

# Prácticas seguras en el manejo de analgésicos opioides

## Módulo IV.- Evaluación del riesgo y tratamiento de los daños causados por el uso de opioides

### Capítulo IV.2 Valoración de la eficacia o necesidad de continuar el tratamiento

José Manuel Fernández Fernández  
Médico Psiquiatra  
UAD Ribeira

## IV.2.- VALORACIÓN DE LA EFICACIA O NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO



José Manuel Fernández Fernández  
Médico psiquiatra  
UAD Ribeira

# VALORACION EFICACIA O NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO



Consultas  
de  
seguimiento

TWO WORTHY GOALS



## Plan Individualizado de Tratamiento Integral

- La utilización de opioides en el tratamiento del DCNO está sujeto a la valoración del RIESGO/BENEFICIO

### CUADRO C. Consultas de Seguimiento

Realice consultas de seguimiento periódicas para valorar y monitorizar la efectividad del tratamiento pautado. Incluye valoración de:

- Reducción del dolor
- Eventos adversos
- Actividades diarias y participación (capacidad para trabajar y conducir)
- Estado de ánimo, en particular valorar depresión y/o ansiedad
- Calidad del sueño/descanso
- Mejoría/empeoramiento del estado general referida por el paciente.

Ref:

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings*. 2010 (Clinical guideline 96.) <http://publications.nice.org.uk/neuropathic-pain-cg96>. Modificado con la información de las fichas técnicas de los fármacos.



## VALORACION EFICACIA O NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO

# Seguimiento clínico periódico

- ✓ La **prescripción crónica de analgésicos opioides** conlleva **riesgos** considerables, por lo que requiere un **seguimiento estrecho** del paciente y **reevaluaciones periódicas**.
  
- ✓ Se recomienda **evaluar nuevamente el balance entre los riesgos y los beneficios**
  - de **una a cuatro semanas después** de haber iniciado el tratamiento
  - y **siempre que se realice un aumento de la dosis**.





## VALORACION EFICACIA O NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO

# Seguimiento clínico periódico

- ☑ Si los **beneficios no superan a los riesgos**, lo más indicado es plantear al paciente una **disminución progresiva de la dosis del opioide hasta suspenderlo**, si es posible, y **cambiar el enfoque terapéutico hacia otras opciones sin opioides**.
- ☑ Si se plantea un **tratamiento a largo plazo**, se debe realizar una **reevaluación del paciente a intervalos inferiores a tres meses**





## VALORACION EFICACIA O NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO

# Seguimiento clínico periódico

- En estas visitas se evaluará nuevamente
  - la **intensidad del dolor**,
  - el **grado de analgesia**,
  - el **estado funcional**, la **calidad de vida**
  - y el balance entre **riesgos y beneficios**.
  
- En cada revisión o cada vez que se haga una receta, se debe **supervisar la medicación** que tiene **pautada** el paciente para valorar la posible **sobrescripción de opioides** o las **combinaciones con otros fármacos** que aumenten el riesgo de **sobredosis**.



## SEGUIMIENTO CLÍNICO PERIÓDICO

### Evaluación Riesgo-Beneficio

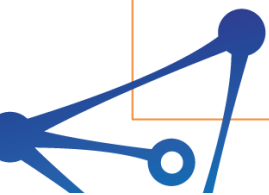
- COMM:** Medida Uso Indebido Actual de Opioides
- PADT ( 4 A ´ s):** Escala Evaluación y Documentación Dolor
- ABC: Addiction Behaviors Checklist-** Lista de verificación de conductas adictivas.

### Control e-recetas

- Sobreprescripción *“Doctor shopping”*
- Interacciones farmacológicas
- Intoxicación-sobredosis

### “El manager opioide”

- A.- Previo a primera prescripción
- B.- Inicio terapia prueba
- C.- Mantenimiento y monitoreo
- D.- Cuándo es tiempo de disminuir la dosis o suspender el tratamiento con opioides?



# VALORACIÓN EFICACIA O NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO

## A TENER EN CUENTA:

- **Contraindicaciones uso opioides**
- **Efectos secundarios opioides**
- **Eventos adversos de prescripción**
- **Dosis terapéutica/ Rango de DEM**
- **Objetivos del tratamiento en DCNO**
- **Factores de riesgo implicados en el desarrollo de adicción**





# CONTRAINDICACION ANALGESICOS OPIOIDES

## ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

**TABLA: CONTRAINDICACIONES DE LOS ANALGÉSICO OPIOIDES**

- Cefaleas primarias o migrañas
- Dolor funcional visceral
- Fibromialgia
- Dolor crónico debido a trastorno mental ( TEPT, TAG, Depresión)
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal o Pancreatitis
- Comorbilidad con trastornos del estado de ánimo graves y/o conducta suicida
- Uso inadecuado de otros fármacos
- Mujeres embarazadas o que planeen estarlo.

