

8 Rotación de opioides

En dolor crónico no oncológico la efectividad de la rotación de opioides es controvertida. No obstante se podrá considerar en los siguientes casos:

- Eficacia analgésica pobre tras comprobar: adecuada valoración del dolor, buena adherencia y no hay otros factores que afecten a la respuesta.
- Efectos adversos intolerables durante la titulación adecuada de la dosis.
- Interacciones graves.
- Preferencia o necesidad de una vía de administración diferente.
- Cambio en el estado clínico o circunstancias que se beneficien de un opioide con diferentes propiedades farmacocinéticas (ej. casos de abuso y adicción).
- Para realizar el cambio de opioide consultar la tabla de equivalencia, reducir la dosis del nuevo opioide un 30-50% y observar la respuesta.

9 ¿Cuándo retirar?

- Se ha resuelto la causa del dolor.
- Falta de eficacia, alivio escaso o no mejora de la funcionalidad.
- Hiperalgesia.
- Efectos adversos graves.
- Uso indebido del opioide (abuso, adicción, conducta aberrante).
- Prácticas que aumentan el riesgo de sobredosis (ej. consumo de alcohol, benzodiacepinas, mala adherencia).
- Uso concomitante con fármacos contraindicados.
- Después de 4-6 meses de tratamiento y tras consensuarlo con el paciente. La duración óptima no está establecida, los beneficios más allá de 4 meses son muy cuestionables.
- La retirada debe ser individualizada y lenta. La dosis se reducirá gradualmente un 5-10% de la dosis total diaria cada semana.
- En pacientes que presenten ansiedad ante la retirada, en los dependientes de opioides o con trastornos cardiorrespiratorios, se recomienda retirar de forma más lenta.
- Cuando se ha reducido 1/3 de la dosis, las siguientes reducciones se harán cada 2 semanas.
- Se recomienda soporte psicológico.

Depósito legal
DL VA 776-2018

Equivalencia aproximada de dosis de opioides

Opioides menores o débiles (techo analgésico)

Tramadol oral/24 h	150 mg
Codeína oral/24 h	45-120 mg
Opiode agonista parcial (techo analgésico)	
Buprenorfina parenteral/24 h	0,3-0,9 mg
Buprenorfina transdérmica/72 h	35-52,5 mcg/h
Buprenorfina sublingual	0,2-0,4 mg

Opioides mayores o potentes

Morfina oral/24 h	10-30 mg	>30-60 mg	90 mg	120-180 mg
Morfina IV/24 h	2,5-5 mg	5-10 mg	15 mg	20-30 mg
Morfina subcutánea/24 h	10 mg	10-20 mg	30 mg	40-60 mg
Morfina transdérmica/72 h	2 mg	3 mg	5 mg	7-10 mg
Fentanilo transdérmico/72 h	15 mg	15-30 mg	45 mg	60-90 mg
Fentanilo liberación rápida (*)	2,5-3 mg	3-5 mg	8 mg	10-15 mg
Oxicodona oral/24 h	12 mcg/h	25-50 mcg/h	50-75 mcg/h	100 mcg/h
Oxicodona/maloxona oral/24 h	5-15 mg	15-40 mg	60-80 mg	100-120 mg
Hidromorfona oral/24 h	1,5-3 mg	5-10 mg	15 mg	20 mg
Tiapental retard oral/24 h (**)	5/2,5-15/7,5 mg	15/7,5-40/20 mg	60/30-80/40 mg	100/50-120/60 mg
		4-12 mg	16-24 mg	(D máx. 160/80 mg)
		7,5-22,5 mg (***)	300-37,5 mg (***)	D máx. 500 mg

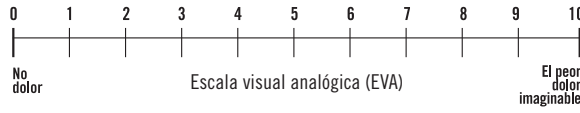
● Opiode eficiente ● Opiode NO eficiente

En rojo, dosis de rescate.

*Fentanilo de liberación rápida solo en dolor transitorio oncológico, a la dosis mínima eficaz y en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opioides para su dolor oncológico.

** La equivalencia de Tiapental no está bien establecida.

No combinar opioides entre sí, salvo si se pauta mínima de liberación rápida como rescate.



