



25 CONGRESO
SEFAP • JEREZ
25-27 Mayo 2022

MANEJO DE OPIOIDES EN PACIENTE NO ONCOLÓGICO. ¿QUÉ HACER CON LOS PACIENTES QUE USAN FENTANILO TRANSMUCOSA (FTM) FUERA DE INDICACIÓN?. FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA: ESTRATEGIAS DE DESHABITUACIÓN

Ana Isabel Henche Ruiz. Médico de Familia Experto en Adicciones
Rafael Páez Valle. Farmacéutico de Atención Primaria

25 años SEFAP

~ De la calidad terapéutica a la calidad asistencial ~





Analgésicos opioides

Eficacia demostrada

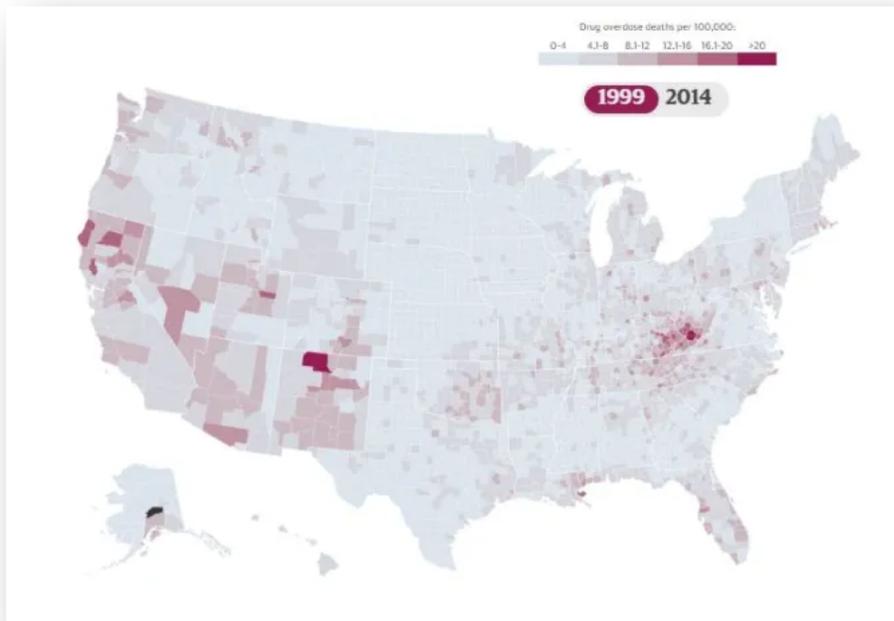
- Dolor agudo intenso
- Dolor postoperatorio y postquirúrgico
- Dolor oncológico

Eficacia cuestionada

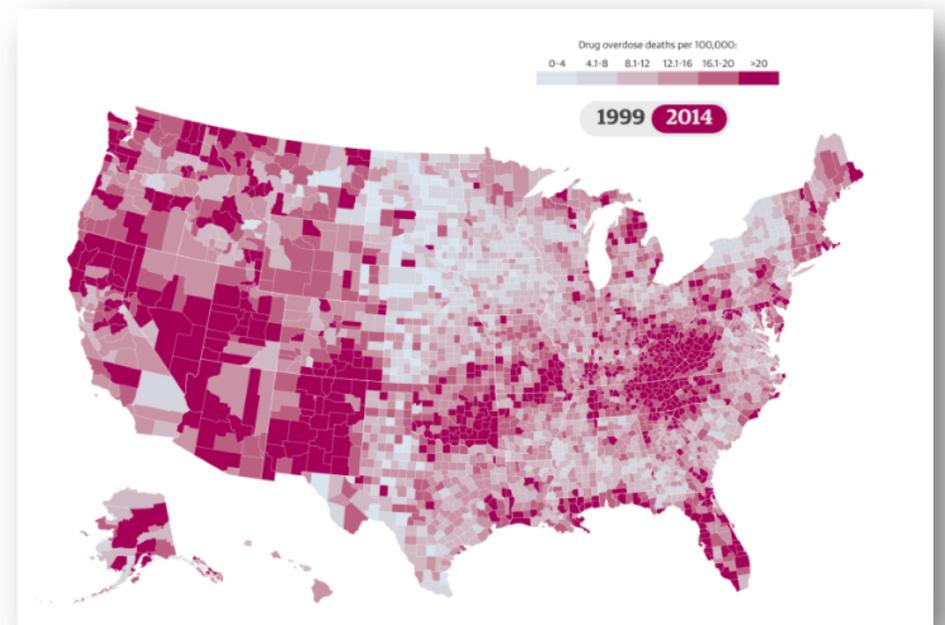
- Dolor crónico no oncológico



Crisis sanitaria en EE.UU.

