la sintomatología de abstinencia |

*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol

I.- TRATAMIENTO ESTRUCTURADO CON OPIOIDES

RECOMENDACIONES



* <http://analgesicosopioides.org/>



PAUTA DE RETIRADA OPIOIDES

Reducción del 10% semanal ó quincenal

Al llegar a 1/3 dosis inicial, reducir 5% cada 2-4 semanas

Fármacos adyuvantes para el manejo SAO:

- * Antidepresivos para irritabilidad ó alts sueño
- * Antiepilépticos para dolor neuropático



NO UTILIZAR BENZODIACEPINAS U OPIOIDES para tratar los Síntomas de Abstinencia

* <http://analgesicosopioides.org/>

- ✓ En aquellos pacientes en los que **falla el tratamiento estructurado**, presentan **consumos de alcohol o drogas ilegales** o se **sospecha una adicción a los opioides de prescripción**, se debe considerar la **derivación a los servicios de adicciones**, donde se pueden emprender otras dos opciones de tratamiento:

Tratamiento del trastorno por uso de opioides sintéticos

Buprenorfina o metadona a largo plazo para:

Trastorno por uso de sustancias analgésicas opioides farmacéuticas

Trastorno por uso de sustancias opioides semisintéticas

Nelsen, S., B. Larance, et al. (2016). "Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people." Cochrane Database Syst Rev(5): CD011117.



Instituto de
Psicofarmacología

*en: Guía de Consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. 2017. Socidrogalcohol

II.- TRATAMIENTO BASADO EN LA ABSTINENCIA

RECOMENDACIONES



TRATAMIENTO BASADO EN LA ABSTINENCIA



En pacientes motivados, con buen apoyo social, con historia corta de abuso/adicción, sin antecedentes de comorbilidad psiquiátrica (incluyendo TUS)



Desintoxicación de los opioides de abuso



En régimen hospitalario en pacientes sin apoyos familiares o con gran miedo a la abstinencia o a experimentar un incremento del dolor



ABSTINENCIA A OPIOIDES

- ❖ Es una **reacción fisiológica** que aparece, una vez que se desarrolló la **dependencia física**, cuando se **suspende** de forma brusca el consumo, se **disminuye** la dosis de forma muy rápida o cuando se **administra un antagonista** tras el uso reciente de un opioide
- ❖ Los síntomas de abstinencia varían en cuanto a gravedad y duración (1-14 días) dependiendo del tipo, dosis y vida media del analgésico opioide utilizado

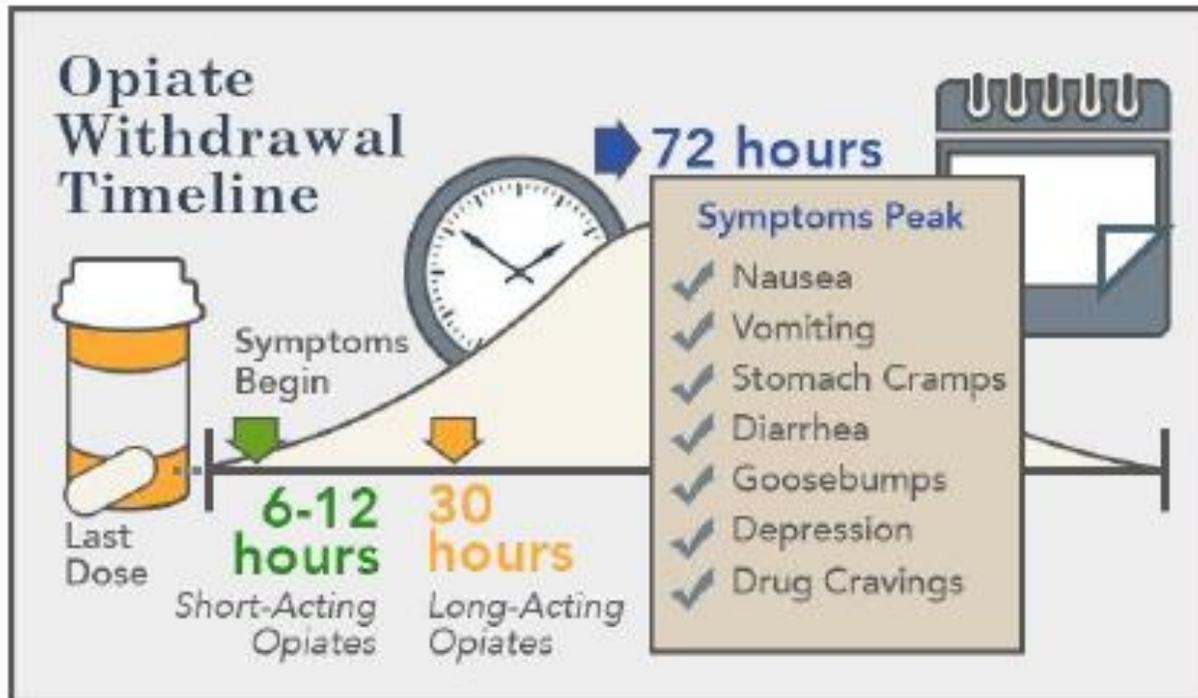
Sme Abstinencia Opioides (SAO)

