

MANEJO DE OPIOIDES

INDICE

A. INDICE	1
B. INTRODUCCION	2
OBJETIVO DEL TTO DEL DOLOR.....	2
MÁS EMPLEO MÁS TOXICIDAD.....	2
C. POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LOS OPIOIDES	2
1. NEUROTOXICIDAD INDUCIDA POR OPIOIDES (NIO)	3
- Factores de riesgo de la nio	3
- Tto de la neurotoxicidad.....	3
2. TOXICIDAD	4
- Fenómeno de tolerancia.	4
- Toxicidad de los metabolitos:.....	4
D. ROTACIÓN DE OPIOIDES.....	5
INDICACIONES DE LA ROTACIÓN DE OPIOIDES	5
COMO REALIZAR LA ROTACIÓN DE OPIOIDES	5
- Cambios en la vía de administración:	5
- Cambio del fármaco opioide.....	5



INTRODUCCION

OBJETIVO DEL TTO. DEL DOLOR

- Conseguir un máximo control del dolor con la mínima aparición de efectos secundarios.
- Llegar a un perfecto equilibrio entre analgesia y toxicidad.

MÁS EMPLEO MÁS TOXICIDAD

- En los últimos años hay un aumento significativo en el uso de opioides
 - Dosis
 - Duración del tratamiento.
- Condiciona nuevos efectos adversos
 - Delirium
 - Hiperalgnesia
 - Mioclonías
 - Convulsiones tónico-clónicas

SOLUCIÓN: La rotación de opioides ha demostrado ser una estrategia válida para conseguir un equilibrio adecuado entre la analgesia y la toxicidad.

POSIBLES EFECTOS ADVERSOS DE LOS OPIOIDES

- **30 %** de los pacientes tratados con opioides **no** tienen un **buen control** del dolor:
 - Neurotoxicidad inducida por opioides
 - Analgesia inadecuada
- **Agonistas puros**: (morfina, fentanilo, metadona y oxicodona) no tienen techo, la **dosis máxima** vendrá definida por la aparición de **efectos secundarios o neurotoxicidad**

1. NEUROTOXICIDAD INDUCIDA POR OPIOIDES (NIO)

- Sedación.
- Alteraciones cognitivas.
 - Delirium o síndrome confusional agudo.
 - Hipoactivo (somnolencia, introversión e hipoactividad).
 - Hiperactivo (agitación y alteraciones en la conducta).
 - Es importante la valoración rutinaria de la función cognitiva en los pacientes tratados con opioides de forma prolongada (mini-mental).
- Alucinaciones.
- Hiperalgesia y alodinia.
- Mioclonías.

Factores de riesgo de la nio

TABLA II FACTORES DE RIESGO DE LA NIO	
Dosis elevadas de opioide Tratamiento opioide prolongado Rápida escalada de dosis Dolor con pobre respuesta a opioides Dolor neuropático Dolor incidental Estrés psicológico Deshidratación Insuficiencia renal	Comorbilidad (deterioro cognitivo previo, etc.) Edad avanzada Interacciones de medicamentos Medicación psicoactiva (benzodiazepinas, etc.) Historia de abuso de sustancias Opioides con acción agonista/antagonista (pentazocina, butorfanol)

Tto de la neurotoxicidad

TRATAMIENTO DE LA NEUROTOXICIDAD
Hidratación Rotación de opioides Disminución de dosis o suspensión Modulación circadiana Suspensión de medicación que pueda contribuir (benzodiazepinas, hipnóticos, AINE, etc.) Tratamiento sintomático

2. TOXICIDAD

Toxicidad por:

2.a. Fenómeno de tolerancia.

Tolerancia analgésica es "la disminución de respuesta a la dosis debido a su uso continuado" (OMS):

- *Mecanismos empleados en la producción de **tolerancia farmacodinámica** (Herrera E, Bruera E):*
 - *Disminución del número de receptores con la administración continua de opioides.*
 - *Desacoplamiento del receptor con un segundo mensajero (proteína C).*
 - *Aumento de sistemas paralelos).*

Tratamiento de la tolerancia

- **Fármacos antagonistas de los receptores NMDA:**
 - **Ketamina:**
 - *Parenteral: 15 mg en 50 ml de SF y posteriormente pasar a infusión continua SC, diluyéndola en SF 150-200 mg/24h.*
 - *Oral: 25 mg/6h hasta 200 mg/6h.*
 - **Dextrometorfano:**
 - *Oral: 120-300 mg/24h.*
 - Metadona.