150-400 mg	No usar D superiores
120-240 mg	No usar D superiores
0,3-0,9 mg	1,2 mg
35-52,5 mcg/h	70 mcg/h
0,2-0,4 mg	0,2-0,4 mg
>30-60 mg	90 mg
5-10 mg	15 mg
10-20 mg	30 mg
3 mg	5 mg
15-30 mg	45 mg
3-5 mg	8 mg
25-50 mcg/h	50-75 mcg/h
	Mínima eficaz
15-40 mg	60-80 mg
5-10 mg	15 mg
15/7,5-40/20 mg	60/30-80/40 mg
4-12 mg	16-24 mg
7,5-22,5 mg (***)	300-37,5 mg (***)

Comité Técnico Asesor del Dolor de Castilla y León



9 pasos para el éxito en la prescripción de opioides en dolor crónico

1 ¿Necesitamos un opioide?

¿Se ha valorado bien el dolor?

Intensidad del dolor. Se puede utilizar la escala visual analógica (EVA) (ver al dorso). En ancianos y pacientes con deterioro cognitivo la EVA puede no ser fiable. Los autorregistros a lo largo del día son una opción para ciertos pacientes.

Funcionalidad del paciente. Entrevistar al paciente para averiguar el impacto de su dolor sobre su actividad diaria.

¿Se han utilizado otros analgésicos solos o en combinación? AINE, paracetamol, opioides menores, etc. ¿Cual ha sido su efecto y duración?

¿Se han probado medidas no farmacológicas? Ejercicio físico continuado, pérdida de peso, medidas fisioterapéuticas, etc. En dolor de espalda hay evidencia de eficacia a corto plazo, pero a largo plazo no se ha demostrado.

¿El tipo de dolor responde a opioides?

- En dolor nociceptivo la evidencia es más sólida, puede ser tratado con opioides si no hay respuesta a otros analgésicos o si el dolor es intenso desde el principio.
 - De predominio periférico responde mejor a opioides.
 - De predominio central (ej. fibromialgia, cefaleas) no responde a opioides. Usar medicamentos que actúan a nivel central.
- En dolor neuropático los opioides son una alternativa de tercera línea, por detrás de los antiepilépticos y antidepresivos.

El objetivo fundamental es aliviar el dolor, mantener la funcionalidad y mejorar la calidad de vida.

2 ¿Es seguro el uso de un opioide en este paciente?

Valorar si el paciente presenta:

- Comorbilidades físicas y patologías contraindicadas. No utilizar en aquellas que supongan mayor riesgo de depresión respiratoria.
- Comorbilidades psiquiátricas. Se sugiere estabilizar estos trastornos antes de probar los opioides.
- Situación psicosocial.

Riesgo potencial de abuso de opioides

		MUJER	HOMBRE
Antecedentes familiares de abuso de sustancias	Alcohol	1	3
	Drogas ilegales	2	3
	Medicamentos	4	4
Antecedentes personales de abuso de sustancias	Alcohol	3	3
	Drogas ilegales	4	4
	Medicamentos	5	5
Edad (entre 16 y 45 años)		1	1
Antecedentes de abuso sexual		3	0
Enfermedad psiquiátrica	Déficit de atención, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia	2	2
	Depresión	1	1

Riesgo bajo: 0-3; Riesgo moderado: 4-7: se pueden utilizar opioides pero reforzar el seguimiento del paciente; Riesgo alto ≥ 8 . No prescribir opioides y registrarlos en la historia para evitar su prescripción en cualquier ámbito.

Tratamientos farmacológicos concomitantes. Los opioides no deben asociarse a depresores del sistema nervioso (ej. benzodiacepinas). Si el uso de opioides menores (tramadol y codeína) fuera inevitable vigilar estrechamente los efectos adversos asociados. Pueden causar síndrome serotoninérgico - más frecuente con tramadol pero también con fentanilo y tapentadol- por lo que no se deben combinar con fármacos que también pueden desencadenar este síndrome, como antidepressivos y algunos antipsicóticos.

3 Informar al paciente

Sobre los beneficios esperables, los riesgos y los efectos adversos característicos del grupo; son más frecuentes, intensos y duraderos en ancianos.

- **Efectos adversos inmediatos.** Suelen resolverse en 5-6 días: náuseas/vómitos (pautar antieméticos), boca seca, somnolencia, astenia, dificultad en la concentración, obnubilación, mioclonías, alucinaciones, prurito, sudoración, mareos y vértigo.
- **Efectos adversos constantes**
 - **Estreñimiento**
 - **Tolerancia.** Necesidad de incrementar la dosis.
 - **Dependencia física.** Se debe reducir las dosis paulatinamente.