\* Just J, Mücke M y Bleckwenn M. Dependence on Prescription Opioids-Prevention. Diagnosis and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113:213-20.



# Efectos adversos de los analgésicos opioides

## MORFINA

**Reacciones Adversas**

**Inicialmente:**

-  Nauseas y vómito
-  Somnolencia e inestabilidad
-  Estado de confusión

**Con el uso continuo:**

-  Estreñimiento
-  Xerostomía
-  Alucinaciones
-  Mioclonías
-  Diaforesis
-  Prurito

## Efectos adversos de los analgésicos opioides

- Estreñimiento inducido por opioides (EIO)
- Problemas gastrointestinales ( náuseas y vómitos) y hepáticos.
- Efectos cardiovasculares ( bradicardia e hipotensión)
- Somnolencia
- Sequedad de boca (xerostomía), prurito
- Depresión respiratoria ( a dosis altas)
- Deterioro de las funciones cognitivas ( confusión)
- Deterioro del sistema inmune
- Tolerancia y dependencia física
- Hiperalgnesia Inducida por Opioides ( HIO)
- Síndrome de Neurotoxicidad Inducida por opioides (NIO)
- Adicción



# Eventos adversos relacionados con la prescripción de opioides

- ✓ Administración inadecuada de los fármacos.
- ✓ Errores en la dosificación.
- ✓ Prescripción de distintas formulaciones de opioides por distintas vías al mismo tiempo.
- ✓ Interacciones con otros fármacos.
- ✓ Seguimiento inadecuado de los pacientes.
- ✓ Uso inapropiado en pacientes de riesgo o a largo plazo

# ADICCIÓN A ANALGÉSICOS OPIOIDES

## Factores de riesgo implicados en el desarrollo de adicción



Dosis diarias > 100 mg DEM

Uso opioides a largo plazo

- > 3 meses

Comorbilidad psiquiátrica

- Depresión, Ansiedad, TEPT, T Personalidad, TUS

Formulaciones de acción potente y liberación UR

Edad joven

- 16 - 45 años

# ANALGÉSICOS OPIOIDES en DCNO

## Dosis terapéutica

## Consideraciones DEM

La mayoría de los pacientes se estabilizan con dosis equivalentes de morfina (DEM) muy por debajo de 200mg.

En ensayos clínicos controlados se han establecido unas dosis eficaces medias de 57 mg DEM al día en el dolor nociceptivo y 92 mg DEM al día en el dolor neuropático.

Por encima de los 50 mg DEM hay que realizar un seguimiento más estrecho de los pacientes.

Las dosis por encima de 90 mg DEM deben estar claramente justificadas en la historia clínica y se deben plantear otros enfoques terapéuticos.

Los pacientes con dolor inaceptable a pesar de una escalada rápida de dosis o que precisen dosis por encima de los 120 mg DEM deben ser controlados en Unidades del Dolor.

En el dolor crónico nunca se deben prescribir los opioides a demanda, sino siempre de forma pautada.

# DCNO

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO



### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO



#### Eficacia analgésica

Disminución del dolor > 30%



#### Aumentar la funcionalidad

un 30%



#### Minimizar Efectos **A**dversos



#### Ausencia conductas **A**berrantes

VALORACIÓN EFICACIA O  
NECESIDAD DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO

# EVALUACIÓN PERIÓDICA



EVALUACIÓN  
USO OPIOIDES  
PARA  
EL DOLOR  
CRÓNICO NO  
ONCOLÓGICO

## 4 A's

Evaluación periódica

- ✓ 1-4 semanas después del inicio tto
- ✓ Incrementos de dosis



**A**nalgesia eficaz (>30%)



**A**ctividades vida cotidiana

Funcionalidad >30%



Efectos **A**dversos



Aparición conductas **A**berrantes



# 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



# VALORACION NECESIDAD DE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO


☑ El **médico de familia** es el responsable de la continuidad de las **prescripciones** a los pacientes incluidos en su cupo, tanto las que pauta él mismo como las que realizan los diferentes especialistas.

❖ Cuando se prescriben fármacos opioides para el tratamiento del dolor crónico no oncológico, **pueden surgir distintas cuestiones** que convendría aclarar.

❖ Conveniencia de emplear un **formulario de consentimiento informado**.

*Información al paciente y familiares, objetivos realistas del tratamiento, plan individualizado de tratamiento y cuándo suspender el tratamiento.*

❖ La **firma de este CI es IMPRESCINDIBLE** cuando se van a **prescribir OPIOIDES POTENTES de ACCIÓN ULTRARRAPIDA** en pacientes con DCNO, ya que **su uso en este tipo de dolor NO ESTA INDICADO en la Ficha técnica**.





