

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO. TITULACIÓN Y RESCATE

Como hemos visto en módulos anteriores de este curso es fundamental hacer una valoración cuidadosa de la indicación del tratamiento con opioides.

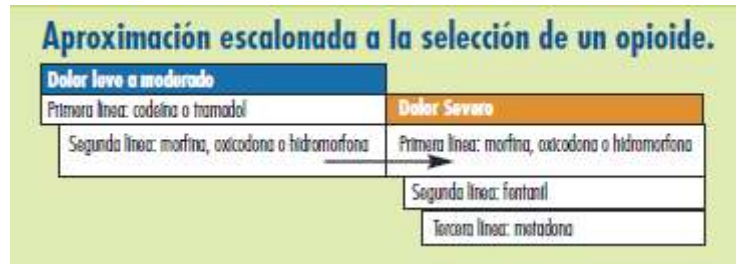
El tratamiento debe ser **individualizado** en función del paciente y el tipo de dolor, valorando los beneficios y los riesgos.

Lo primero al prescribir un opioide es asegurarse que se cumplen los criterios de utilización, ausencia de enfermedades que contraindiquen su uso (ej, depresión respiratoria, epoc moderado/grave..) o que exigen valorar riesgo-beneficio (pacientes ancianos o muy debilitados, epoc leve..).

En dolor crónico no oncológico (**DCNO**) no se deben usar como fármacos de primera línea

En **DCNO** el tratamiento con opioides mayores puede ser adecuado cuando el dolor es intenso y continuo y no responde a otras terapias, paciente y médico deben negociar un plan de tratamiento para encontrar el equilibrio óptimo entre el alivio del dolor, la mejora funcional y los efectos adversos.

La selección del opioide se hará en función de las características del paciente, efectos adversos y respuesta al tratamiento



TITULACIÓN DE DOSIS:

La terapia a largo plazo con opioides debe **comenzar con dosis bajas** e ir **incrementando la dosis lentamente** hasta alcanzar un nivel adecuado de analgesia o hasta que los efectos adversos aconsejen una reducción de dosis o un cambio en el tratamiento.

Es recomendable hacer la titulación con formulaciones de acción rápida (mejor ajuste de dosis, sin embargo, las formulaciones de acción retardada también pueden ser adecuada

Debe **prescribirse de forma pautada**, mejor que a demanda.

El uso de opioides de acción rápida para los casos en que aparece dolor irruptivo debe valorarse en cada caso y en general se recomienda evitar su uso.

Como norma general:

Al efectuar un **incremento de dosis**, comprobar que la dosis calculada es segura para el paciente, por ejemplo, el aumento de morfina u oxycodona no debe ser mayor del 50% de la dosis previa.

Cuando se **cambia de un opioide a otro** se debe calcular la dosis equianalgésica y reducir la dosis inicial del nuevo opioide un 25-50% para evitar una sobredosis accidental.



La **retirada de opiodes** debe ser gradual, cuanto mayor sea el tiempo que el paciente lleve a tratamiento, mas lenta a de ser la supresión del mismo, el descenso recomendado esta entre un 25-50% semanal de la dosis prescrita.

MORFINA:

Es el opioide de elección.

Podemos iniciar con comprimidos de **liberación inmediata:**

5-10 mg/ 4 horas en pacientes que parten del primer escalón (OMS)

10-20 mg/ 4 horas en pacientes que parten del segundo escalón (opioides débiles)

Se puede **incrementar dosis** entre un 25-50% de la dosis diaria hasta control de síntomas, cuando 2-3 días sin dolor se pasa a morfina de liberación retardada (se calcula la dosis total y se administra en 2 tomas, cada 12 horas). En ancianos el incremento de dosis del 25% cada 3-4 días