| Síntomas | Signos |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Rinorrea |
| <input type="checkbox"/> Disforia | <input type="checkbox"/> Piloerección |
| <input type="checkbox"/> Inquietud | <input type="checkbox"/> Lagrimeo |
| <input type="checkbox"/> Mialgias/artralgias | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| | <input type="checkbox"/> Náuseas , vómitos |
| | <input type="checkbox"/> Midriasis |

Este conjunto de síntomas y signos pueden aparecer:

- ❖ **6-12 horas** desde la última dosis de un analgésico opioide de acción corta
- ❖ **24-48 horas** de la supresión de los analgésicos opioides de acción prolongada.

Síndrome Abstinencia a Opiáceos SAO





Evaluación SAO

Escala breve de Abstinencia de Opiáceos
(Short Opiate Withdrawal Scale, SOWS)

| Síntomas/signos | Ausente | Leve | Modorada | Sereno |
|---------------------------------|---------|------|----------|--------|
| Sentirse mal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Retorñijones gástricos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Espasmos musculares o sacudidas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentir frialdad | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentir el latido cardíaco | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Tensión muscular | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dolores | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Bostazos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Misqueros/lágrimas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Insomnio/problemas para dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |

* Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª ed Cyesan 2015

ESCALA BREVE DE EVALUACION SAO

- Evalúa intensidad y gravedad SAO
- Entrevista heteroaplicada semiestructurada de 10 ítems:
 - ❖ signos y síntomas relacionados con la abstinencia de opiáceos.
- Cada síntoma/signo se evalúa mediante una escala de 4 puntos
- A mayor puntuación, mayor gravedad



Síndrome de abstinencia por uso de opioides sintéticos



Disforia



Ansiedad



Irritabilidad



Depresión



Ideación
suicida



Insomnio



Dolores
musculares y
óseos



Escalofríos
y fiebre

Gowing, L., R. Ali, et al. (2017). "Buprenorphine for managing opioid withdrawal." Cochrane Database Syst Rev 2: CD002025.



Instituto de
Psicofarmacología



Sudoración



Piloerección



Diarrea



Calambres
abdominales



Lagrimeo



Rinorrea



Dilatación
pupilar



Bostezos

Gowing, L., R. Ali, et al. (2017). "Buprenorphine for managing opioid withdrawal." Cochrane Database Syst Rev 2: CD002025.



Instituto de
Psicofarmacología

Tratamiento de la abstinencia a opioides

Manejo clínico

Observación y monitoreo

Medidas de apoyo y sintomáticas

Antidepresivos si:

- La depresión persiste por más de varios días
- Trastorno del ánimo conocido, independiente y comórbido

- Fluidos intravenosos para la deshidratación
- Acetaminofén para el dolor o cefalea



Tratamiento de la abstinencia a opioides

Tratamiento de la abstinencia

Metadona
Buprenorfina



- ✓ Tratamiento a largo plazo del trastorno por uso de opioides
- ✓ Tratamiento a corto plazo para la abstinencia de opioides



III.- TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIOIDES



**TRATAMIENTO
CON
SUSTITUTIVOS
OPIOIDES**

Programa integral de tratamiento

- Médico
- Psicológico
- Cuidados de enfermería
- Intervención social
- * **Consentimiento Informado**

Prescripción de cantidades controladas de opioides de acción prolongada para reducir el craving y prevenir la sintomatología de abstinencia