# VALORACION NECESIDAD DE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO OPIOIDE

- ☑ La naturaleza y frecuencia de los problemas potenciales de la **prescripción de opioides** hace que, a diferencia de otros tratamientos farmacológicos, sea necesaria una **información clara** y **veraz** y **una aprobación formal por parte del paciente**.
  
- ☑ **Responsabilidad del prescriptor** sobre:
  - ❖ el **seguimiento del paciente**
  - ❖ el control de los **efectos secundarios**
  - ❖ el **mantenimiento en el tiempo**, la **discontinuación / derivación**.





## IV.2.3. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

☑ Tener presente que los **OBJETIVOS del tratamiento** del DCNO son

4  
A's

- **Eficacia Analgésica** ( Reducción del dolor > 30%)
- **Aumentar la funcionalidad** > 30 % (monitorizar **A**ctividades vida cotidiana)
- **Minimizar efectos Adversos** (control efectos adversos)
- **Ausencia de conductas Aberrantes**

☑ La **Dosis Mínima Eficaz** (dosis óptima):

- Dolor Nociceptivo: dosis media eficaz de 57 mg/día DEM
- Dolor Neuropático: Dosis media eficaz de 92 mg/día DEM

☑ En aquellos pacientes que precisen una dosis eficaz diaria superior a 50mg DEM habrá que realizar un seguimiento y una supervisión del tratamiento más estrecha.





## IV.2.3. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

- ✓ **Se considerará INEFICAZ el tratamiento con opioides** si tras un periodo de prueba (6-8 semanas) con un seguimiento y escalado de dosis adecuado, el paciente presenta:
- ❖ **Analgésia insuficiente** (alivio dolor < 30%) y/o escasa mejoría de su **funcionalidad** (recuperación funcional < 30%)
  - ❖ **Efectos adversos inaceptables.**
  - ❖ **Complicaciones médicas asociadas**
  - ❖ Indicios de **mal uso, abuso o adicción a opioides.**

**Retirar  
con  
desescalado  
analgésico**





## IV.2.3. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

- ☑ Otros riesgos potenciales de los opioides, de los que rara vez se informa a los pacientes.

Son quizás menos conocidos y en ocasiones se diagnostican de forma inadecuada, pero que es fundamental tenerlos en cuenta porque, sobre todo a la elevada prescripción de estos fármacos, los tratamientos a largo plazo y la utilización de dosis elevadas cada vez son más frecuentes:

NEUROTOXICIDAD

TOLERANCIA, DEPENDENCIA FISICA Y SME ABSTINENCIA

ABUSO o ADICCIÓN

SOBREDOSIS/INTOXICACIÓN





## IV.2.3. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

✓ Las **dosis diarias > 90 mg DEM** (evidencia de un mayor riesgo de sobredosis y adicción) deben estar **claramente justificadas en la historia clínica** y se deben considerar otros enfoques terapéuticos.

✓ En todos los **pacientes con DCNO que estén tomando dosis diarias > 90 mg DEM durante un período mayor de 6-12 meses**, se recomienda probar a **reducir la dosis**, llegando incluso a retirarlo, para comprobar si mantiene su eficacia.

Es importante informar al paciente sobre los motivos que nos han llevado a tomar la decisión de reducir la dosis de los opioides.

✓ **En ningún caso está justificado el uso de dosis superiores a 120 mg DEM día.**

Si se precisan estas dosis para el control del DCNO, lo indicado es una **derivación a la Unidad del Dolor de referencia.**



✓ No se recomienda la utilización de **dos o más opioides mayores** conjuntamente, ni el uso de un **opioide mayor y otro menor.**

Si un opioide a dosis plena no funciona, nos plantearemos una **rotación de opioides.**




## IV.2.3. SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON OPIOIDES

☑ Además de la **falta de respuesta** (en términos de analgesia y/o funcionalidad), la **rotación a otro opioide** también estará indicada en los **siguientes casos**:

- **Dolor refractario**
- **Tolerancia.**
- **Neurotoxicidad** u otros **efectos secundarios** importantes

☑ Si a pesar de todo esto, el paciente refiere **dolor intenso y persistente que no responde a la escalada de dosis del opioide**, además de una posible progresión de la enfermedad, del desarrollo de tolerancia y de una posible abstinencia por infradosificación, deberemos considerar otras opciones:

- **Fracaso del tratamiento con opioides**
  - Desarrollo de **hiperalgesia inducida por opioides** (HIO).
  - **Abuso** o **adicción** al opioide prescrito.
- 

**TABLA 3. Diagnóstico diferencial entre tolerancia, síndrome de abstinencia, adicción e hiperalgesia inducida por opioides\***

