

# Uso prolongado opiodes

## *Manejo dolor crónico no oncológico (DCNO)*



*Dr. Raúl Burgos S. Médico Fisiatra*

*Jefe Unidad de Alivio del Dolor y cuidados paliativos HRLBO*

*Contacto: raulburgoss@gmail.com*

# Opiodes: **Temario**

- 1. Conceptos dolor.**
- 2. Mecanismo acción y efectos clínicos.**
- 3. Indicaciones**
- 4. Complicaciones**
- 5. Recomendaciones guías clínicas**

# Dolor: Definición

- **Experiencia sensorial y emocional desagradable**, asociada a daño tisular real o potencial, o descrito en términos de dicho daño.

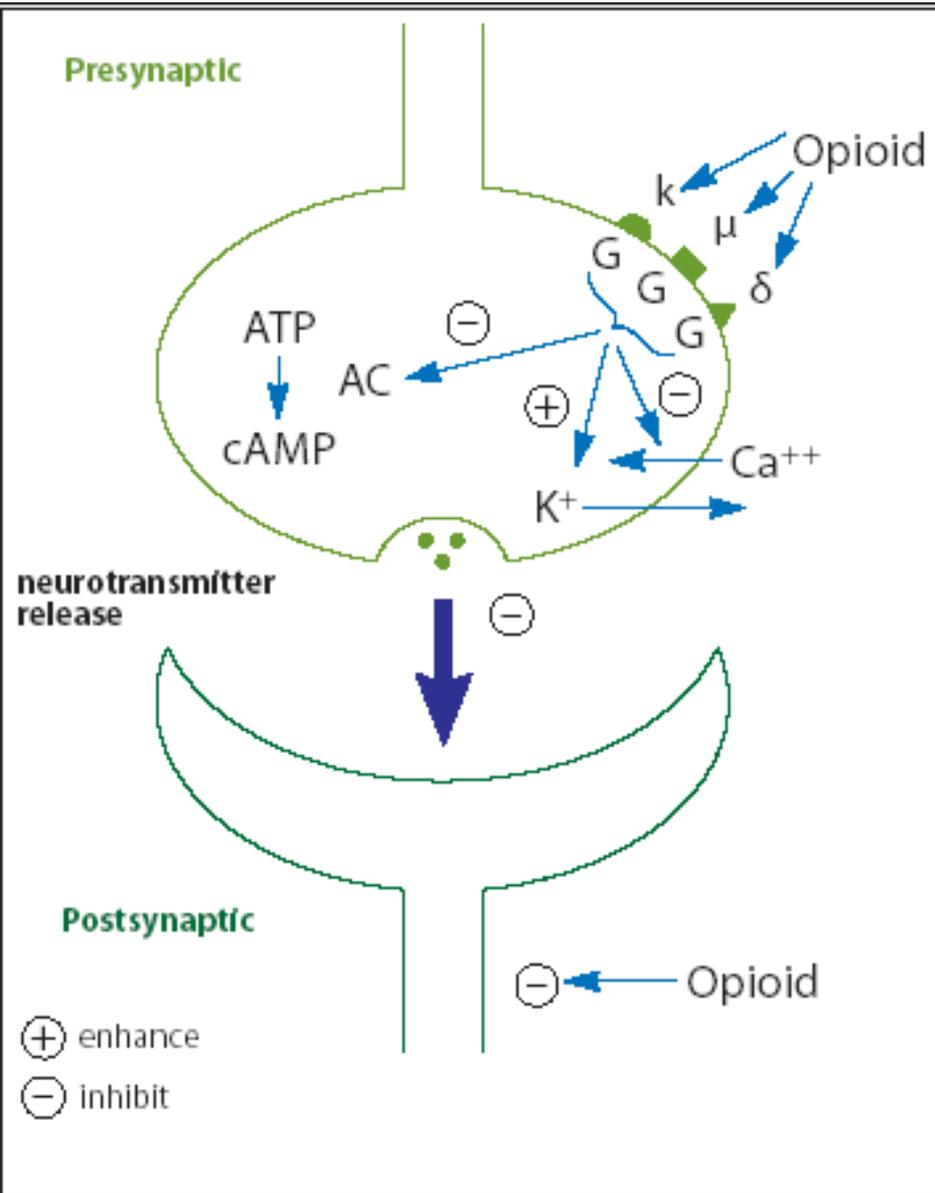


Figura 2: Modelo Biopsicosocial de dolor crónico (Wadell y Turk, 1992)