- **Metadona**
- **Buprenorfina-naloxona**

CRITERIOS DE DERIVACION



**A unidades de
conductas
adictivas**

- Consumo activo de alcohol, drogas o benzodiazepinas
- Antecedentes de abuso de otros fármacos de prescripción
- Tras un primer episodio de sobredosis con analgésicos opiode.
- Conductas aberrantes relacionadas con el uso de opioides
- Signos y síntomas objetivos de abuso o adicción a los analgésicos opioides

UCA's

EL PROCESO TERAPEUTICO

**Demanda
tratamiento**
H^a Clínica y
toxicológica

Desintoxicación
Ambulatoria/
Hospitalaria

Deshabitación
Prevención
recaídas

Rehabilitación
Reintegración
social

FASES DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

FASES

Fase 1

DESINTOXICACIÓN

Aprox. 7-15 días

OBJETIVO

- 1.- Interrupción consumo de drogas
- 2.- Tratar y prevenir la aparición del SA
- 3.- Detectar y tratar complicaciones físicas y/o psiquiátricas

Fase 2

DESHABITUACIÓN

Aprox. 2 años.

OBJETIVO

- 1.- Mantener la abstinencia, prevenir las recaídas, reducir el consumo
- 2.- Mejorar calidad de vida
- 3.- Disminución problemas asociados al consumo
- 4.- Mejorar comorbilidad médico y psiquiátrica.

TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS OPIOIDES



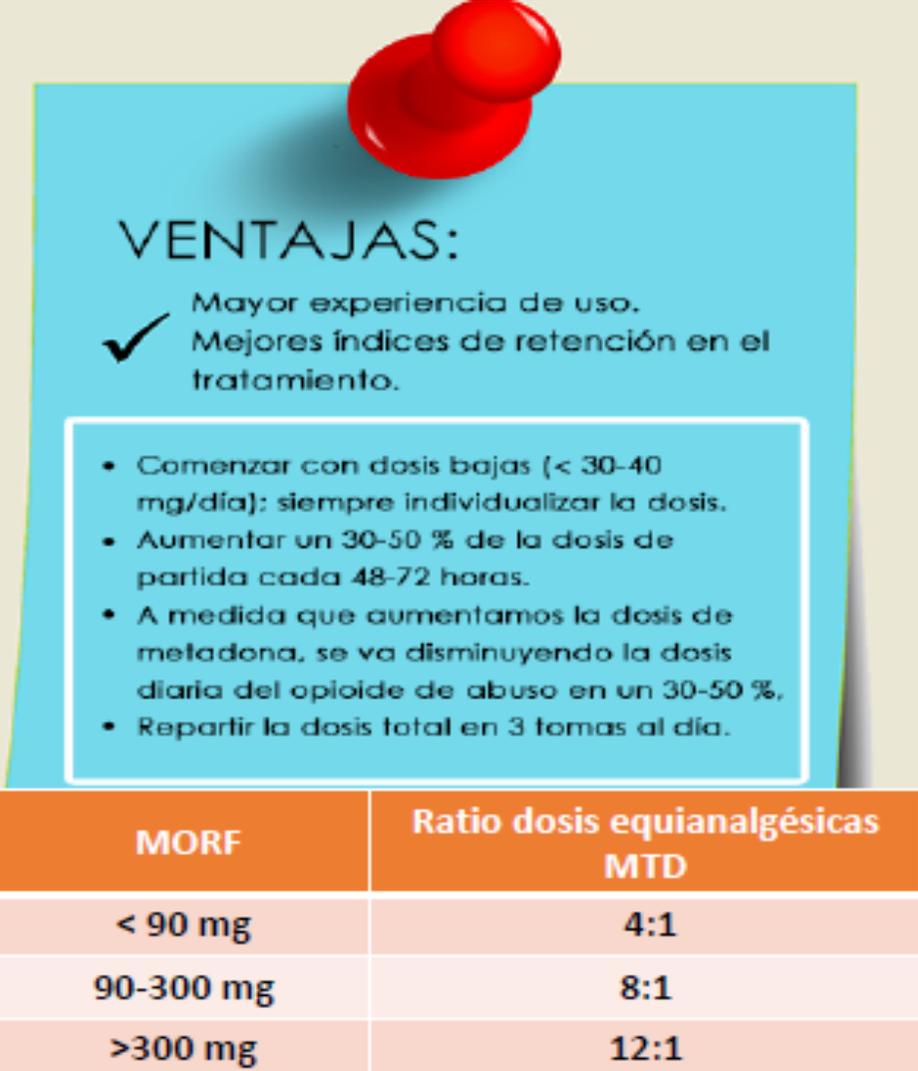
III.A.- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON METADONA

METADONA

- Potente agonista μ -opioide puro
- Antagonista NMDA
- Estupefaciente

- Activo por via oral
 - Inicio acción: 30-60´
 - Efecto máximo a las 4 - 8h.
 - VM eliminación: 15-60h.