2.b. Toxicidad de los metabolitos:

Por acumulación de los mismos

- *Morfina:*
 - *M6G*
 - *M3G*
- *Fentanilo: norfentanilo .*
- *Oxicodona):*
 - *Oximorfona*
 - *noroxicodona*
- *Metadona*
- *Meperidina*

ROTACION DE OPIOIDES

INDICACIONES DE LA ROTACIÓN DE OPIOIDES

- *Mal control del dolor y/o aparición de toxicidad.*
 - *Neurotoxicidad.*
 - *Dolor refractario o dolor difícil.*
 - *Desarrollo de tolerancia.*
 - *Insuficiencia renal.*
 - *Dosis elevadas de opioide que hacen difícil o impracticable su administración.*
 - *Medidas socioeconómicas.*
- A. de Santiago, E. Bruera.

COMO REALIZAR LA ROTACIÓN DE OPIOIDES

Cambios en la vía de administración:

- *[M3G y M6G] son más altas por vía oral que IV.*
- *Cambio de vía puede disminuir la toxicidad.*

Cambio del fármaco opioide

Premisas (excepto metadona):

1. *Calcular la dosis diaria del opioide que está tomando el paciente.*
2. *Calcular la dosis total diaria del nuevo opioide según dosis equianalgésicas.*
3. *Reducir del 30-50% de la dosis equianalgésica resultante para evitar la tolerancia cruzada:*
 - *Ancianos, enfermedad hepática o renal reducir más la dosis.*
 - *En dolor intenso considerar menor reducción de la dosis)*
4. *Dosis de rescate del nuevo opioide 1/6 de la dosis total.*
5. *Reevaluar al paciente con frecuencia.*

"Debe evitarse la rotación de opioide cuando no se dispone de experiencia o no se puede garantizar adecuadamente el seguimiento del paciente."

Rotación de ftd a morfina

- **FTD a morfina oral** (tablas).
- **FTD a morfina SC**
 - Pasar 1º a morfina oral.
 - Reducir la dosis total morfina/día a 1/3
- **FTD a morfina IV**
 - Pasar 1º a morfina oral.
 - Reducir la dosis total morfina/día a ¼.

TABLAS DE FTD – MORFINA ORAL

Tabla II. Dosis de FTD recomendada según la dosis diaria de morfina (basada en nuestra experiencia clínica)

Morfina oral (24 horas)	Dosis de FTD
Hasta 50 mg	25
50-100 mg	50
101-150 mg	75
151-200 mg	100
201-250 mg	125
251-300 mg	150
301-350 mg	175
351-400 mg	200
401-450 mg	225
451-500 mg	250
501-550 mg	275

NOTA: Cuando tengamos que pasar a un paciente que esta tomando morfina por vía oral a fentanilo transdérmico, recomendamos reducir la dosis de morfina a la mitad y buscar la dosis de parche aproximándose a la dosis equivalente más cercana a la tabla. Si se trata de pasar de fentanilo transdérmico a morfina por vía oral, utilizaremos la misma conversión pero al contrario.

TABLAS OXICODONA

TABLA DE CONVERSIÓN de OPIOIDES. **DOSIS TOTAL / DÍA***

Morfina Oral a OxyContin 40 mg → 20 mg 80 mg → 40 mg (1)	ORAL	Tramadol a OxyContin 160 mg → 20mg (3,4)
Buprenorfina a OxyContin 35 µg/h → 20-30 mg 52,5 µg/h → 40-50 mg 70 µg/h → 60 mg 2x70 µg/h → 120 mg (5,6)	TRANSDÉRMICO	Fentanilo a OxyContin 25 µg/h → <44 mg 50 µg/h → 45-74 mg 75 µg/h → 75-104 mg 100 µg/h → 105-134 mg (5,7)
Morfina s/c a OxyContin 20 mg → 20 mg (8)	INYECTABLE	Morfina IV a OxyContin 13 mg → 20 mg (8)

* Excepto vía transdérmica

TERAPIA BASE	DOSIS OXICODONA (1)	TERAPIA RESCATE
 20-40 mg 60-80 mg 90-100 mg 110-130 mg 140-160 mg (1) Dosis total / día		 5 mg  10 mg  15 mg   20 mg  25 mg   (1) Dosis estimada por episodio de dolor irruptivo

Esto es sólo una guía orientativa para valorar la dosis. La variabilidad entre pacientes requiere que cada uno sea tratado de forma individual hasta identificar la dosis correcta.

ROTACIÓN MORFINA-METADONA ORAL

<i>Dosis de morfina/oral/día</i>	<i>Razón de equivalencia analgésica (Mfn/Mtd)</i>	<i>Dosis equivalente de metadona/día (pautar 1/3 cada 8h)</i>
<i>30-90 mg/oral/día</i>	<i>4/1</i>	<i>7,5-22 mg/día de metadona</i>
<i>90- 300 mg/oral/día</i>	<i>8/1</i>	<i>11-37 mg/día de metadona</i>
<i>> 300 mg/oral/día</i>	<i>12/1</i>	<i>25 mg/día/Mtd y aumentar</i>

AUTORES

Mario Cortés Béjar (Grupo de cuidados paliativos de la srmFYC).

Marta Palomera García.

Lourdes Ferreira Laso.

Nerea Gurucharri Zurbano.