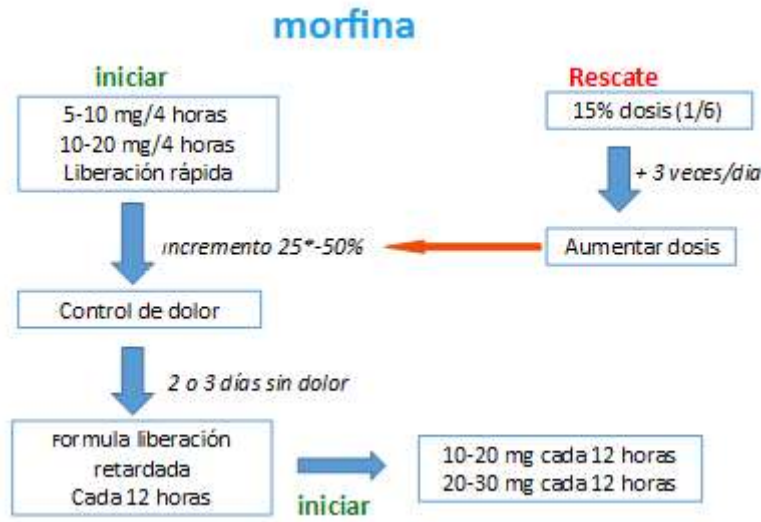
Si se pauta dosis de rescate, morfina de liberación rápida (15% de la dosis total). Si mas de tres dosis de rescate al día , aumentar dosis.

Otra opción es iniciar con comprimidos de **liberación retardada**, en este caso:

10-20 mg/12 horas si partimos primer escalón de la OMS

20-30 mg/12 horas si partimos de segundo escalón de la OMS





OXICODONA

No es el opioide de elección. 10 mg oxycodona oral = 20 mg morfina oral

Si iniciamos con comprimidos de **liberación retardada**: 10-20 mg cada 12 horas

Titular la dosis con incrementos del 25-50%.

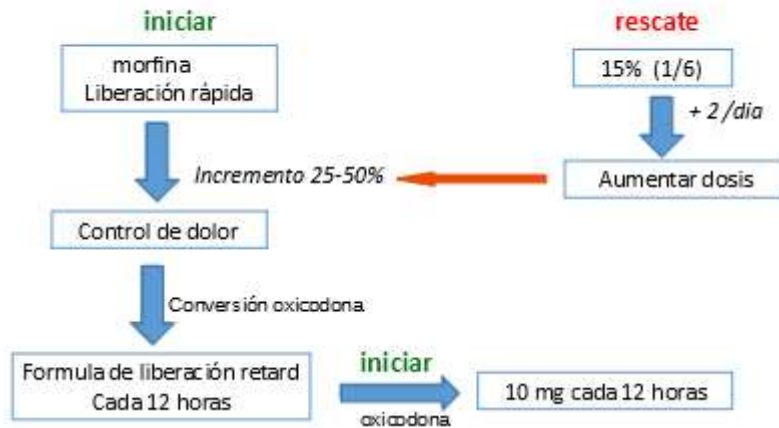
Más de 2 veces al día rescate (15% dosis total), aumentar dosis.

En España **no comercializada oxycodona de liberación rápida**, por tanto podemos iniciar la **titulación con morfina de acción rápida** y hacer después la conversión a oxycodona (los rescates también con morfina)

La presentación **oxycodona/naloxona**: máximo dosis 40/20, ya que dosis mayores de naloxona podrían reducir la analgesia y precipitar síndrome de abstinencia (uso solo para dosis bajas o moderadas de naloxona)



Oxicodona



HIDROMORFONA

Potencia analgésica 5 veces mayor que la morfina.