- Por su farmacocinética variable y su vida media larga, la conversión desde otros opioides a metadona debe hacerse con cautela.
 - ❖ **Factor conversión de MORF oral: variable**
 - 30 mg MORF Oral / 2,5-15 mg MTD oral



VENTAJAS:

- ✓ Mayor experiencia de uso.
- ✓ Mejores índices de retención en el tratamiento.

• Comenzar con dosis bajas (< 30-40 mg/día); siempre individualizar la dosis.

• Aumentar un 30-50 % de la dosis de partida cada 48-72 horas.

• A medida que aumentamos la dosis de metadona, se va disminuyendo la dosis diaria del opioide de abuso en un 30-50 %.

• Repartir la dosis total en 3 tomas al día.

| MORF | Ratio dosis equianalgésicas MTD |
|-----------|---------------------------------|
| < 90 mg | 4:1 |
| 90-300 mg | 8:1 |
| >300 mg | 12:1 |

III.A.- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON METADONA

RECOMENDACIONES ROTACION A METADONA

- 1.- Comenzar con dosis bajas MTD (< 30-40mg/día).
Siempre individualizar la dosis.
- 2.-Aumentar 30% de la dosis de partida cada 48-72 h
- 3.- Esperar 5 semividas (7 días)
- 4.- A medida que aumentamos dosis MTD, se va disminuyendo la dosis diaria del opioide de abuso en un 30-50%
- 5.- Repartir la dosis total de metadona en 3 tomas.

**Factor de conversión de MORF oral variable:
30 mg MORF oral = 2,5 – 15 MTD oral**

* <http://analgesicosopioides.org/>

| MORF | RATIO MTD dosis equianalgésicas |
|-------------|------------------------------------|
| < 90 mg | 4:1 |
| 90 – 300 mg | 8:1 |
| >300 mg | 12:1 |

III.A.- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON METADONA

INDUCCION A METADONA

Método de discontinuación inmediata y rotación a metadona

| Morfina (DEM) | Dosis de metadona* |
|---|--|
| Dia 1: SUSPENDER | 4:1 (MORF < 90 mg/día) 8:1 (MORF 90-300 mg/día) 12:1 (MORF > 300 mg/día) |
| ✓ *Dosis MTD total diaria se repartirá en 3 tomas | |
| ✓ Rescate: 1/6 de la dosis diaria de MTD | |

* <http://analgesicosopioides.org/>



III.B.- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON BUPRENORFINA-NLX

BUPRENORFINA-NALOXONA

- Agonista opioide parcial
- Psicotropo
- Efecto “techo” sobre la depresión respiratoria.

- Es una opción segura, eficaz y rentable para el tratamiento de la adicción a analgésicos opioides, consiguiendo una clara mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

- **Equianalgesia de MORF oral a BUP sl: 70:1**
 - 60 mg MORF oral0,8 mg BUP sl.

* <http://analgescicosopioides.org/>

VENTAJAS:

Mejor perfil de seguridad.
Menos efectos sedantes.
Menor impacto sobre las funciones cognitivas.
✓ Efecto “techo” sobre la depresión respiratoria.
Menor riesgo de prolongación del QT.
Efecto antihiperalgésico.
Menos interacciones farmacológicas.
Rápida estabilización del paciente.
Menor estigmatización.

- La inducción se realiza igual que en los pacientes adictos a la heroína.
- Dosis de estabilización: 16-24 mg/día en 2-3 tomas.
- Tiempo medio de espera tras la última dosis de opioides:
 - Heroína y opioides de acción rápida: 12 horas.
 - Opioides de acción prolongada: 36-48 horas.
 - Parches transdérmicos: 48-72 horas tras la retirada del parche.