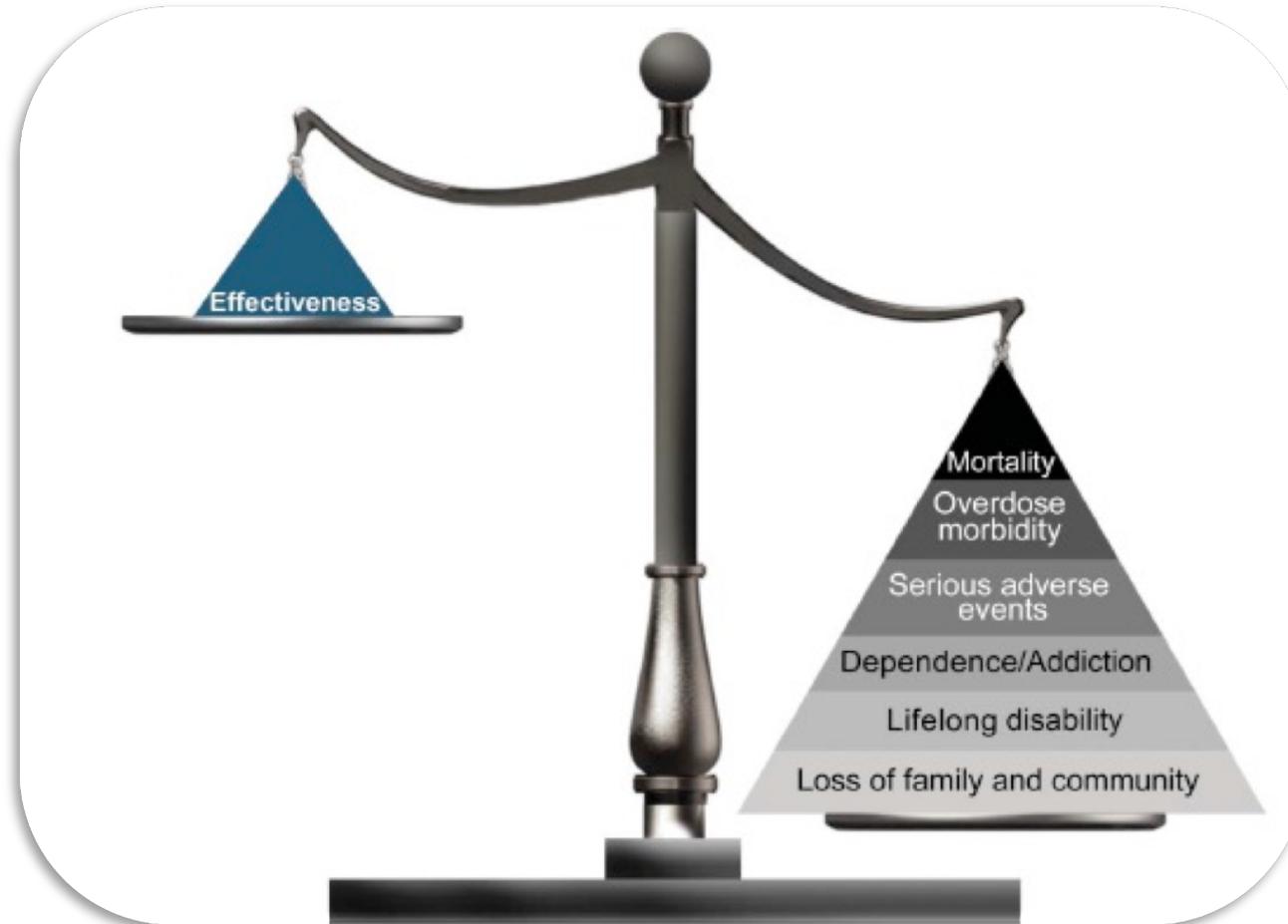


Muertes por sobredosis relacionadas con los opioides





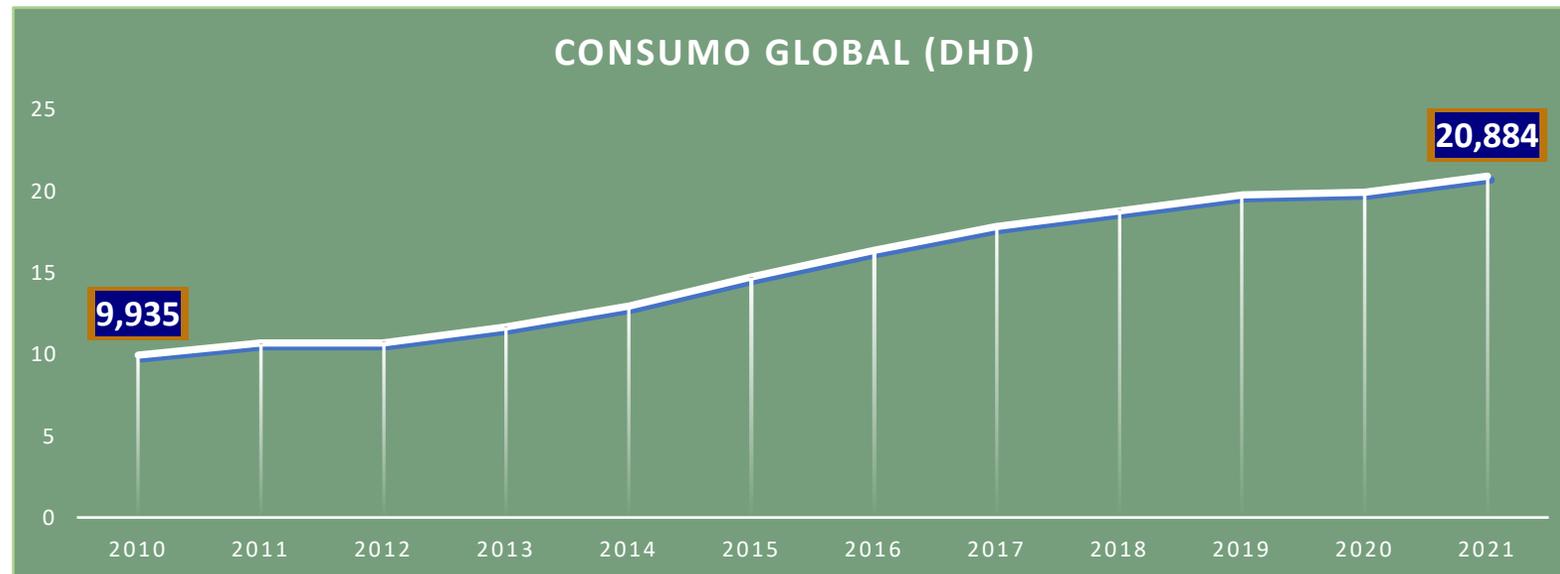
Crisis sanitaria en EE.UU.





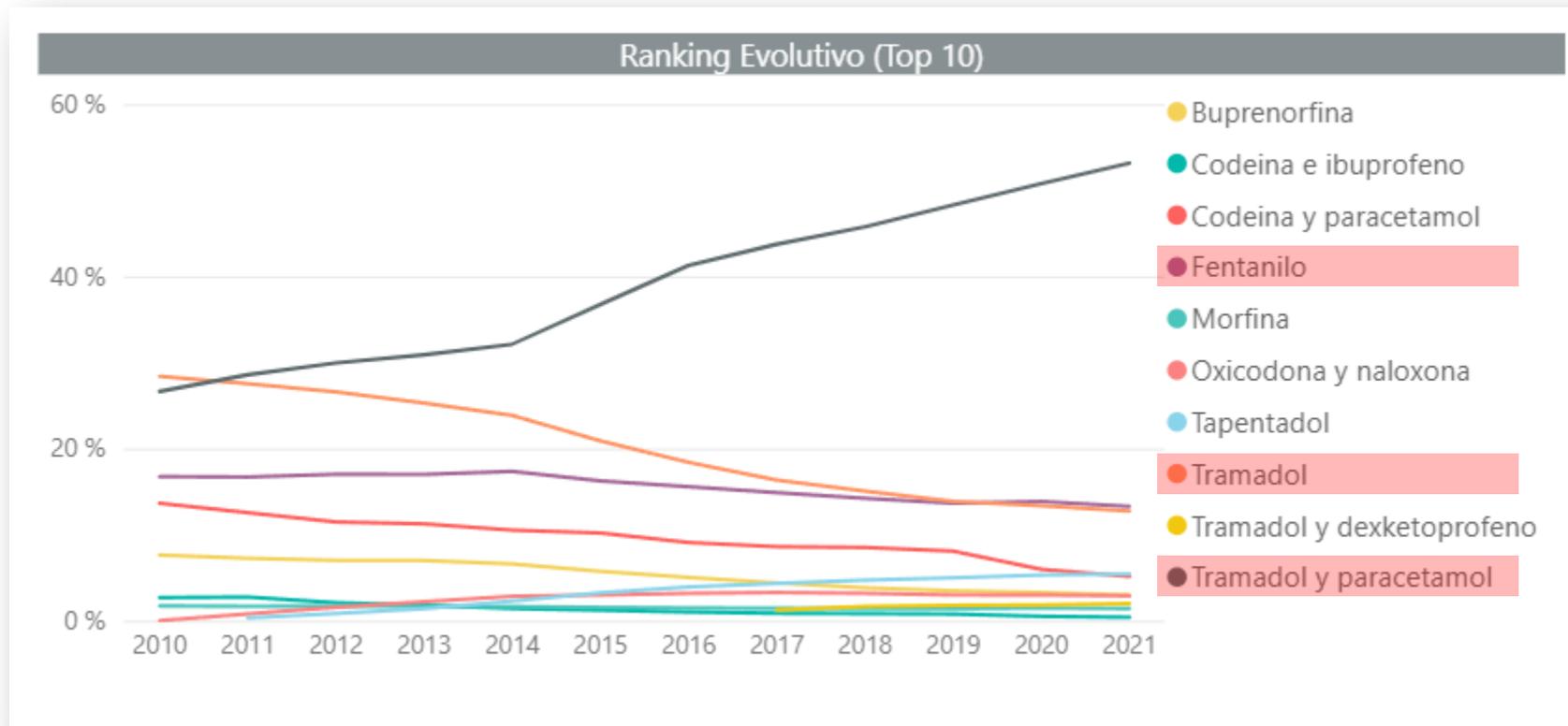
Consumo de opioides en España

En el año 2000, la DHD del conjunto de opioides era de **1,63**





Consumo de opioides en España





Consumo de opioides en España

EclinicalMedicine 42 (2021) 101198

Contents lists available at ScienceDirect

EclinicalMedicine

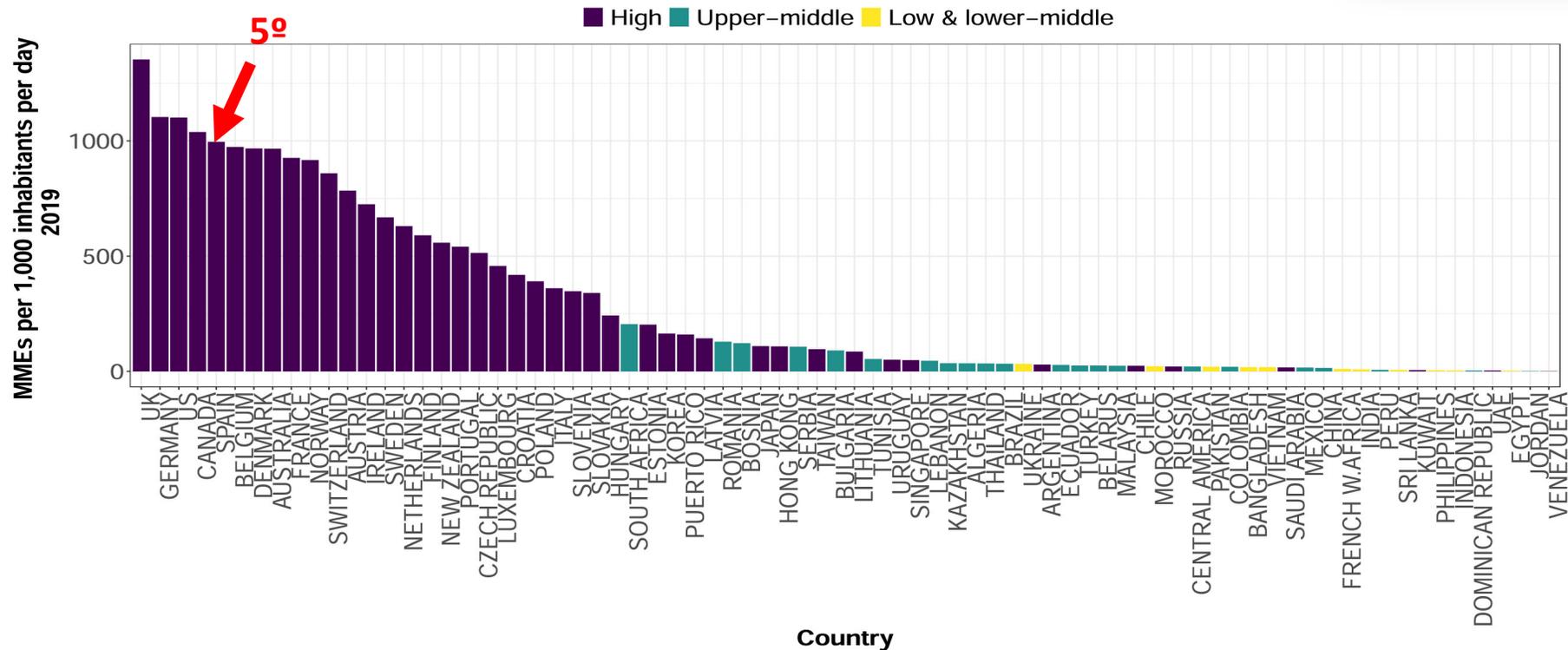
journal homepage: <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>