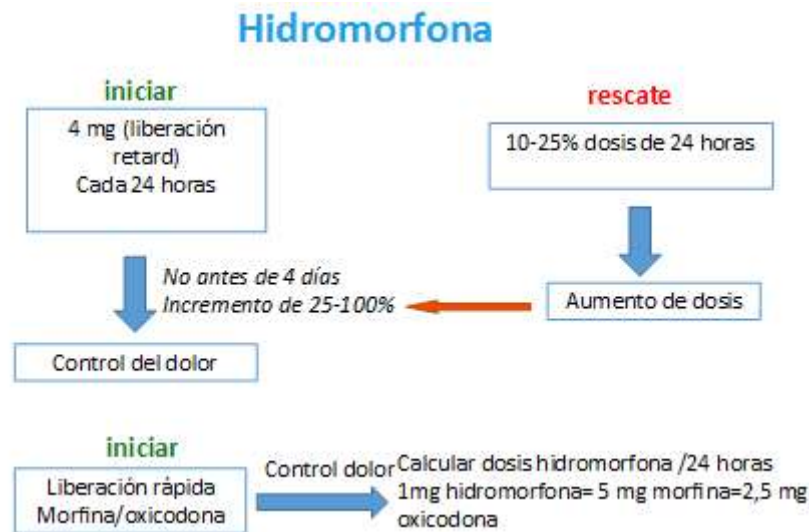
No se dispone de hidromorfona de **liberación rápida** en España.

Se iniciara con dosis de 4mg (equivalente a 20 mg de morfina) **cada 24 horas**, no reajustar dosis antes de 4 días y en cada ajuste de dosis se puede aumentar de 25-100%.

En caso de rescate se aconseja usar morfina de liberación rápida , un 10%-25% de la dosis de 24 horas.

Otra opción es **iniciar con morfina de liberación rápida** y una vez controlado el dolor convertir a hidromorfona cada 24 horas





FENTANILO PARCHES

Su inicio de acción es mas lento, lo cual obliga a cubrir las necesidades de analgesia en su fase inicial (12-15 horas).

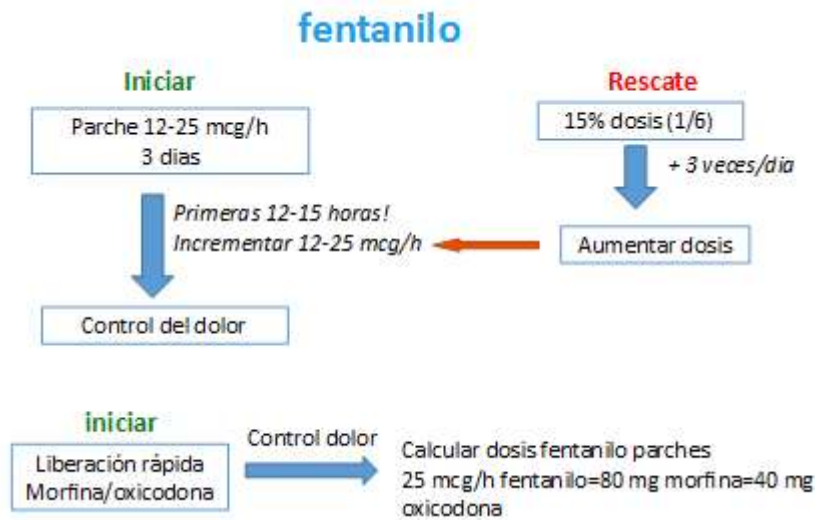
Su acción residual persiste 17 horas (inconveniente en caso de toxicidad).

Se **inicia** con parche de 12-25 mcg cada 72 horas. Si es necesario, pautar **rescate** con **morfina de liberación rápida** (15% dosis) o fentanilo oral transmucoso (SOLO DOLOR ONCOLÓGICO).

Si el dolor no se controla o son necesarios mas de 3 rescates al día, se incrementa la dosis (siguiente parche)

Importante la rotación de zona de aplicación del parche (superficies limpias lisas, secas y poco pilosas)





FENTANILO TRANSMUCOSA

Indicado en el **dolor irruptivo del paciente oncológico a tratamiento de base con opioides.**

No existe correlación entre la dosis de opioide de mantenimiento empleada y la dosis eficaz de fentanilo transmucosa.