III.B.- TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON BUPRENORFINA-NLX

- ✓ La **buprenorfina** es un agonista opioide parcial, que tiene actividad agonista sobre los receptores μ -opioides y antagonista sobre los receptores κ -opioides.
- ✓ La **naloxona** es un antagonista opioide que solo actúa cuando se administra por vía parenteral y está presente en este fármaco para disuadir del uso inadecuado por esta vía.
- ✓ Al ser la buprenorfina un agonista parcial, **se debe iniciar la inducción cuando se objetiven signos claros de abstinencia**, con el fin de **evitar precipitar un síndrome de abstinencia**

- ✓ **Comprimidos sublinguales**

PRESENTACIONES

Suboxone® 2mg/0,5mg (bup 2 mg/ 0,5 mg nlx)

Suboxone® 8 mg/2 mg (bup 8 mg/ 2 mg nlx)

* <http://analgesicosopioides.org/>



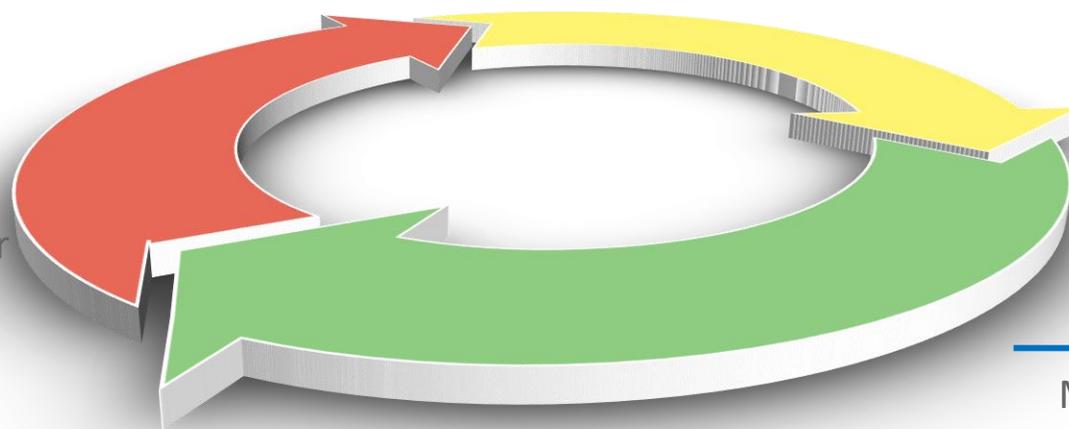
Fases del tratamiento¹

Estabilización

Determinar la dosis apropiada de agonista para el mantenimiento a largo plazo del paciente

Inducción

Paso del paciente de un opioide a Suboxone®. En esta fase se busca conseguir la dosis mínima con la que el paciente se encuentra bien (con supervisión médica)



Mantenimiento

Mantenimiento del paciente con una dosis óptima para avanzar hacia la recuperación

Después de un tiempo satisfactorio, se puede disminuir gradualmente la dosis a una dosis más baja de mantenimiento²

1. Maremmani I et al. Basics on Addiction: a training package for medical practitioners or psychiatrists who treat opioid dependence. Heroin Addict Relat Clin Probl 2011;13(2):5-40
2. Ficha Técnica Suboxone. Disponible en www.ema.europa.eu



Inducción: resumen

La inducción con Suboxone® debe realizarse cuando se evidencien signos objetivos y claros de abstinencia (ayudarse con la escala COWS)¹



Gracias a su perfil de seguridad, la inducción con Suboxone® puede ser completada en 2-3 días¹⁻³

1. Ficha Técnica Suboxone. Disponible en www.ema.europa.eu

2. Doran C, Holmes J, Ladewig D, Ling W. Buprenorphine induction and stabilisation in the treatment of opiate dependence *Heroin Addict Rel Clin Probl.* 2005;7(1):7-18.

3. Lintzeris N, Clark N, Winstock A et al. National Clinical Guidelines and Procedures for the Use of buprenorphine in the Treatment of Opioid Dependence. Australia. 2006



Inducción: Visita 1/Día 1

Los pacientes deben llegar en un **estado de abstinencia moderada**¹

- Valorar los síntomas de abstinencia utilizando una herramienta como la Escala clínica para la desintoxicación de opioides (**COWS**)¹
 - **Puntuación COWS de >12 indica abstinencia moderada**²

El **médico debe vigilar la inducción para asegurarse de que:**

- El paciente esté en un grado de abstinencia suficiente²
- El paciente tome la medicación de forma adecuada¹

1. Ficha Técnica Suboxone. Disponible en www.ema.europa.eu

2. Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Scale (COWS). J Psychoactive Drugs. 2003; 35(2):253–259.