Research paper

Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009-2019: a country-level observational study

Sahan Jayawardana¹, Rebecca Forman¹, Charlotte Johnston-Webber¹, Allen Campbell², Stefano Berterame³, Cees de Joncheere³, Murray Aitken², Elias Mossialos^{1,4,*}

¹ Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science, London, UK
² IQVIA Institute for Human Data Science, Parsippany, NJ, USA
³ International Narcotics Control Board, Vienna, Austria
⁴ Centre for Health Policy, The Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK





Consumo de opioides en España

EclinicalMedicine 42 (2021) 101198

Contents lists available at ScienceDirect

EclinicalMedicine

journal homepage: <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>

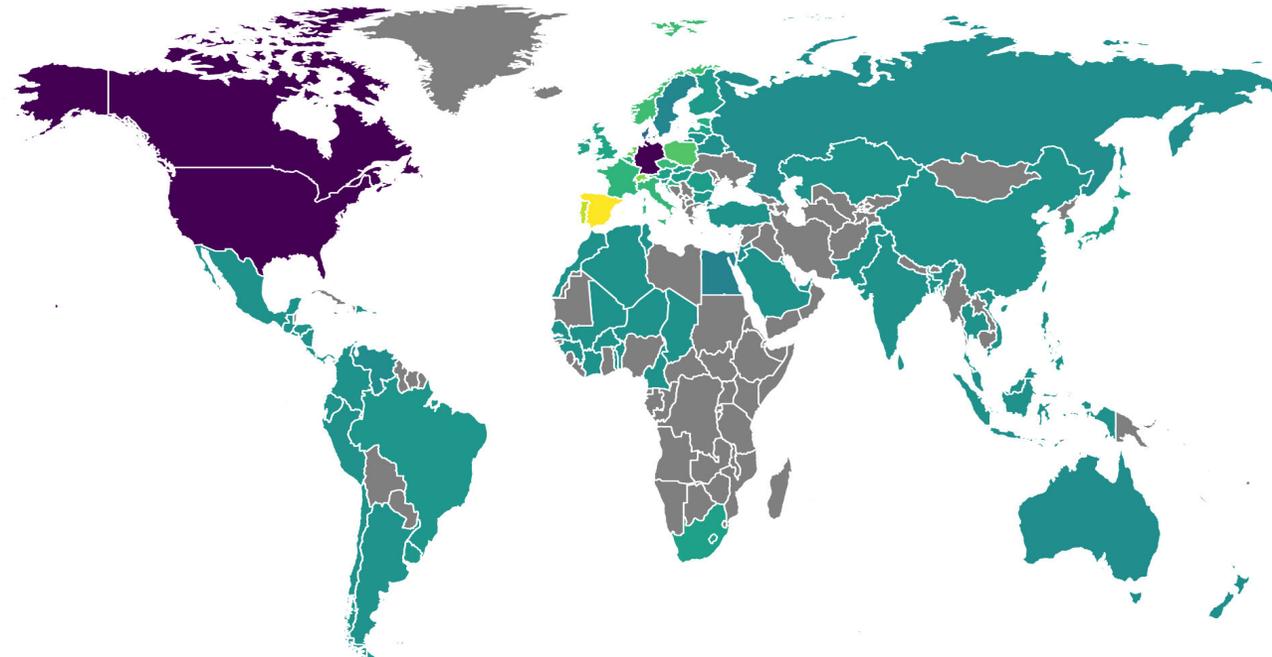
Research paper

Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009–2019: a country-level observational study

Sahan Jayawardana¹, Rebecca Forman¹, Charlotte Johnston-Webber¹, Allen Campbell², Stefano Berterame³, Cees de Joncheere³, Murray Aitken², Elias Mossialos^{1,4,*}

¹ Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science, London, UK
² IQVIA Institute for Human Data Science, Parsippany, NJ, USA
³ International Narcotics Control Board, Vienna, Austria
⁴ Centre for Health Policy, The Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

Country	Change in the consumption rate between 2009 & 2019	Country	Change in the consumption rate between 2009 & 2019
ALGERIA	4.77	LITHUANIA	17.70
ARGENTINA	14.03	LUXEMBOURG	-90.19
AUSTRALIA	-15.68	MALAYSIA	0.65
AUSTRIA	65.70	MEXICO	9.78
BANGLADESH	16.66	MOROCCO	7.10
BELARUS	-1.76	NETHERLANDS	264.05
BELGIUM	129.92	NEW ZEALAND	-5.74
BRAZIL	24.06	NORWAY	188.69
BULGARIA	33.82	PAKISTAN	10.37
CANADA	-606.32	PERU	2.82
CHILE	15.33	PHILIPPINES	1.21
CHINA	10.60	POLAND	229.48
COLOMBIA	10.56	PORTUGAL	408.97
CROATIA	127.39	PUERTO RICO	-72.54
CZECH REPUBLIC	175.64	ROMANIA	54.74
DENMARK	-175.16	RUSSIA	-13.94
DOMINICAN REPUBLIC	1.67	SAUDI ARABIA	5.66
ECUADOR	11.85	SINGAPORE	15.28
EGYPT	-62.01	SLOVAKIA	44.92
ESTONIA	121.59	SLOVENIA	-22.41
FINLAND	36.57	SOUTH AFRICA	63.27
FRANCE	149.68	SPAIN	500.31
GERMANY	-1544.96	SRI LANKA	0.34
HONG KONG	22.80	SWEDEN	-42.00
HUNGARY	46.16	SWITZERLAND	320.47
INDIA	2.43	TAIWAN	45.89
INDONESIA	0.76	THAILAND	10.57
IRELAND	81.96	TUNISIA	15.48
ITALY	166.09	TURKEY	5.75
JAPAN	61.84	UAE	0.08
JORDAN	-0.49	UK	90.25
KAZAKHSTAN	10.20	URUGUAY	28.17
KOREA	58.99	VENEZUELA	-9.30
KUWAIT	0.53	VIETNAM	8.44
LATVIA	77.08	FRENCH W. AFRICA	5.02
LEBANON	-16.48	CENTRAL AMERICA	14.95
USA	-1219.62		



Change in MMEs per 1000 inhabitants per day (2009–2019)

>= 500
 250
 0
 -250
 <= -500



Consumo de opioides en España

EclinicalMedicine 42 (2021) 101198

Contents lists available at ScienceDirect

EclinicalMedicine

journal homepage: <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>

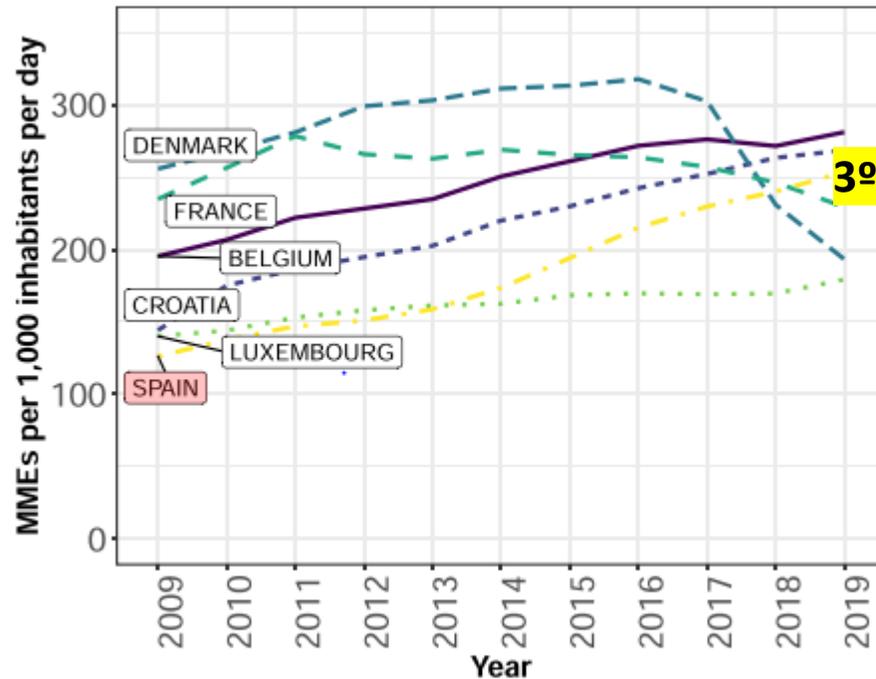
Research paper

Global consumption of prescription opioid analgesics between 2009-2019: a country-level observational study