# Dolor: Agudo v/s Crónico

Agudo	Crónico
• Síntoma	• Enfermedad
• <b>Fisiopatología local:</b> aparece consecuencia de un daño tisular y desaparece con remisión del daño.	• <b>Fisiopatología en múltiples niveles:</b> destructivo física, psicológica y socialmente.
• <b>Dolor es proporcionado a etiología de lesión.</b>	• <b>Intensidad no guarda relación con etiología de lesión.</b>
• <b>Responde a tratamientos</b> dirigidos a restaurar daño tisular.	• <b>No responde a tratamientos</b> encaminados a restaurar daño tisular.
• <b>Temporal &lt; 3 meses</b>	• <b>Temporal &gt; 3-6 meses</b>

# Opiodes: Mecanismo de acción



**1) Neurona Pre sináptica:** inhiben liberación de sustancia P.

**2) Neurona Post- sináptica:** hiperpolarizan neurona .

# Opiodes: Efectos clínicos

## SNC

- 1) **Analgesia**
- 2) Náuseas / Vómitos
- 3) Sedación
- 4) Tolerancia/dependencia
- 5) Antitusígeno
- 6) Miosis

## Sistema Gastrointestinal

- 1) Estreñimiento
- 2) Disminución de vaciamiento gástrico

## Sistema Genito urinario

- 1) Retención
- 2) Disminución contracción tracto

## Sistema Respiratorio

- 1) Disminución de frecuencia resp.
- 2) Rígidez toraxica
- 3) Disminución respuesta quimiorreceptore

## Sistema Cardiovascular

- 1) Vasodilatación A-V
- 2) Hipotensión ortostatica
- 3) Prolongación intervalo QT y torsades de points

## Piel

- 1) Prurito
- 2) Rubor

# Opiodes: **Indicaciones evidencia**



## Indicados

- Artrosis
- Lumbago/Lumbociatica
- Mielopatías compresivas
- Artritis reumatoide
- Dolor crónico post-Qx
- Fibromialgia ( *Tramadol* )
- PNP ( *DM, VIH, OH, QMT* )
- Neuropatías periféricas
- Neuralgia post herpetica
- Dolor de miembro fantasma
- Lesiones cerebrales ( *ACV, EM* )
- Enfermedad arterial oclusiva
- Ulceras por presión.
- Dolor regional complejo

Kahan M, Mailis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A; National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. *Can. Fam. Physician* 57, 1257–1266 (2011).

Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpfe A, Petzke F. Clinical practice guideline: Long-term opioid use in non-cancer pain. *Dtsch Arztebl. Int.* 111, 732–740 (2014).

# Opiodes: **Indicaciones evidencia**

## No indicados

- **Cefalea primaria.** ( *Migrañas, cefaleas tensionales*)
- **Desordenes funcionales.** ( *Sd. Colon irritable, estres post-traumático, sd.fatiga crónica, sd. Piernas inquietas*)
- **Desordenes afectivos severos.**
- **Usuarios con riesgo suicida.**
- **Uso o abuso de drogas ilegales.**
- **Embarazo o posibilidad de este.**

*Kahan M, Mailis-Gagnon A, Wilson L, Srivastava A; National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. Can. Fam. Physician 57, 1257–1266 (2011).*

## Uso con precaución

- **Sd. Apnea obstructiva del sueño no tratada**
- **Enfermedades pulmonares crónicas**
- **Enfermedades cardiacas ( *Metadona en arritmias*)**
- **Íleo paralítico**
- **Desordenes psiquiátricos no controlados**

*Häuser W, Bock F, Engeser P, Tölle T, Willweber-Strumpf A, Petzke F. Clinical practice guideline: Long-term opioid use in non-cancer pain. Dtsch Arztebl. Int. 111, 7328-740 (2014).*

# Opiodes: **Analgésico**



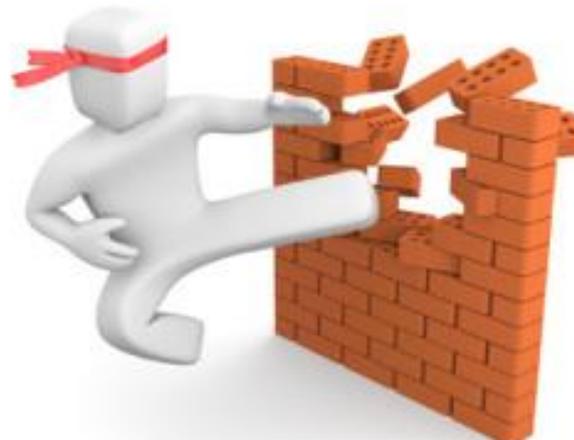
# Opiodes: **Analgésico**



# Opiodes: **Analgésico**

## Barreras para su correcto uso

- 1) **Opiofobia.** (*Personal de salud – usuarios*)
- 2) **Formación.**
- 3) **Tiempo.** (*Valoración de usuarios*)
- 4) **Acceso .**(*Económico*)
- 5) **Conocimiento en desarrollo.**