ANALGÉSICOS OPIOIDES

Generalidades

- ☑ **Agonistas-antagonistas y agonistas parciales:**
 - ✓ "Efecto techo" para la analgesia
 - ✓ Menos depresión respiratoria
 - ✓ Menor riesgo de dependencia
 - ✓ Pueden provocar un **síndrome de abstinencia** si se administran a **pacientes que estén tomando agonistas puros.**

* <http://analgesicosopioides.org/>

INDUCCIÓN A BUP-NLX

- ☑ Cuando se objetiven signos claros de abstinencia, con el fin de evitar precipitar un SAO

| Tipo de opioide | Tiempo tras última dosis |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heroína y otros opioides de acción ultrarrápida | 6-12 horas |
| <input type="checkbox"/> Opioides de acción corta | 12-24 horas |
| <input type="checkbox"/> Opioides de acción prolongada | 36-48 horas |
| <input type="checkbox"/> Opioides parches transdérmicos | 48-72 horas |

Nielsen S et al. The relationship between primary prescription opioid and buprenorphine-naloxone induction outcomes in a prescription dependent sample. Am J Addit. 2014 Jul-Aug; 23(4):343-8

* <http://analgesicosopioides.org/>



Ventajas de la buprenorfina-naloxona sobre la metadona (1)

Inducción y estabilización de dosis más rápidas

Efecto techo sobre la depresión respiratoria

Mejor perfil de seguridad

Riesgo de prolongación QT muy reducido

Menos interacciones farmacológicas



* <http://analgesicosopioides.org/>

Ventajas de la buprenorfina-naloxona sobre la metadona (2)

Efecto antihiperalgésico

- Actividad agonista sobre los receptores κ opioides

Menos efectos sedantes

Síndrome de abstinencia menos intenso

- Por disociación más lenta de los receptores opioides

Menor Impacto sobre las funciones cognitivas

Menor estigma



Unidades Conductas Adictivas

Un nuevo perfil de pacientes

Pacientes con uso/abuso/ mal uso de analgésicos opioides de prescripción



Dolor crónico de difícil manejo

Largo historial de tratamientos inefectivos
Frustración pacientes y facultativos



Elevados índices de comorbilidad psiquiátrica

T depresivos, T ansiedad,
TEPT, T Personalidad



Grave deterioro funcional

Con importantes limitaciones en la calidad de vida percibida



Necesidad compulsiva de tomar los opioides prescritos

A pesar del escaso alivio del dolor y del deterioro funcional

Síndrome doloroso por uso excesivo de opioides

Características:

Mehendale y cols (2013)

✓ Pacientes con DCNO que **no responden** al tratamiento con opioides a dosis altas y que presentan **problemas** con estos fármacos.

❖ RECOMENDACIONES:

1.-Reducción gradual de opioides hasta suspenderlos

2.-Si no es posible 1: Tratamiento con sustitutivos (MTD/BUP) en UCAs

3.-Se requiere un cambio de enfoque terapéutico hacia:

- ☑ Anticonvulsivantes y AD duales
- ☑ Intervenciones psicológicas

Antecedentes familiares o personales de abuso o adicción al alcohol u otras drogas.

Afrontamiento desadaptativo de la experiencia de dolor.

Creencias distorsionadas sobre la utilidad de los tratamientos activos (fisioterapia, ejercicio...).

Solicitud frecuente de fármacos adicionales (benzodiazepinas o estimulantes).

Incapacidad funcional con gran limitación de la calidad de vida percibida.

Aumento de la intensidad del dolor percibida al incrementar la dosis de los opioides.

Conductas aberrantes relacionadas con la búsqueda compulsiva de los analgésicos opioides.



ANALGÉSICOS OPIOIDES: Recomendaciones Generales



Las **autoridades sanitarias**, los **profesionales de la salud** y los **propios pacientes** desempeñan un papel fundamental en la prevención del uso indebido y del abuso de los medicamentos en general y de los analgésicos opioides en particular.

* <http://analgesicosopioides.org/>



ANALGÉSICOS OPIOIDES: Recomendaciones Generales

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS PARA EL USO RACIONAL Y SEGURO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Por parte de las autoridades sanitarias

- Fomentar la formación continuada de los profesionales sanitarios.
- Realizar campañas de información y concienciación para los pacientes.
- Establecer programas adecuados de control de la prescripción.
- Promover la creación de grupos de trabajo y comités de expertos.
- Fomentar la investigación en nuevos analgésicos no opioides potentes y en nuevas formulaciones de opioides que disuadan del abuso.