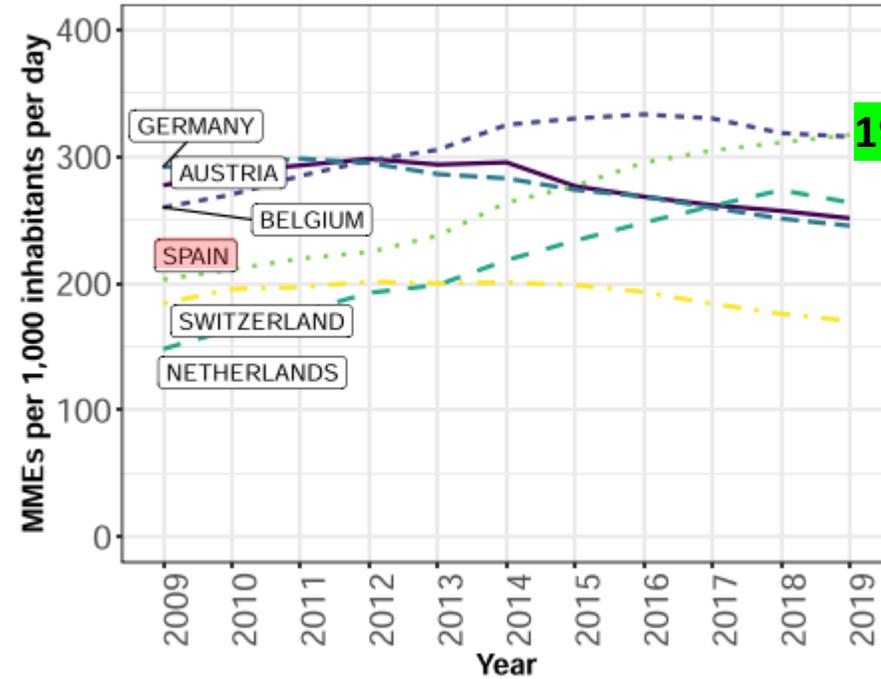
Sahan Jayawardana¹, Rebecca Forman¹, Charlotte Johnston-Webber¹, Allen Campbell², Stefano Berterame³, Cees de Joncheere³, Murray Aitken², Elias Mossialos^{1,4,*}

¹ Department of Health Policy, London School of Economics and Political Science, London, UK
² IQVIA Institute for Human Data Science, Parsippany, NJ, USA
³ International Narcotics Control Board, Vienna, Austria
⁴ Centre for Health Policy, The Institute of Global Health Innovation, Imperial College London, London, UK

Tramadol



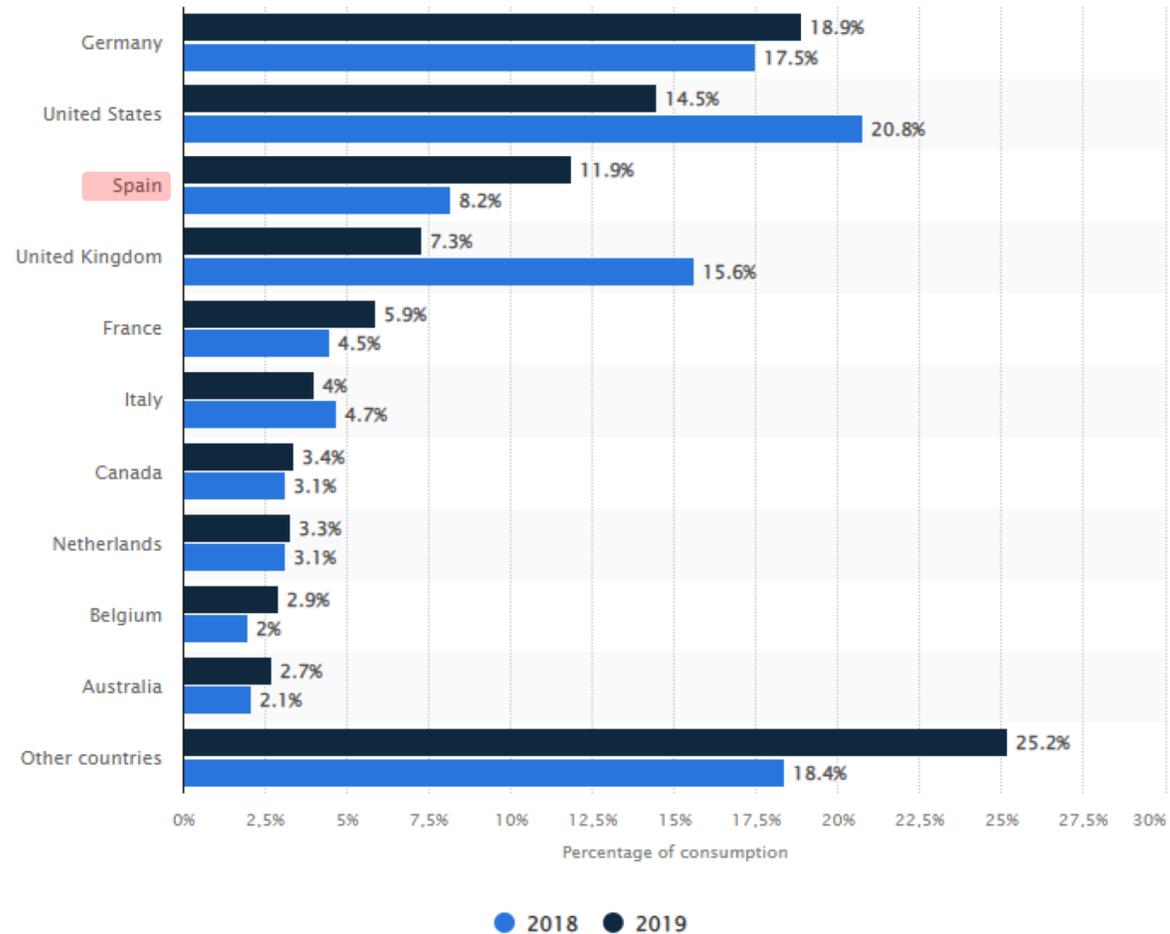
Fentanyl

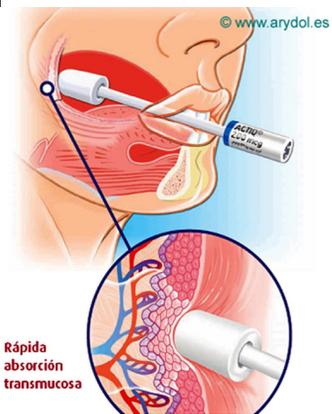




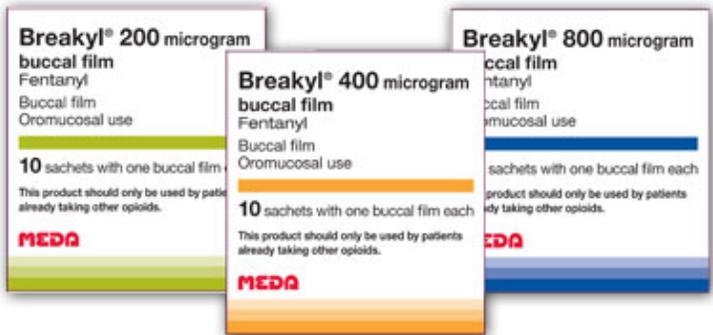
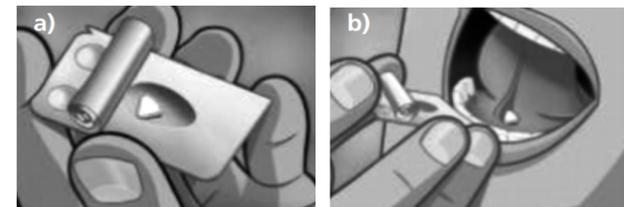
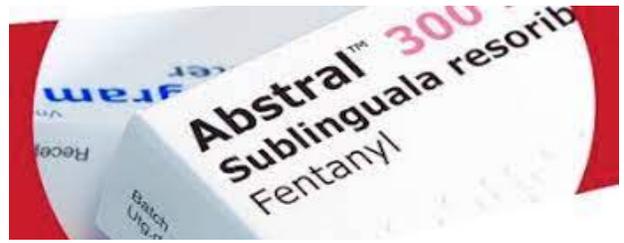
Consumo de opioides en España

FENTANILO





Rápida absorción transmucosa



FENTANILO TRANSMUCOSO



Ideas clave sobre el uso autorizado de FTM

Solo para paciente oncológico

La EMA rechazó la ampliación de indicaciones por falta de evidencia.