# Opiodes: **Complicaciones**

a) **Menores:** náuseas, vómitos, constipación, mareo, somnolencia y confusión.

b) **Mayores:** depresión respiratoria y Trast. Por consumo.

Efecto colateral	Frecuencia	Tolerancia	1er. paso	2o. paso
Estreñimiento	aprox. 95%	-	Laxante	Cambio de la vía de administración
Náusea/vómito	aprox. 30%	✓	Antiemético	Rotación de opioides
Sedación	aprox. 20%	✓	Rotación de opioides	Aplicación espinal
Prurito	aprox. 20%	-	Rotación de opioides	Antihistamínicos. antagonistas opioides
Alucinaciones	aprox. 1%	-	Rotación de opioides	Haloperidol

# Opiodes: **Complicaciones**

## Corto plazo

- Nauseas
- Constipación
- Prurito
- Mareos
- Sedación
- Depresión respiratoria

## Mediano plazo

- Dependencia física y psicológica (*T. Por consumo*)

## Largo plazo

- Alteración del sistema inmune
- Alteraciones endocrinas (*Función sexual y fertilidad*)
- Neurotoxicidad inducida por opiodes (NIO)

# Complicaciones : *Trast. por consumo*

**Tolerancia:** estado de adaptación en el que la exposición a un fármaco induce cambios que resultan en la disminución de uno o más de los efectos del fármaco con el tiempo.

- **Trast. por consumo** : enfermedad neurobiológica primaria, crónica que presenta al menos 2 de los siguientes dentro 12 meses:
  - *Desarrollo de tolerancia al fármaco\*\**
  - *Consumo en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de los previsto.*
  - *Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.*
  - *Inversión de mucho tiempo para conseguir, consumir o recuperarse de sus efectos.*
  - *Ansias o poderoso deseo por consumo.*
  - *Consumo recurrente que lleva al incumplimiento de deberes ( escuela, trabajo, hogar)*
  - *Consumo continuado , a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes.*
  - *Abandono o reducción de importantes actividades ( sociales, profesionales u ocio)*
  - *Consumo recurrente en situaciones en que provoca riesgo físico.*
  - *Continuo consumo , a pesar de saber que esta presentando un problema de consumo.*
  - *Abstinencia*

# Complicaciones : *Opioid Risk tool*

Variable	Mujeres Puntaje	Varones Puntaje
1) Historia familiar de abuso sustancias	Alcohol: 1 Drogas ilegales: 2 Drogas prescritas: 4	Alcohol: 3 Drogas ilegales: 3 Drogas prescritas: 4
2) Historia personal de abuso sustancias	Alcohol: 3 Drogas ilegales: 4 Drogas prescritas: 5	Alcohol: 3 Drogas ilegales: 4 Drogas prescritas: 5
3) Edad entre 16 - 45 años	1	1
4) Historia abuso sexual adolescencia	3	0
5) Trastorno salud mental	Déficit atencional, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar y esquizofrenia : 2  Depresión: 1	Deficit atencional, trastorno obsecivo compulsivo, trastorno bipolar y esquizofrenia : 2  Depresión: 1

Nivel riesgo	Puntaje
Bajo	0-3
Moderado	4-7
Alto	≥8

# Complicaciones : *Depresión respiratoria*

- **Mecanismo:**

- *Disminución de frecuencia respiratoria y volumen corriente. ( bajas dosis)*

- *Depresión de centros respiratorios . ( altas dosis )*

- **Relacionado con sobre dosis . (dosis > 100 mg morfina / día)**

- **Clínicamente cuadro esta precedido por compromiso cuantitativo del nivel de conciencia.**

- **Factores de riesgo sobredosis:**

- Genero masculino

- Edad avanzada

- Ruralidad

- Bajo nivel socio económico

- Raza blanca.