* <http://analgesicosopioides.org/>

Por parte de los pacientes

- Asegurarse de que están utilizando de forma correcta los fármacos prescritos.
- Seguir las indicaciones de su médico sobre el tratamiento.
- Informar de las medicaciones pautadas ante una nueva prescripción
- No abandonar ni modificar la pauta de tratamiento.
- No aumentar la dosis prescrita sin consultar con el médico.
- No tomar medicamentos pautados a otros pacientes.
- No ofrecer sus medicamentos a amigos o familiares.



CONCLUSIONES



CONCLUSIONES (1)

1

Es esperable que los pacientes con dolor y un tratamiento continuado con analgésicos opioides sean dependientes, pero esto no tiene por qué significar que sean adictos

2

Hay que transmitir al paciente que el **objetivo principal** del tratamiento es **mejorar su funcionalidad física y mental** y su **calidad de vida**.

3

El riesgo de daño aumenta considerablemente con **dosis > 120 DEM/día**, sin **aportar beneficio mayor**, por lo que estaría indicado **reducir la dosis** o **suspender el tratamiento**.

4

Si a pesar del tratamiento con opioides el **dolor sigue siendo intenso**, hay que explicar al paciente que el **tratamiento no está funcionando** y **debe interrumpirse**. Aceptar que el tratamiento con opioides puede fracasar es el primer paso para mejorar su uso.



CONCLUSIONES (2)

5

Si un opioide a dosis moderadas no funciona, está indicada la **rotación opioide** o la **retirada del opioide**.

En ningún caso está indicado **aumentar la dosis** o **añadir otros opioides**.

6

Se debe considerar **la retirada de los opioides** en un paciente con DCNO en los siguientes casos: **falta de eficacia**, **efectos adversos graves** y/o **sospecha de conductas aberrantes/adicción a analgésicos opioides**.

7

Ante la **sospecha de un posible abuso**, podemos intentar un **tratamiento estructurado con opioides**, que consiste en **ir reduciendo de forma progresiva la dosis del opioide**.

8

Si **falla el tratamiento estructurado** se pueden emprender otras dos opciones de tratamiento: el **Tratamiento basado en la abstinencia** y el **Tratamiento con sustitutivos opioides**, siendo este último la opción más favorable

CONCLUSIONES (3)



9

El tratamiento asistido con medicación (**metadona** o **buprenorfina-naloxona**) es la opción terapéutica más favorable para los pacientes con adicción a opioides de prescripción

10

La buprenorfina-naloxona, por su mayor perfil de seguridad, puede considerarse el **tratamiento sustitutivo de elección** en los pacientes con adicción a opioides de prescripción