<b>Fenómeno</b>	<b>Definición</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Solución</b>
<b>TOLERANCIA</b>	Disminución de la respuesta analgésica a una dosis estable de opioide.	Reaparición del dolor con la misma intensidad que antes de iniciar el tratamiento.	Aumentar la dosis del opioide y valorar
<b>SÍNDROME DE ABSTINENCIA</b>	Reacción fisiológica a la interrupción brusca de la administración del opioide o a la administración de un antagonista después de un uso reciente de opioides.	Disforia, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, lagrimeo, rinorrea, midriasis, sudoración, piloerección, bostezos, fiebre, insomnio.	Desintoxicación o aumento de dosis del opioide.
<b>ADICCIÓN</b>	Patrón dominante y problemático con el uso de opioides, a pesar de las consecuencias negativas.	El uso recurrente provoca déficits físicos e interpersonales, tolerancia, abstinencia, deseo y búsqueda del opioide, cambios del humor y alteraciones de la personalidad.	Valorar reducir la dosis. Desintoxicación o tratamiento de mantenimiento con sustitutivos (metadona o buprenorfina/naloxona) Programas de rehabilitación.
<b>HIPERALGESIA</b>	Estado de aumento de la sensibilidad al dolor difuso ante un estímulo de intensidad estable, independiente de la progresión de la enfermedad.	Empeoramiento significativo del dolor original o dolor difuso que es independiente del dolor original y que empeora al aumentar la dosis de opioide.	Rotación de opioides. Retirada del opioide y valorar tratamiento con sustitutivos. Fármacos coadyuvantes (ketamina, destrometorfano, pregabalina, gabapentina, inhibidores de la Cox-2)

\* Adaptada de Arout y col.<sup>10</sup>

\* Henche Ruiz, AI: "El auge de la analgesia opioide. Problemas relacionados con el uso a largo plazo". Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha (SESCAM ). Vol XVII nº3 2016

# Neurotoxicidad Inducida por Opioides (NIO)

## NIO: Manifestaciones clínicas

### Alts Cognitivas:

- Confusión
- Sedación
- Def atención.

### Delirium

### Alucinaciones:

- Visuales
- Auditivas
- Tactiles

### Mioclonias, rigidez, hiperreflexia, convulsiones

### Hiperalgesia y alodinia

### Hiperactividad autonómica:

Diaforésis, Taquicardia, HTA, fiebre,....

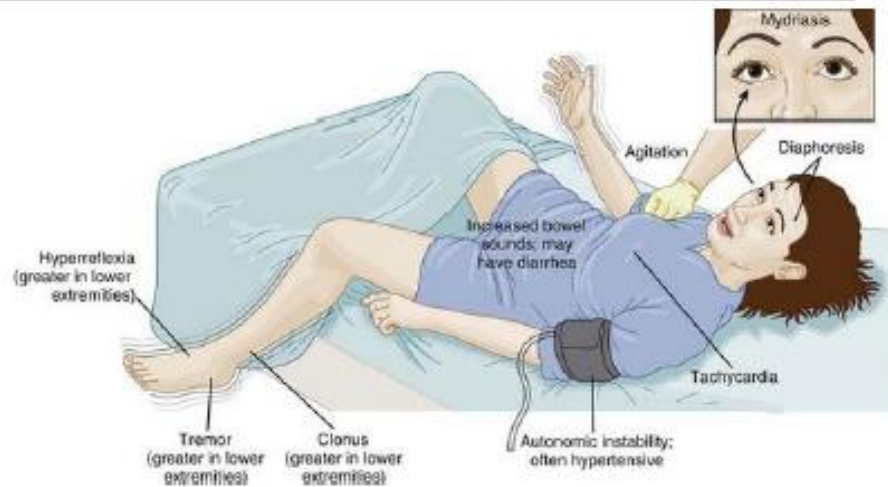
## FACTORES DE RIESGO

- ✓ Dosis altas de opioides
- ✓ Rápida escalada de dosis
- ✓ Terapia prolongada con opioides
- ✓ Edad avanzada
- ✓ Deterioro orgánico cerebral
- ✓ Deshidratación
- ✓ Insuf. renal
- ✓ Uso concomitante otros fármacos de acción central:
  - Antidepresivos
  - Benzodiazepinas
  - Anticolinérgicos