- **Adicción** se desarrolla lentamente después de meses de exposición. Es difícil de predecir. Se debe al uso descontrolado, compulsivo y continuado de opioides. Se suele cronificar, no remite con la interrupción de opioides y tiene alto riesgo de recaída.
- **Hiperalgesia** es el aumento de la sensibilidad al dolor. Se confunde con la tolerancia, por lo que se suele aumentar la dosis cuando lo que hay que hacer es reducirla y valorar la rotación o retirada.

4 Pactar objetivos realistas con el paciente

La erradicación completa del dolor es altamente improbable. Se deben establecer objetivos de tratamiento realistas:

- Una mejora de al menos un 30% en la intensidad del dolor y la capacidad funcional, se considera un beneficio relevante.
- Pactar que el tratamiento será interrumpido si no se alcanzan los objetivos fijados y ofrecer otros abordajes terapéuticos.

5 Inicio del opioide

La vía oral es de elección. La morfina continúa siendo el opioide de elección y los parches de fentanilo son una alternativa cuando no se puede usar la vía oral. La selección del opioide se hará en función de las características del paciente, efectos adversos, estabilidad del dolor, respuesta al tratamiento y criterios de eficiencia.

El opioide hay que usarlo en el contexto de un plan multidisciplinar y multimodal del dolor, combinándolo con coadyuvantes, rehabilitación y psicoterapia si es posible.

6 Titular la dosis (Ver tabla de equivalencia de dosis al dorso)

• Pacientes sin tratamiento previo con opioides

Usar formulaciones de liberación rápida que permiten ajustar la dosis de manera más individualizada y controlar mejor los efectos adversos inmediatos.

- **Inicio:** comenzar el tratamiento preferiblemente con morfina de liberación rápida, por vía oral. Pauta: 5-10 mg/4 h, incrementando la dosis diaria en un 25-50%, hasta conseguir una analgesia aceptable y mantener durante 2-3 días.
- **Mantenimiento:** superada la fase anterior, ajustar la dosis diaria requerida a formulaciones de morfina u otro opioide de liberación retardada. Usar la menor dosis posible. En dolor crónico no oncológico no superar las siguientes dosis:

- Adulto no anciano: 150 mg de morfina, 75 mcg/h de fentanilo transdérmico o dosis equipotente.
- Anciano: 90 mg de morfina, 50 mcg/h de fentanilo transdérmico o dosis equipotente.

- **Pacientes ya en tratamiento con opioides:** se retira el opioide menor y se sustituye por el opioide mayor a dosis equivalentes.
 - **Rescate:** en las dos situaciones anteriores se procederá igual.
 - Si aparecen crisis ocasionales de dolor, pautar morfina de liberación rápida a dosis de rescate, es decir el 15% o 1/6 de la dosis diaria utilizada. Si el opioide de mantenimiento es fentanilo:
 - Dolor crónico no oncológico pautar morfina de liberación rápida. Nunca usar fentanilo de liberación rápida ya que no está indicado y presenta elevado riesgo de uso indebido y abuso.
 - Dolor crónico oncológico se puede pautar morfina de liberación rápida o fentanilo de liberación rápida.
- Si el opioide de mantenimiento es oxycodona utilizar como rescate las formas de liberación rápida de este mismo principio activo. Si se requieren más de 3 rescates/día, volver a calcular la dosis del opioide de mantenimiento.

7 Seguimiento

- En la fase de titulación, lo ideal sería hacer revisiones frecuentes.
- Retirar benzodiacepinas y pautar laxantes.
- En la fase de mantenimiento, revisiones cada 3 meses.
- Las dosis >100 mg de morfina o equivalente incrementan el riesgo de sobredosis. Se debe intensificar el control en estos pacientes.
- En cada revisión se debe valorar la eficacia (alivio del dolor y funcionalidad) así como los aspectos de seguridad (efectos adversos, problemas de abuso, adicción...).
- Si se observa falta de eficacia y se requiere incremento de dosis, aumentar gradualmente 10 mg de morfina o dosis equivalente a la semana. No superar las dosis mencionadas en el apartado anterior.
- En dolor crónico no oncológico después de 4-6 meses de tratamiento, considerar y discutir con el paciente la conveniencia de reducir la dosis o retirar y valorar otras alternativas de tratamiento. El uso a largo plazo incrementa el riesgo de hiperalgesia, abuso, sobredosis, afectación endocrina y cardiovascular.
- Ante fracaso terapéutico, plantearse el paso 8 (rotar a otro opioide) o el paso 9 (retirarlo).