Dosis adecuada de opioide de base/ mantenimiento

Las dosis de mantenimiento están descritas

Solo para pico de dolor irruptivo

No deberían de utilizarse más de 4 rescates al día

Los pacientes descritos a continuación experimentan dolor irruptivo. ¿A cuál de ellos no se les debe prescribir FTM?



- A.** Varón adulto con mieloma múltiple que tiene dolor óseo actualmente manejado con 50 mg/día de oxicodona oral durante las dos últimas semanas.
- B.** Varón de 12 años con diagnóstico de sarcoma, cuyo dolor oncológico persistente se ha manejado con parches transdérmicos de fentanilo 25 mcg/hora durante los últimos dos meses.
- C.** Mujer adulta con cáncer de mama localizado (acaba de completar una mastectomía y cirugía reconstructiva); presenta un dolor oncológico persistente manejado con 30 mg/día de morfina oral durante las últimas 6 semanas.
- D.** Varón adulto con cáncer de próstata avanzado al que se le ha prescrito en las últimas dos semanas 100 mg/día de morfina oral para el dolor por metástasis ósea.
- E.** Mujer adulta con sarcoma avanzado que ha estado tomando una dosis diaria de 12 mg de hidromorfona oral durante las últimas 3 semanas.



Formulaciones de FTM

- Tratamiento del dolor crónico irruptivo en pacientes con dolor crónico oncológico.
- Mayores de 18 años (Actiq: 16).
- Tolerantes a opioides: En tratamiento de mantenimiento diario con dosis de referencia de un medicamento opioide (distinto a FTM), durante una semana o más.

- **≥ 60 mg/día morfina oral**
- **≥ 25 mcg/hora fentanilo transdérmico**
- **≥ 30 mg/día oxicodona oral**
- **≥ 8 mg/día hidromorfona oral**
- **Dosis equianalgésica de cualquier otro opioide**



DOLOR CRÓNICO

Dolor que persiste más de 3-6 meses.
Se considera una enfermedad en sí misma.
(CIE-11)



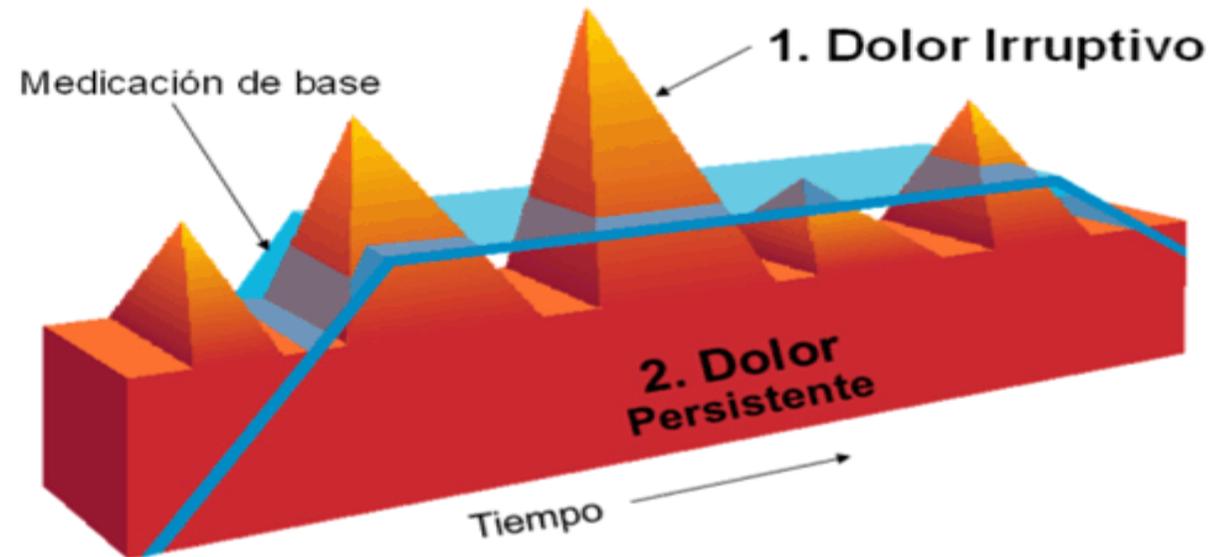
DOLOR CRÓNICO DE BASE

Dolor “de fondo”, constante y continuo de larga duración (más de 12 horas al día) en la última semana.



DOLOR IRRUPTIVO

Exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente, estable y tolerable (EVA < 5) controlado por otros medios.





El dolor irruptivo

ES	NO ES
<ul style="list-style-type: none">■ Exacerbación transitoria del dolor.■ Intenso (EVA > 7)■ Comienzo rápido: pico en 1-5 min (10-180 min)■ Corta duración: 15 – 30 min (1sg – 240 min)■ Sin estímulo identificable■ Dolor basal controlado	<ul style="list-style-type: none">■ Dolor incidental (predecible, transitorio y relacionado con un estímulo)■ Dolor a final de dosis (próximo a la siguiente dosis y, en general, asociado a una infradosificación del opioide de base)



DOLOR IRRUPTIVO

- Solo existe evidencia científica de dolor irruptivo en pacientes oncológicos.
- Datos (prevalencia, características, relevancia y tratamiento) escasos y controvertidos en DCNO.
- Los principios que son apropiados para el manejo del dolor en pacientes oncológicos terminales no son aplicables a los pacientes con DCNO.



DOLOR IRRUPTIVO EN PACIENTES CON DCNO, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA:

Elevada incidencia (48-80 %)

**¿Tratamiento de
base insuficiente?**

**¿Otros motivos inherentes al
tratamiento a largo plazo con
opioides?**

**TOLERANCIA
HIO
USO INDEBIDO**



Características del FTM

POTENCIA:

100 veces más potente que la morfina

50 veces más potente que la heroína

RAPIDEZ DE ACCIÓN (< 10 MIN)

CORTA DURACIÓN DEL EFECTO (< 2 horas)

FÁCIL ADMINISTRACIÓN



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

3ª EDICIÓN

Guía de
buena práctica clínica
en **GERIATRÍA**

**DOLOR
CRÓNICO
EN EL ANCIANO**

2016

Solicitada **acreditación** a la
Comisión de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias
de la Comunidad de Madrid-SNS



Revista Española de Geriatria y
Gerontología

Volume 55, Issue 1, January-February 2020, Pages 56-57



Carta al Editor

Fentanilo transmucoso y dolor
irruptivo: la otra cara de la moneda
Transmucosal fentanyl and
breakthrough pain: The other side
of the coin

Ana Isabel Henche Ruiz

Show more

+ Add to Mendeley Share Cite

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.02.004>

[Get rights and content](#)



Formulaciones de FTM

- Desarrollo de tolerancia e hiperalgesia más frecuente.
- Elevado potencial adictivo.
- Eficacia y seguridad a muy corto plazo (no más de 3-7 días).
- El uso a largo plazo se asocia a **riesgo elevado de tolerancia, escalada de dosis y abuso/adicción.**



**Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEMPS**

**FENTANILO DE LIBERACIÓN INMEDIATA:
IMPORTANCIA DE RESPETAR LAS CONDICIONES
DE USO AUTORIZADAS**

Información para profesionales sanitarios

Fecha de publicación: 21 de febrero de 2018

Categoría: MEDICAMENTOS DE USO HUMANO, SEGURIDAD
Referencia: MUH (FV), 5 /2018

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios informa sobre la importancia de respetar las condiciones de uso autorizadas para minimizar el riesgo de abuso y/o dependencia con los medicamentos que contienen fentanilo de liberación inmediata.

Nota informativa

Casi el **60 %** de los casos de **abuso y/o dependencia** notificados al Sistema Español de Farmacovigilancia como sospechas de reacciones adversas se refieren a pacientes en los que fentanilo de liberación inmediata se utilizó para **indicaciones no contempladas en la ficha técnica**, en algunos de ellos durante periodos prolongados.

Antes de iniciar el tratamiento con FTM, los prescriptores deben informar sobre esta medicación a los pacientes. ¿Cuál de la siguientes declaraciones son FALSAS?



- A.** Las formulaciones de FTM contienen una cantidad de fentanilo que podría ser fatal para los niños, para personas que los toman sin prescripción médica y para aquellos que no toleren los opioides.
- B.** Las formulaciones de FTM no deben usarse para tratar el dolor agudo o postoperatorio (incluida la migraña), el dolor dental o el dolor agudo en el servicio de urgencias.
- C.** En un paciente adulto con cáncer, con problemas de deglución, que nunca ha tomado opioides, el FTM es la mejor opción de tratamiento.
- D.** Nunca se debe compartir el fármaco que contiene FTM con nadie más, incluso si esa persona tiene los mismos síntomas.
- E.** Una vez que el paciente se familiariza con el uso de FTM, puede repetir la dosis cada 20 minutos, a demanda, si su dolor irruptivo por cáncer no está controlado, hasta que se alivie el dolor.



