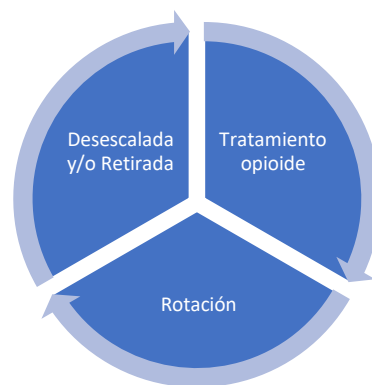


4. Rotación opioides

Si bien la evidencia de los opioides en el manejo del dolor agudo es bastante sólida, cada vez se cuestiona más si se debe plantear como un tratamiento que perdure en el tiempo.

Parece lógico pensar que, como otros muchos fármacos en la práctica clínica habitual, un opioide no debería ser un fármaco que se mantenga en el tiempo sin valorar un desescalado o retirada, o bien una rotación en determinadas situaciones en las que disminuye su efecto clínico o aumentan sus efectos secundarios.

Por ello, planteamos que la desescalada/retirada y la rotación son parte inherente del tratamiento opioide crónico.



Rotación de Opioides

Se considera que la rotación de opioides es una herramienta fundamental para el control del dolor en pacientes con dolor de difícil control y/o refractario.

La **rotación de opioides** no consiste únicamente en el **cambio de un opioide** por otro, sino que implica necesariamente un **ajuste de dosis** en función de una serie de criterios, ya que la equivalencia exacta dosis a dosis entre opioides en el dolor crónica es imposible

debido a los fenómenos de tolerancia e hiperalgesia mediada por opioides.

Ya lo hemos comentado en el epígrafe de recomendaciones, pero, debido a los fenómenos de tolerancia e hiperalgesia mediada por opioides, cada vez se enfatiza más la importancia de romper con la regla del “cuanto más mejor” y establecer estrategias de rotación, ajuste de dosis y desescalado.

Criterios de Rotación de Opiode

Un alto porcentaje de los pacientes con tratamiento opioide crónico van a requerir un cambio o rotación de opioides por:

- Dolor controlado, pero con **efectos secundarios intolerables**
- Dolor no controlado, pero **imposible aumentar dosis por efectos secundarios** (pérdida de balanza beneficio-riesgo positiva)
- Dolor no controlado a pesar de **aumento rápido de dosis**, aún en ausencia de efectos secundarios intolerables
- **Pérdida de vía de administración** (en especial VO)

Procedimiento de Rotación de Opiode

Para realizar la rotación de opioides, se busca la Dosis Equivalente diaria de Morfina por vía oral (en lo sucesivo, DEM) correspondiente al fármaco inicial y se establece la equivalencia en el fármaco final. Es importante recordar (para evitar errores) que la equivalencia de morfina administrada por vía oral difiere de la vía subcutánea (x2 veces la morfina oral) y de la intravenosa (x3 veces la morfina oral). La rotación de opioides se llevará a cabo de la siguiente forma:

1. Emplear o bien una tabla de equivalencia o bien unos factores de conversión. La elección dependerá del facultativo o equipo, ya que hay profesionales que prefieren convertir directamente mediante los factores y otros que prefieren emplear una tabla de conversión directa. La aplicación de la tabla de equivalencia se aplicará con precaución al entorno clínico debido a que hay gran variedad en el metabolismo y farmacodinámica de los medicamentos, por lo que muchos pacientes con características similares pueden tener respuestas muy diferentes a los medicamentos. A continuación, anexamos un ejemplo de ambas tablas, recordando la importancia de establecer el factor correcto con la morfina en función de su vía de administración ya que, al ser su biodisponibilidad por VO y SC tan bajas, su efecto analgésico se modifica sustancialmente.

Medicamento	Vía	Potencia
Buprenorfina	SL	1:0.02
	IM	
	IV	
	TD	
Codeína	PO	1:12
Fentanilo	IV	1:0.01
	TD	
	TM	
Hidromorfona	PO (Retard)	1:0.2
Metadona	PO	1:0.3-0.25
	IM	
Morfina	PO	1
	PO (Lib Lenta)	1
	IM/SC	1:0.5-0.15
	IV	1:0.5-0.15
Oxicodona	PO	1:0.7
	PO (Lib Lenta)	
Tapentadol	PO	1:2.5
Petidina	IM	1:8
Remifentanilo	IV	
Tramadol	PO	1:10
	PO (Lib Lenta)	
	IM	
	IV	
	Rectal	

Buprenorfina TTS	8,75µ/h	17,5µ/h	35µ/h	52,5µ/h	70µ/h	105µ/h
Fentanilo TTS		12µ/h	25µ/h	50µ/h	75µ/h	100µ/h
Tramadol VO (x10)	150mg	200mg	400mg	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES		
Tramadol PT (x6)	100mg	150mg	300mg	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES		
Morfina VO	15mg	40mg	80mg	120mg	160mg	180mg
Morfina PT (x1/3)	5mg	15mg	25mg	40mg	60mg	
Oxicodona VO (x1/2)		20mg	40mg	60mg	80mg	
Tapentadol VO (x2,5)		100mg	200mg	300mg	400mg	
Metadona VO		20mg	40mg	60mg	80mg	