**TRATAMIENTO inmediato ante la sospecha de NIO:  
RETIRADA de los opioides**

# Síndrome Serotoninérgico

Toxicidad por serotonina	Excitación SNC	Estado Mental	Excitación autonómica	Causa más frecuente
<b>Severa</b>	Rigidez, falla respiratoria	Coma, confusión	Hipertermia severa	Combinación de IMAO + ISRS
<b>Moderada</b>	Opsiclonus, clonus sostenido, mioclonias, temblor	Agitación	Midriasis, diaforesis, fiebre (<38.5C°)	Sobredosis de ISRS
<b>Leve</b>	Clonus inducido, hiperreflexia	ansiedad	Hipertensión taquicardia	Uso de éxtasis
<b>Muy leve</b>	Reflejos rápidos	insomnio	Nauseas diarrea	Uso terapéutico de ISRS



## Criterios de Hunter Sme Serotoninérgico

Uso de un fármaco serotoninérgico y al menos 1 de los 5 criterios siguientes:

- Clonus espontáneo
- Clonus inducible + agitación ó diaforésis
- Clonus ocular + agitación ó diaforésis
- Temblor e hiperreflexia
- Hipertonía + Tª > 38°C + Clonus ocular o inducible

## Tratamiento

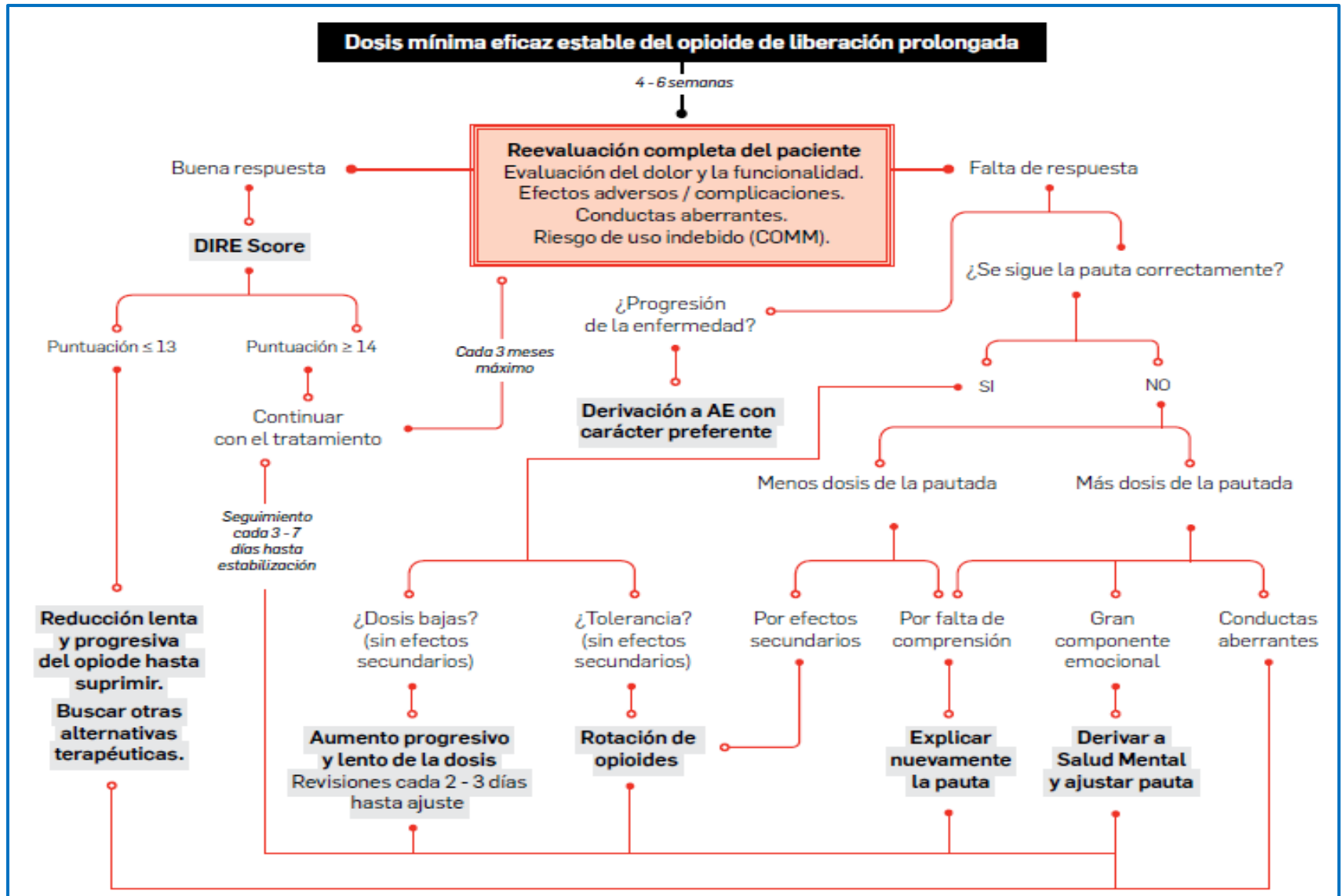
Fases iniciales

- Retirada fármaco/s implicado/s
- Rehidratación
- Rotación opioide
- Vigilancia CV medidas sintomáticas