Formulaciones de FTM

Están **ESPECÍFICAMENTE CONTRAINDICADAS** en pacientes que previamente no hayan usado opioides (incluso en el dolor agudo y postquirúrgico), debido al **ELEVADO RIESGO DE DEPRESIÓN RESPIRATORIA** potencialmente mortal, a cualquier dosis de opioides.



Formulaciones de FTM

No son equivalentes a ningún otro producto de fentanilo, incluido otra formulación de FTM (diferencias farmacocinéticas, con diferencias importantes en la cantidad de fentanilo absorbido).

El cambio a otra formulación de FTM puede resultar en una **SOBREDOSIS FATAL**.



Formulaciones de FTM

CANDIDATOS	NO CANDIDATOS
<ul style="list-style-type: none">■ Pacientes oncológicos■ Mayores de 18 años■ Con tratamiento de base/mantenimiento con otros opioides■ Con dolor irruptivo	<ul style="list-style-type: none">■ Pacientes no oncológicos■ Pacientes <i>naive</i>■ Sin tratamiento opioide de base■ Sin dolor irruptivo o con dolor agudo distinto al irruptivo■ Con riesgo de abuso o adicción■ Con conductas aberrantes■ Con contraindicaciones específicas (depresión respiratoria grave, SAS grave o enfermedad pulmonar obstructiva grave)



Riesgo de abuso o adicción:

- Antes de iniciar el tratamiento con opioides:
 - **Opioid Risk Tool (ORT)**
 - **Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP-R)**

- En pacientes en tratamiento con analgésicos opioides a largo plazo:
 - **Current Opioid Misuse Measure (COMM)**



Conductas aberrantes relacionadas con los opioides de prescripción:

Todos aquellos comportamientos fuera de los límites del plan de tratamiento establecido y acordado con el paciente.

Pueden sugerir la posible existencia de un trastorno por consumo de opioides de prescripción.



Conductas aberrantes relacionadas con los opioides de prescripción:

- Quedarse sin medicación en poco tiempo de forma repetida.
- Solicitar recetas a varios médicos.
- Sufrir pérdidas reiteradas de recetas.
- Pedir frecuentemente aumentos de la dosis.
- Aumentar la dosis sin supervisión médica.
- Acceder a los opioides fuera del circuito oficial de medicamentos.
- Utilizar vías distintas de administración, manipulando las formas de presentación.
- Acudir frecuentemente sedado o somnoliento a la consulta.



Conductas aberrantes relacionadas con los opioides de prescripción:

- Centrar las consultas exclusivamente en los opioides.
- Frecuentar los servicios de urgencias para solicitar más medicación.
- Rechazar los tratamientos sin opioides y/o los tratamientos no farmacológicos.
- Deterioro de las relaciones sociales, aislamiento social. Preocupación transmitida por los familiares.



Trastorno por uso de opioides

DSM-5

- Consumo frecuente de cantidades superiores o durante más tiempo del previsto.
- Deseo o esfuerzos fracasados de abandonar/controlar el consumo.
- Mucho tiempo invertido en actividades relacionadas con el consumo
- *Craving* (deseo intenso de consumir)
- Incumplimiento de obligaciones, sociales, laborales, familiares, etc. debido al consumo recurrente.
- Consumo continuado a pesar de las consecuencias negativas sociales/interpersonales.
- Abandono o reducción de las actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente en situaciones que conllevan riesgo físico.
- Consumo mantenido a pesar de tener conciencia de los problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo.
- Tolerancia.
- Abstinencia

**2 o más de los 11
criterios en un plazo
de 12 meses.**

Leve: 2-3

Moderado: 4-5

Grave: ≥ 6

**En el caso de los A.O.,
criterios 10 y 11 no se
consideran si existe una
supervisión médica
adecuada**



MINISTERIO DE
SANIDAD

Comisión Permanente de
Farmacia

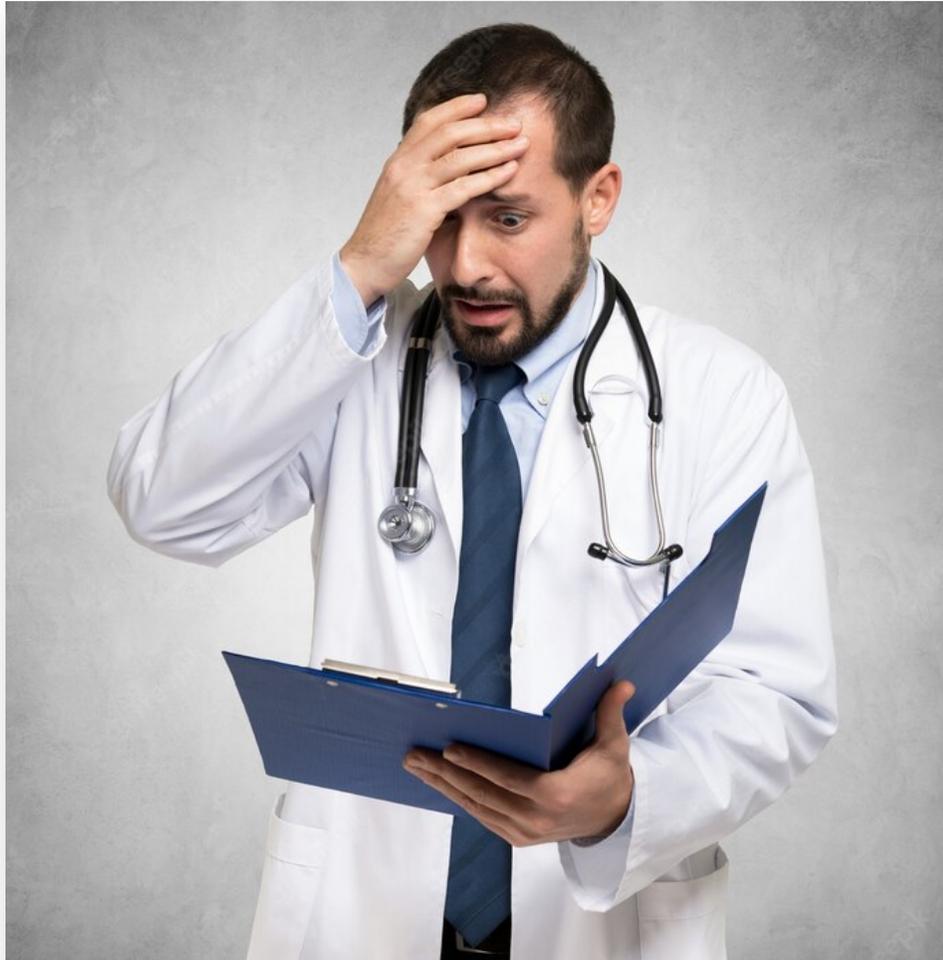
PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Aprobado por la Comisión Permanente de Farmacia el 13 de julio de 2021
Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de septiembre
de 2021