11

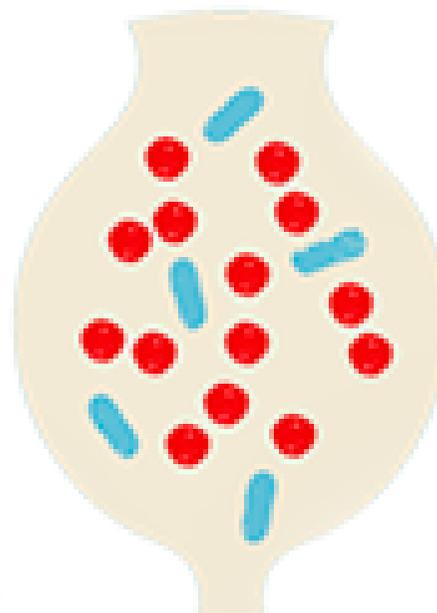
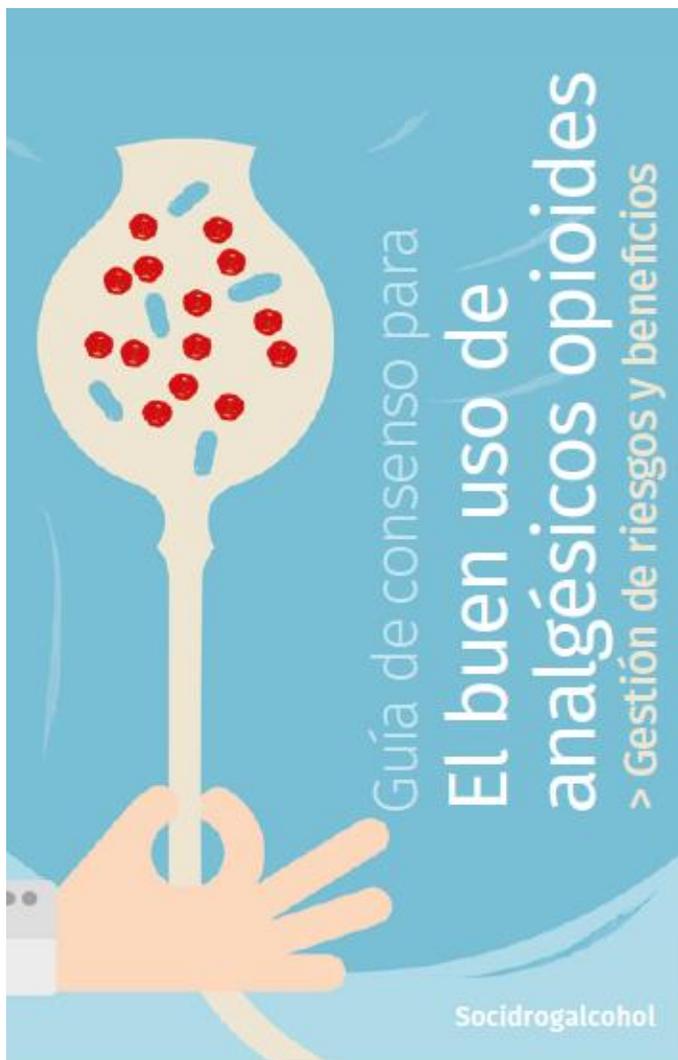
Se debe buscar una **adecuada conciliación de los tratamientos con opioides en las transiciones asistenciales**, para asegurar la continuidad y supervisión del tratamiento. **Considerar los criterios de derivación a UCA´s**

BIBLIOGRAFÍA





BIBLIOGRAFÍA



http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf

<http://socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol/file/178-guía-de-consenso-para-el-buen-uso-de-analgésicos-opioides.html?tmpl=component>

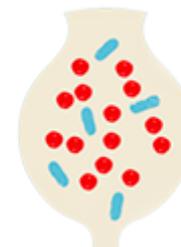




BIBLIOGRAFÍA



 <http://analgesicosopioides.org/>



 <https://www.sedolor.es/>



 <https://www.painedu.org/clinician-tools/#tools-to-download>

 <https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>



Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™

 <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/>





BIBLIOGRAFÍA

Guías clínicas

Guía de consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de Riesgos y Beneficios.
J Guardia Serecigni Cord. Socidrogalcohol 2017

Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. 2015.
Documento de consenso. Ministerio de Sanidad,SS e Igualdad.

<https://www.sedolor.es/download/practicas-seguras-uso-opioides-pacientes-dolor-cronico/>

The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer.
Jason Busse Main Editor (pdf)

 http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ_01may2017.pdf

2017 Canadian Guideline
for Opioids for
Chronic Non-Cancer Pain



Download PDF

Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ (2017)
<https://www.cmaj.ca/content/cmaj/189/18/E659.full.pdf>

CDC- Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. CDC (2016)
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>



BIBLIOGRAFÍA Boletines

Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico. CADIME (2015)

- https://cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-4.pdf

Uso adecuado de opioides mayores en el dolor crónico no oncológico. Bolcan (2016)

- https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f18ff244-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN_Vol8_N2_OpioidesMayores_DCNO_SEPT2016.pdf

El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con su uso a largo plazo. SESCAM (2016).

- https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2016.pdf

Dolor crónico no oncológico. SESCAM (2014)

- https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor_cronico_0.pdf

Riesgos asociados al uso de opioides. Butletí de Prevenció d'Errors de Medicació (2016)

Opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. BITN (2014).

- 
- https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56A8FB8B-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit_v22n6.pdf



BIBLIOGRAFÍA Boletines (2)

Claves para un uso adecuado de opioides en Dolor Crónico No Oncológico.

Henche Ruiz AI, Paredero Domínguez JM (SESCAM).

Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra (bitn) Año 2019. vol 27 nº4.

www.bit.navarra.es



MUCHAS
GRACIAS



josemanuel.fernandez.fernandez@sergas.es