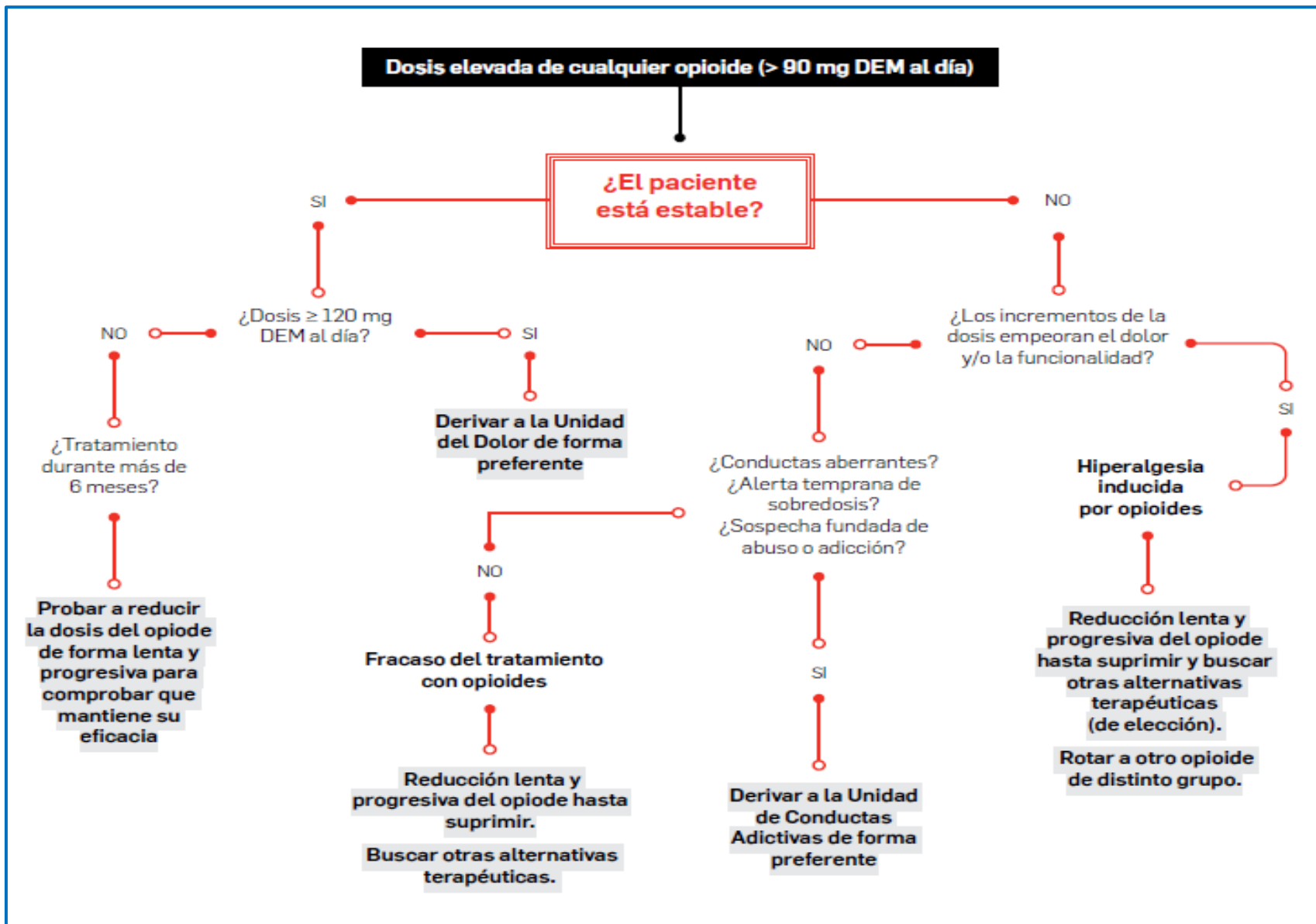
Si ansiedad y/o agitación grave: benzodiazepinas

Valoración derivación hospital.

# SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO A LARGO PLAZO (> 6 m) CON ANALGESICOS OPIOIDES



# ALGORITMO DE MANEJO DE PACIENTES CON DOSIS ELEVADAS Y TRATAMIENTO A LARGO PLAZO



CAUSAS DE MODIFICACION/RETIRADA DEL TRATAMIENTO OPIOIDE (SEMFYC)	DECISIÓN
<p><b>Falta de eficacia analgésica tras 3 meses</b>  <b>Tolerancia:</b> al aumentar la dosis no se asocia a reducción del dolor  Dolor que no responde a opioides</p>	<p><b>REEVALUAR</b>  <b>RETIRAR</b></p>
<p>Presencia de dolor paradójico, como <b>alodinia</b> o <b>hiperalgesia</b>  (sensibilidad especial al dolor mediada por receptores opioides)</p>	<p><b>(reducción dosis 25%)</b>  <b>ROTAR OPIOIDE</b></p>
<p>Resolución del problema/causa del dolor</p>	<p><b>RETIRAR</b></p>
<p>Deseo del paciente</p>	<p><b>RETIRAR</b></p>
<p><b>Efectos adversos</b></p>	<p>Terapia adyuvante  <b>ROTACIÓN OPIOIDES</b></p>
<p><b>Conductas aberrantes</b></p>	<p><b>RETIRADA</b></p>

## CRITERIO GENERAL DE DERIVACION DE ATENCION PRIMARIA

1. Necesidad de un abordaje integral del paciente en la valoración o tratamiento multidisciplinar, especialmente en aquel paciente que no mejore con el tratamiento según lo esperado
2. Ausencia de diagnóstico satisfactorio
3. Falta de mejora funcional
4. Dolor neuropático de difícil control
5. Antecedentes de mal uso de la medicación
6. Falta de mejoría con el tratamiento con analgésicos opioides y el DCNO con un componente psicosocial importante

# CRITERIOS DE DERIVACIÓN (semFYC)

1.- Paciente donde no está aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo, con el objetivo de valorar otras alternativas (**aplicación técnicas invasivas**)

2.- Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos.

3.- Antecedentes de toxicomanía con dolor intenso.

4.- Uso de dosis > 90 mg DEM con **dolor de difícil control**

5.- En **dolor neuropático**, si el dolor no se controla con fármacos de primera y segunda línea.

6.- Si al cabo de 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuado con un plan integral de tratamiento (PTI) la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos (debe considerarse como un cuadro de **dolor crónico de difícil control**)

7.- *\*Detección del uso de fentanilo de acción rápida en DCNO (fuera de ficha técnica):*

*Sin opioide de base*

*En dosis superiores a las aconsejadas*

*> 3 meses ( > 1 mes sin aumento de opioide de fondo ó sin opioide de fondo)*

*Conductas aberrantes, sobre todo rechazo a reducir dosis.*

**(\* Opinión del ponente)**



**CONCLUSIONES**

# CONCLUSIONES (1)



1

El dolor crónico es un problema de primera magnitud sanitaria

Alta prevalencia e intenso impacto físico, emocional y social

2

El tratamiento analgésico adecuado es un **imperativo clínico y ético**

3

En el tratamiento del DCNO los **objetivos** deben ser **maximizar la eficacia** y **minimizar el riesgo**

4

La indicación de opioides potentes debe sustentarse en una **evaluación exhaustiva** del paciente, valorando siempre el **balance riesgos/beneficios**.

5

La utilización de **opioides potentes** requiere de un seguimiento estrecho e individualizado, estableciendo un **Plan Individualizado de Tratamiento Integral**

## CONCLUSIONES (2)

6

La **responsabilidad** del **médico prescriptor** sobre **indicación, seguimiento clínico y cuándo suspender** dicha medicación y considerar **derivación a U Dolor, SM o UCA** ´s

7

Si los **beneficios no superan a los riesgos**, lo más **indicado** es **plantear** al paciente una **disminución progresiva de la dosis del opioide hasta suspenderlo**, si es posible, y **cambiar el enfoque terapéutico** hacia **otras opciones sin opioides**.

8

Si se plantea un **tratamiento a largo plazo**, se debe realizar una **reevaluación del paciente a intervalos inferiores a 3 meses**. El **beneficio a largo plazo es controvertido**

9

Aceptar una **elevada tasa de fracaso** en el **tratamiento con opioides** en el **DCNO** es el **primer paso para mejorar su uso**

10

Su **prescripción** ha de ser **adecuada, prudente, segura y controlada**.  
No debe ser un **tratamiento “de por vida”**. **Pactar plazos**

# **CONCLUSIONES (3)**



**11**

**Cuanto más crónico y complejo es el DCNO y más joven el paciente, menos adecuado es el uso de opioides. Los riesgos son mayores y los beneficios escasos.**

**12**

**El seguimiento de las recomendaciones es importante, tanto para el buen control del dolor como de los síntomas que lo acompañan**

**13**

**Aquellos pacientes que presenten criterios de uso indebido, abuso, conductas aberrantes o adicción a opioides de prescripción precisan de un tratamiento integral y multidisciplinar que incluya un manejo adecuado tanto del dolor como del trastorno por uso de opioides.**