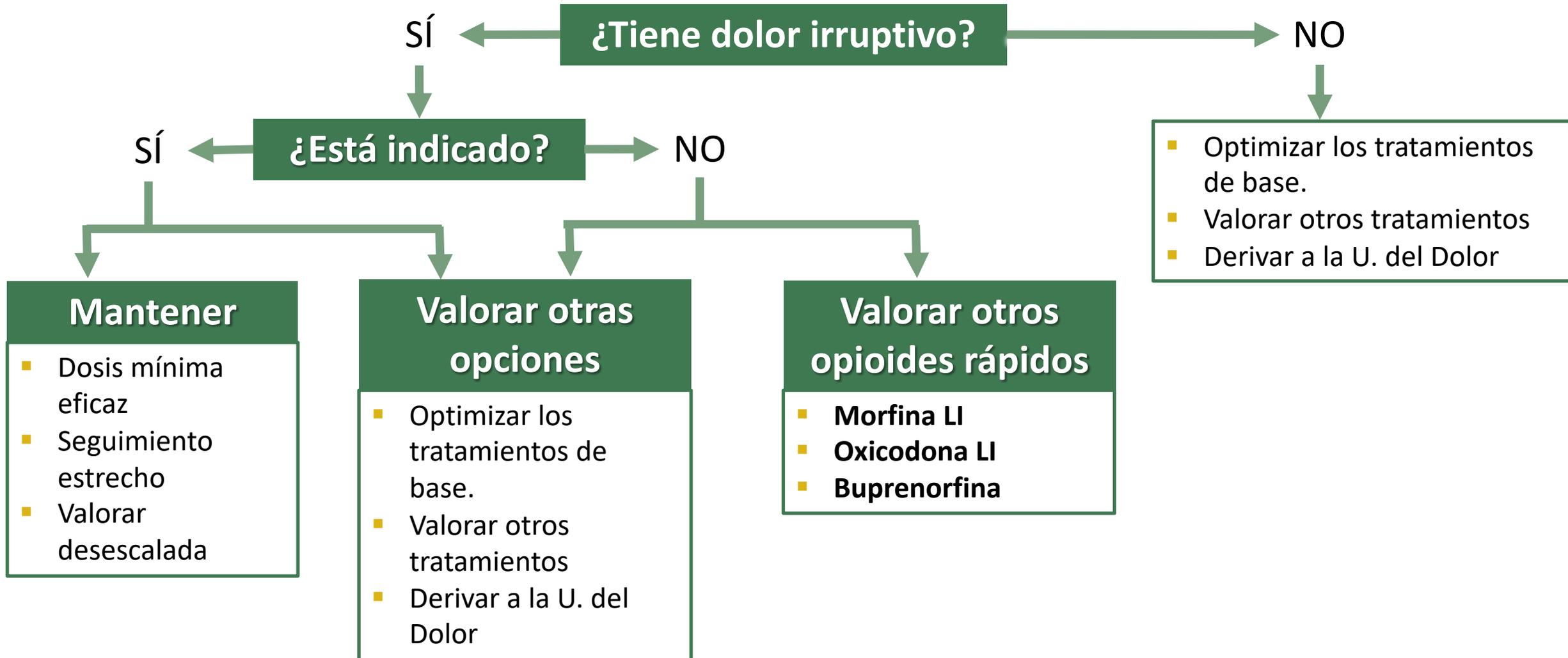
EJE 1. OPTIMIZAR LA PRESCRIPCIÓN

II. Revisión de las condiciones de financiación de fentanilo de liberación inmediata

Con objeto de optimizar la utilización del fentanilo de liberación inmediata, se considera adecuado, modificar las condiciones de financiación en las presentaciones por vía nasal y bucal mediante la figura del **visado**, que se aplicará a nuevos tratamientos, no a los tratamientos que actualmente están vigentes, para garantizar la adecuada utilización de las presentaciones de liberación inmediata de fentanilo en las indicaciones autorizadas en ficha técnica.



¿Qué hacemos con los
pacientes que estén en
tratamiento con FTM?





Si se decide mantener el FTM

1. EN PACIENTES EN LOS QUE ESTÁ INDICADO:

- Informar adecuadamente a los pacientes y cuidadores sobre los riesgos y el uso seguro del FTM (Hoja de información).
- Optimizar el opioide de base.
- NUNCA prescribir “a demanda”.

Nunca más de 2 unidades por episodio

Máximo 4 unidades al día



Si se decide mantener el FTM

1. EN PACIENTES EN LOS QUE ESTÁ INDICADO:

➤ Control y seguimiento estrechos:

- ✓ Evaluar la idoneidad de la **dosis** y hacer los ajustes necesarios (opioide de base y FTM).
- ✓ Evaluar los posibles **efectos adversos** e informar de los mismos.
- ✓ Evaluar los **signos de mal uso, abuso o adicción** (además de la dependencia física y la tolerancia), y de **sobredosis**.
- ✓ Registrar adecuadamente la **prescripción**, incluida la cantidad, la frecuencia y las solicitudes de renovación de recetas
- ✓ Cuidar la **polifarmacia** (**Nota**: Los inhibidores del citocromo P450 aumentan las concentraciones plasmáticas de fentanilo)
- ✓ **No cambiar** a otra formulación distinta (mcg a mcg); sí puede cambiarse una marca comercial por un genérico, si se trata de la misma formulación.
- ✓ **Recordar** la pauta de prescripción y dar de nuevo la información importante en cada visita de seguimiento.



Si se decide mantener el FTM

2. EN PACIENTES EN LOS QUE NO ESTÁ INDICADO, PERO YA LO ESTÁN TOMANDO:

- Lo mismo que en **1** (opción menos favorable).
- Valorar el cambio a otro opioide de LI.
- Plantearse la supresión de los opioides y valorar otros tratamientos (**opción más favorable**).



	Inicio de la analgesia	Concentración máxima	Riesgo de adicción	Observaciones
MORFINA LI (Oramorph, Sevredol)	30 – 40 minutos	60 minutos	Intermedio	De elección
BUPRENORFINA (Buprex)	15 – 45 minutos	90 minutos	Bajo	Solo sirve para rescatar sus propios parches (agonismo parcial)
OXICODONA LI (OxyNorm)	30 minutos	0,5 – 5 horas	Alto	Trto. breve e intermitente. Máx: 160 mg/día

TITULACIÓN LENTA DEL NUEVO OPIOIDE Y SEGUIMIENTO ESTRECHO



¿Cuándo está indicada la supresión de un tratamiento con opioides?

- Solicitud del paciente.
- Resolución de la causa que provocaba el dolor.
- Ausencia de mejoría clínicamente significativa.
- Utilización de dosis > 50 DEM al día sin un beneficio claro.
- Uso concomitante de BZD o alcohol.
- No adherencia al plan de tratamiento.
- Signos de trastornos por consumo de otras sustancias.
- Sospecha fundada o certeza de trastornos por consumo de analgésicos opioides.



Se debe considerar la **reducción periódica** de la dosis o la **supresión** de los opioides para confirmar la eficacia del tratamiento.

Durante el proceso de reducción gradual puede aparecer un aumento de la sensación de dolor provocado por la abstinencia, que no debe interpretarse como evidencia que confirma la eficacia de los opioides para el dolor.



En pacientes con DCNO que **utilicen dosis iguales o superiores a 90 mg DEM al día**, se recomienda reducir el opioide a la dosis efectiva más baja, planteándose incluso la supresión .

Si se plantean dificultades importantes para la reducción de dosis, se recomienda un programa multidisciplinar establecido o una estrecha coordinación entre profesionales.



¿Cómo retirar un analgésico opiode?

- Retirada lenta, progresiva y ajustada al tiempo de tratamiento y a la respuesta y características del paciente (miedo a la retirada, enfermedades cardiorrespiratorias, abuso o adicción)
- Maximizar el tratamiento del dolor con fármacos no opiodes y terapias no farmacológicas.
 1. Disminuir aprox. 10 % de la dosis de partida cada 7-15 días, o un 25 % cada 3-4 semanas.
 2. Cuando se alcance un tercio de la dosis inicial, reducir más lentamente (5mg cada 2-4 semanas).
- No retroceder durante el proceso de reducción en momentos difíciles o de estrés (no aumentar de nuevo la dosis ni pautar dosis extra o de rescate).
- Si es necesario, detener el proceso de reducción durante algunas semanas para continuar después con el decalaje a un ritmo más lento.





Paciente con dolor crónico que toma analgésicos opioides a largo plazo

**Estrategias de afrontamiento
desadaptativas**
(centradas en la emoción)



**Estrategias de afrontamiento
adaptativas**
(centradas en la resolución de problemas)



Situaciones vitales estresantes



- Si resulta complicada la retirada → **PROGRAMAS MULTIDISCIPLINARES** (equipo de AP, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacéutico, especialista en dolor, psicólogo, psiquiatra...)

- Si fracasa la retirada o existe una sospecha fundada de trastorno por uso de opioides de prescripción → **DERIVACIÓN A UNA UNIDAD ESPECÍFICA DE ADICCIONES:**
 - Tratamiento de desintoxicación con fármacos no opioides
 - Tratamientos con agonistas opioides (**de elección**)



Tratamiento de desintoxicación con fármacos no opioides

- **OBJETIVO:** Mitigar la sintomatología de abstinencia, a distintos niveles.
- **HERRAMIENTA:** Escala Clínica de Abstinencia de Opiáceos (*Clinical Opiate Withdrawal Scale –COWS-*)

- Frecuencia de pulso
- Sudoración
- Inquietud
- Tamaño de las pupilas
- Dolores musculares/articulares
- Rinorrea / Lagrimeo
- Molestias digestivas (espasmos estomacales, náuseas, vómitos, diarrea)
- Temblores
- Bostezos
- Ansiedad o irritabilidad
- Piel de gallina



Tratamiento de desintoxicación con fármacos no opioides

SÍNTOMAS	FÁRMACOS
Inquietud, irritabilidad, piloerección, escalofríos, calambres musculares, espasmos estomacales y otros síntomas de sobreactivación del SNA	<u>ALFA-2 ADRENÉRGICOS</u> (clonidina, tizanidina)
Ansiedad y agitación	<u>ANSIOLÍTICOS MIORRELAJANTES DE VIDA MEDIA LARGA</u> (diazepam, clonazepam, cloracepato, ketazolam) <u>NEUROLÉPTICOS SEDANTES</u> (quetiapina, olanzapina)
Cambios de humor	<u>ANTIÉPILÉPTICOS</u> (gabapentina, pregabalina)
Insomnio	<u>ANTIDEPRESIVOS SEDANTES</u> (trazodona, mirtazapina)
Dolor muscular /articular	<u>ANALGÉSICOS NO OPIOIDES</u> (paracetamol, metamizol, AINEs)
Diarrea, náuseas y vómitos	<u>ANTIDIARREICOS</u> (loperamida, mebevirina, racecadotril) <u>ANTIEMÉTICOS</u> (metoclopramida, domperidona, ondansetrón)