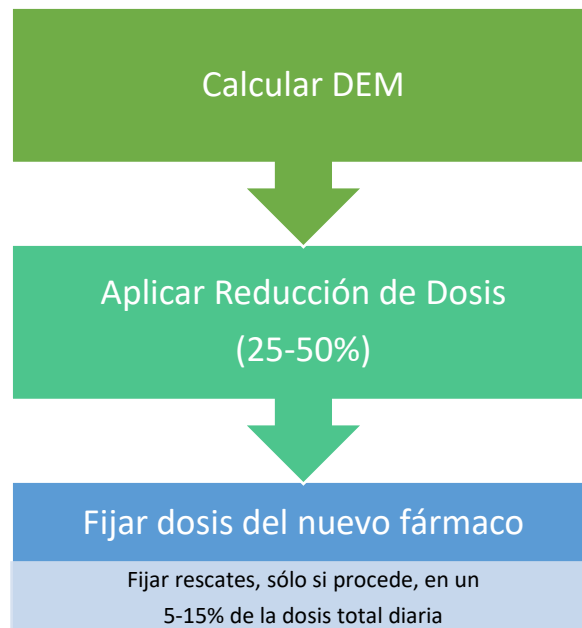
Tabla 1 (arriba). Tabla de conversión de las dosis más comunes de los diferentes opioides (obsérvese la presencia de diferentes factores en función de la vía de administración de la morfina).

Tabla 2 (izquierda). Tabla de factores de conversión, tomando la morfina VO, a dosis de 1mg/día, como referencia (obsérvese la presencia de diferentes factores en función de la vía de administración de la morfina)

2. Sumar el consumo diario de opioides, incluyendo tanto dosis crónica como rescates (especialmente, si la suma de los rescates supera el 33% de la dosis

total diaria)

3. Buscar Dosis Equivalente de Morfina diaria (DEM) y calcular la dosis equivalente del fármaco al que vamos a rotar
4. Aplicar una disminución de dosis, si procede:
 - a. Si cambiamos a un opioide que no sea fentanilo, reducir la dosis en un 25-50%
 - b. Si cambiamos a fentanilo, no reducir dosis
 - c. En general, en pacientes frágiles, podemos valorar reducir enérgicamente (al menos un 50%)
 - d. Si el paciente tiene dolor intenso, reducir en torno al 25%
 - e. Ajustar reducción en función de las características del paciente
5. Iniciar nueva dosis de nuevo fármaco, titulando en función de la respuesta clínica y efectos secundarios.
6. Valorar si precisa rescates, y fijarlos en un 5-15% de la dosis total diaria del nuevo fármaco.



Desescalado de Dosis

Por todo lo que ya hemos explicado sobre tolerancia e hiperalgesia es importante tener presente que un desescalado de dosis:

1. No tiene porque disminuir la “potencia analgésica”
2. De hecho, muchas veces, sobre todo si se asocia a una rotación, puede potencialmente aumentarla
3. Por sus efectos proalgésicos, un paciente podría incluso disminuir sus puntuaciones de dolor tras una retirada total de opioides

Ya hemos enfatizado suficientemente la importancia de llegar a una dosis mínima eficaz. De una forma práctica, deberíamos también insistir en que lo que podríamos definir como “exceso de dosis” en un esquema donde no hayamos llegado a la dosis mínima eficaz, únicamente tiene dos efectos clínicos netos: 1) Aumento de tolerancia y la hiperalgesia mediada por opioides; 2) Aumento de efectos secundarios.

Si bien no hay unas pautas estándar reconocidas, podemos establecer unas pautas a seguir para el desescalado de dosis:

- Aún en pacientes con dolor crónico, citar periódicamente a los pacientes para intentar, si la sintomatología lo permite, desescalar dosis (p ej: cada 3 meses)
- Valorar con mucho cuidado el aumento de dosis en pacientes con una tolerancia a opioides creciente. Valorar la posibilidad de rotación a otro opioide, asociar otros fármacos y potenciar las medidas no farmacológicas
- Desescalar lentamente, en especial en pacientes con tratamientos de larga evolución
 1. Plantear disminuciones progresivas (en torno a un 25-50% de cada una de las dosis) separadas por al menos 3-4 días.
 2. Explicar a el/la paciente que planteamos una pauta de desescalada donde vamos a buscar una dosis mínima eficaz y, por lo tanto,

la dosis final que pautemos puede ser la mínima que habíamos incluido en la pauta, una intermedia, o incluso terminar siendo la misma que el paciente tenía previamente.

- Es especialmente importante tener presente qué dosis emplea el paciente con los rescates diarios, porque es muy común que esa dosis suponga una cantidad mayor a la dosis diaria pautada