**14**

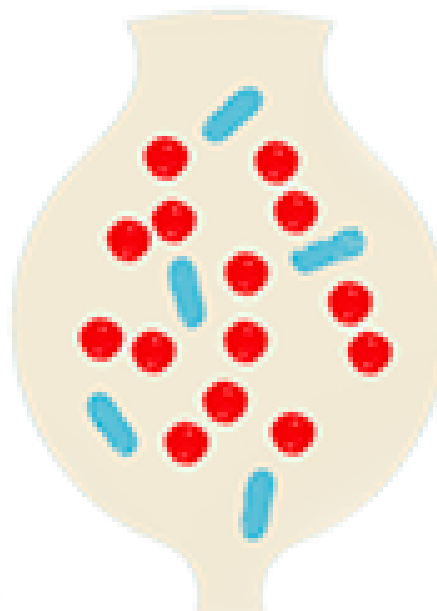
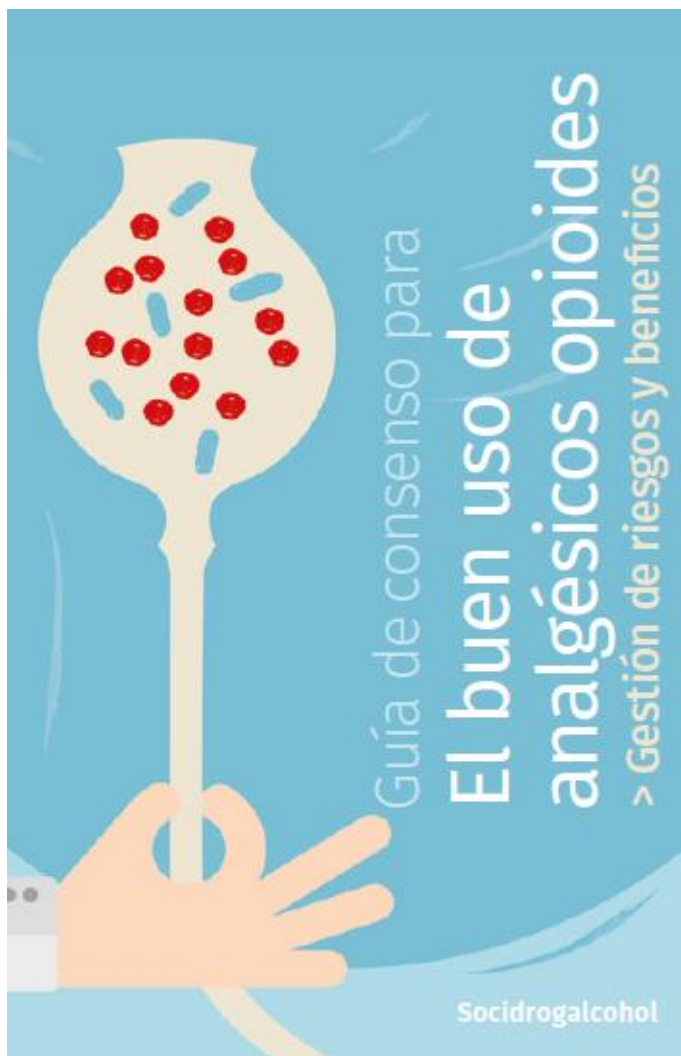
**Recordar que los opioides se prescriben fácilmente, pero su retirada es muy difícil**

# BIBLIOGRAFÍA





# BIBLIOGRAFÍA



[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrogalcohol.pdf](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](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](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](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f18ff244-a298-11e6-acfb-b7af34d5e321/BOLCAN_Vol8_N2_OpioidesMayores_DCNO_SEPT2016.pdf)

## **El auge de la analgesia opiode. 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](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](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](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/56A8FB8B-FEDF-4C55-B004-C4EE91169C0C/327202/Bit_v22n6.pdf)
- 



# BIBLIOGRAFÍA

- La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Documento de consenso. Pub 2015. SEMG, semFYC, SEMERGEN AP.  
[www.semg.es/images/stories/recursos/2015/documentos/atencion\\_paciente\\_DCNO.pdf](http://www.semg.es/images/stories/recursos/2015/documentos/atencion_paciente_DCNO.pdf)
- Calvo Falcon, Rafael & Torres, Luis M. (2017). Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: **Recomendaciones para una prescripción segura**. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 24. 10.20986/resed.2017.3550/2016.
- Arbonés,E; Montes,A.: **Riesgos asociados al abuso de opioides**. Serv Anest. H del Mar. Barcelona. Butlletí de Prevenció d' Errors de Medicació de Catalunya. Vol 14 nº 4 oct-dic.2016. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.



MUCHAS  
GRACIAS



[josemanuel.fernandez.fernandez@sergas.es](mailto:josemanuel.fernandez.fernandez@sergas.es)