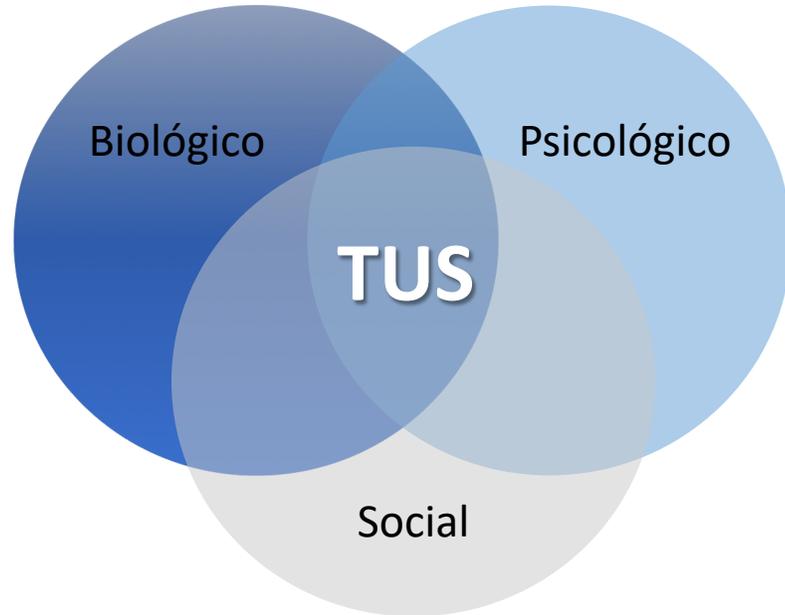
Tratamiento con agonistas opioides

	METADONA	BUPRENORFINA/NALOXONA
INDUCCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Primer día: 10-40 mg (según tolerancia). Observar al paciente durante 2-3 h para detectar signos de intoxicación. Cada 3-5 días: ↑ 5-10 mg hasta conseguir dosis estable. No incrementar más de 20 mg a la semana. Riesgo de muerte (farmacología de la metadona, consumo de otras drogas e interacciones farmacológicas) que se reduce tras las dos primeras semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> Periodo 'ventana' sin opioides para evitar precipitar un síndrome de abstinencia: Heroína y AO-LUR: 6-12 h AO-LI: 12-24 h Metadona y AO-LP: 36-48 h AO-PT: 48-72 h Primer día: 2-4 mg (pueden administrarse dosis adicionales de rescate de 2-4 mg; máximo 8 mg) Segundo día: ↑ 2-8 mg según necesidades del paciente; máximo 24 mg A partir del tercer día: ↑ 2-8 mg progresivamente según necesidades del paciente; máximo 24 mg
ESTABILIZACIÓN	Aprox. 6 semanas	Aprox. 3-7 días



Tratamiento con agonistas opioides

	METADONA	BUPRENORFINA / NALOXONA
MANTENIMIENTO	<p>60-100 mg/día (no se recomiendan dosis superiores a 120 mg/día)</p> <ul style="list-style-type: none"> Pueden ser necesarios ajustes de dosis en función de las modificaciones de la biodisponibilidad (acontecimientos estresantes, causas farmacocinéticas o farmacodinámicas). De pocos años a de por vida. 	<p>16-24 mg/día</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispensación directa en las O.F. con receta (normalización). Altos niveles de satisfacción de los pacientes. De meses a varios años, o de por vida.
FINALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de dosis gradual en función de los síntomas de abstinencia, de forma individualizada. <p>>120 mg/día → Reducir 10 mg cada 15-30 días 80 – 120 mg/día → Reducir 5 mg cada 15-30 días 40 – 80 mg/día → Reducir 3 mg cada 15-30 días 20 – 40 mg/día → Reducir 2 mg cada 15-30 días 0 – 20 mg/día → Reducir 1 mg cada 15-30 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de dosis gradual en función de los síntomas de abstinencia, de forma individualizada. <p>Reducir 1-2 mg cada 7-30 días Cuando se alcance una dosis de 1-2mg/día se puede pasar a compr de BPN 0,2 mg para continuar la reducción</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomatología de abstinencia de menor intensidad y de menor duración que con la metadona.



El tratamiento eficaz debe abarcar las diversas necesidades de la persona, no solamente el abuso de drogas.

Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapias conductuales.

La desintoxicación médica solo es la primera etapa del tratamiento y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.

Tratamientos farmacológicos



Intervenciones psicosociales



CASOS CLÍNICOS



1. ¿Están indicados los opioides para la patología de base?

2. ¿El tratamiento con opioides pautado es a largo plazo?

3. ¿Se ha informado al paciente de los riesgos/beneficios de la terapia con opioides a largo plazo antes de iniciarlo? ¿Y durante el tratamiento?

4. ¿Qué dosis total de opioides está tomando el paciente en DEM?

5. ¿Está tomando otros fármacos que aumenten el riesgo potencial?



6. ¿Presenta o ha presentado conductas aberrantes?

7. ¿Presenta o ha presentado signos o síntomas de alerta de sobredosis?

8. ¿Presenta signos o síntomas que hagan sospechar un posible trastorno por uso de analgésicos opioides?

9. ¿Está indicado el uso de FTM en este paciente?

10. ¿Se han descartado otras posibles causas del aumento del dolor?



25 CONGRESO
SEFAP • JEREZ
25-27 Mayo 2022

*Muchas
Gracias!*

25 años SEFAP

De la calidad terapéutica a la calidad asistencial



ahenche@sescam.jccm.es



Unos apuntes sobre el fentanilo TD



Dosis equivalentes de morfina (DEM)

Dosis bajas	< 40 mg DEM al día
Dosis moderadas	41-90 mg DEM al día
Dosis elevadas	91-120mg DEM al día
Dosis muy elevadas	> 120 mg DEM al día
Dosis intolerables	≥ 200 mg DEM al día



Analgésicos opioides



High-dose opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews (Review)

2017

Els C, Jackson TD, Hagtvedt R, Kunyk D, Sonnenberg B, Lappi VG, Straube S

No existe evidencia científica de calidad sobre el buen funcionamiento de los analgésicos opioides a dosis altas para el tratamiento del DCNO.

No hay ninguna justificación basada en la evidencia para el uso de dosis de 200 mg DEM al día o superiores, aunque estas dosis se usan a menudo en la práctica clínica.



Unos apuntes sobre el fentanilo TD



Un paciente tiene pautado un parche de fentanilo de 50 μ gr cada 3 días. Calcular la dosis equivalente de morfina diaria.

120 mg DEM al día



Un apunte sobre el fentanilo TD



Como su dolor ha aumentado en las últimas semanas, su MAP decide aumentar la dosis (parche de fentanilo de 100 μ gr cada 3 días). Calcular la dosis equivalente de morfina diaria.

240 mg DEM al día



Un apunte sobre el fentanilo TD



Como persiste el dolor, el paciente comienza a cambiarse el parche de 100 µgr cada 2 días. Calcular la dosis equivalente de morfina diaria.

$$100 \mu\text{gr} \times (15 \text{ parches}/30 \text{ días}) \times 7,2 =$$

360 mg DEM al día

¿Cuál sería una buena opción para iniciar un tratamiento opiode en un paciente con dolor severo con problemas de deglución importantes?



- A. Parches de fentanilo.**
- B. Parches de buprenorfina**
- C. Fentanilo intranasal.**
- D. Tramadol oral.**
- E. Oxicodona oral.**



Buprenorfina TD

- Indicada para el tratamiento del dolor lo suficientemente intenso como para requerir un **tratamiento diario, continuo y prolongado con opiodes**, cuando otras opciones alternativas son inadecuadas.
- Se puede prescribir a pacientes **sin tratamiento previo con opioides**.
- Las dosis equivalentes de morfina son inciertas.

OPIOID MANAGER

La proporción morfina oral:buprenorfina TD puede oscilar entre 75:1 y 115:1, por lo que se sugiere el punto medio de este rango (95:1):

Parche 5 mcg/h = 9-14 mg DEM/día

Parche 10 mcg/h = 18-28 mg DEM/día

Parche 15 mcg/h = 27-41 mg DEM/día

Parche 20 mcg/h = 36-55 mg DEM/día



Buprenorfina TD

OPIOID MANAGER

Para DCNO se recomienda:

- Dosis inicial: 5 mcg/h cada 7 días.
- Tiempo mínimo para incrementar la dosis: 7 días
- Incrementos de dosis: 5 mcg/h cada 7 días.
- Dosis máxima: 20 mcg/h cada 7 días.



Consejos para reducir gradualmente el parche de fentanilo transdérmico

- Reducir el parche de 12 a 25 mcg/h cada 2-4 semanas.
- Considerar añadir opioides orales de LI para aliviar el dolor (p.e., morfina LI 5 mg cada 6 h, si es necesario, hasta un máximo de 20 mg/día).
- Una vez que se ha alcanzado la dosis más baja disponible de fentanilo TD (12 mcg/h cada 72 horas), suspender el tratamiento con fentanilo TD y usar solamente el opioide oral de LI para aliviar el dolor.