Rango de dosis entre 200 mcg-1600 mcg

Generalmente se comienza con 100mcg-200 mcg, se recomienda controlar al paciente hasta una dosis que ofrezca analgesia adecuada y utilizar después una unidad de dosis por episodio de dolor irruptivo.

Si se necesitan mas de 4 unidades (dosis máxima), ajustar el tratamiento de base

BUPRENORFINA

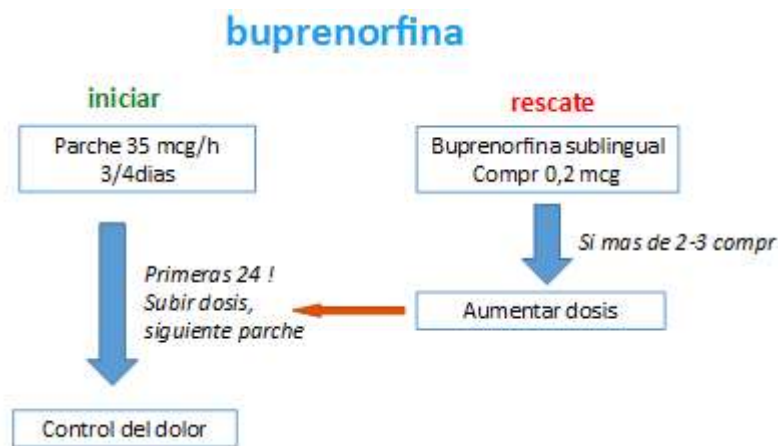
No es el opioide de elección ya que cuenta con pocos estudios y experiencia limitada



Iniciar tratamento con parche de 35 mcg cada 3 días, si tras 72 horas no hay control de la analgesia, subir dosis (siguiente parche).

En caso de necesitar medicación de **rescate usar buprenorfina sublingual** (0.2, 0.4, 0.6 mcg). Si mas de 2 o 3 comprimidos al día, aumentar dosis (recordar, agonista parcial!!)

Si se retira el parche, por regla general, no debe administrarse otro opioide hasta pasadas 24 horas



TAPENTADOL:

Iniciar con 25 mg cada 12 horas (equivale a 10 mg de morfina retard cada 12 horas).

Se puede incrementar cada 3 días en dosis de 50 mg de tapentadol.

Dosis máxima recomendada **500 mg/24 horas**

En **rotacion de opioides** (que se vera en otro módulo) tiene la particularidad de que al tener menos afinidad por los receptores μ que otros opioides, se puede correr **riesgo de infradosificación**



Tapentadol

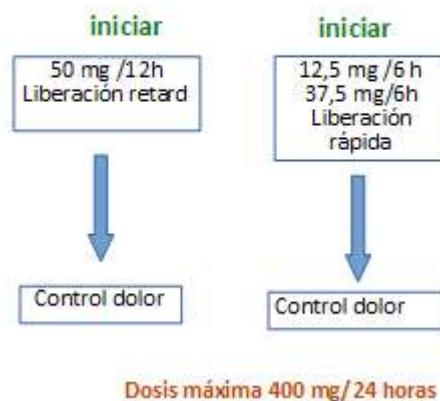


TRAMADOL:

Opioide debil. **Dosis máxima 400 mg al día**

Se puede iniciar con tramadol de **liberación lenta**, es mejor introducirlo poco a poco e ir aumentando 50 mg cada 12 horas para minimizar reacciones adversas, si aun así se producen, se puede iniciar en dosis menores de **liberación rápida**, en solución o comprimidos de 37,5 mg (asociado a paracetamol)

Tramadol



IDEAS CLAVE

Los opioides se prescriben fácilmente, pero su retirada es muy difícil

Seleccionar el opioide en función del paciente, efectos adversos, intensidad dolor

La titulación de opioides debe realizarse, preferentemente, con formulaciones de acción rápida que permitan ajustar la dosis de manera individualizada y lo mas precisa posible. Siempre la menor dosis posible

En caso de pautar rescate, usar morfina de liberación rápida. El fentanilo transmucosa solo autorizado en dolor oncológico