# Complicaciones : *Endocrinas*

- **Mecanismo:** alteración de hormonas liberadas por hipófisis anterior ( *H.del crecimiento, prolactina, TSH, ACTH y LH*).
- **Produce hiperfunción de eje hipotálamo-hipofisis-glándula suprarrenal que genera disminución de niveles de gonadotrofinas.**

## • **Cuadro clínico:**

- a) Hombres:** hipogonadismo, disfunción sexual, infertilidad, fatiga, disminución de niveles testosterona, incremento riesgo sd. metabólico y resistencia a insulina.
- b) Mujeres:** disminución niveles LH y FSH , disminución niveles de estrógenos, aumento prolactina, osteoporosis, oligomenorrea y galactorrea.

- **Cuadro reversible (+/- 1 mes )**
- **Más frecuente en dosis > 100 mg / día morfina**
- **No útil en manejo rotación de opiodes.**

# Complicaciones : *Sistema inmune*



## • Efectos

- Disminución de función de linfocitos natural Killer.
- Supresión de citoquinas inflamatorias.
- Activación SNS → estado de inmunosupresión.
- Altera función quimiotáctica/fagocítica de neutrófilos, monocitos
- Reduce respuestas efectora de linfocitos B / T
- Aumento de apoptosis de linfocitos y células fagocíticas

## • Opiodes más afectados: Morfina y fentanilo

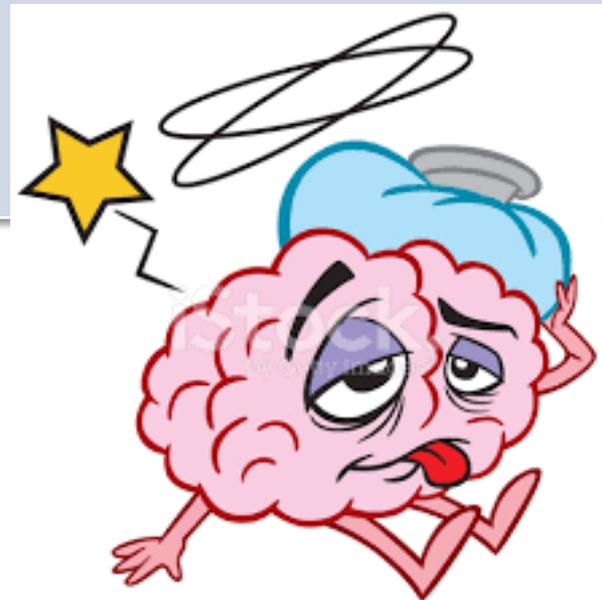
# Complicaciones :

## *Sd. Neurotoxicidad inducido por opiodes (NIO)*

•**Mecanismo:** acumulación de metabolitos tóxicos opiodes ( *M3 glucorónido de Morfina* ) , que genera un fenómeno de hiperexcitabilidad neuronal generalizada.

•**Cuadro clínico:**

- a) **Alteraciones cognitivas:** *confusión, sedación, déficit en atención – calculo .*
- b) **Delirium.**
- c) **Alucinaciones**
- d) **Mioclonias y convulsiones.**
- e) **Hiperalgesia y alodinea.**



# Complicaciones : NIO

## Factores de riesgo

1. **Dosis altas**
2. **Rápida escala**
3. Terapias prolongadas
4. Edad avanzada
5. Deterioro orgánico cerebral
6. Deshidratación
7. Insuficiencia renal



# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO

1. Dowell D. Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016.
2. Prácticas seguras para el uso de opiodes en pacientes con dolor crónico. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015.
3. Evidence-based guidelines on the use of opioids in chronic non-cancer pain-a consensus statement by the Pain Association of Singapore Task Force. 2013
4. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain. 2012
5. American College of Occupational and Environmental Medicine. Guidelines for chronic use of opioids. 2011
6. Australian and New Zealand College of Anaesthetists Faculty of Pain Medicine. Principles regarding the use of opioid analgesics in patients with chronic noncancer pain. 2010.
7. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. 2010
8. British Pain Society. Opioids for persistent pain: Good practice. 2010
9. Chou R. et Al. American Pain Society–American Academy of Pain Medicine Guidelines Panel. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic non cancer pain. J Pain 2009; 10:113-130.
10. Robert N. Jamison et al. Opioid analgesic. Mayo Clinic Proceedings , Volume 90 , Issue 7 , 957 – 968. 2015.
11. *Latin-American guidelines for opioid use in chronic nononcologic pain. Pain Manag. 2017 May;7(3):207-215. doi: 10.2217/pmt-2016-0065. Epub 2017 Feb 7.*

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## A. Antes de iniciar el tratamiento

1. Opioides no constituyen la primera, ni única analgesia para el control del DCNO.

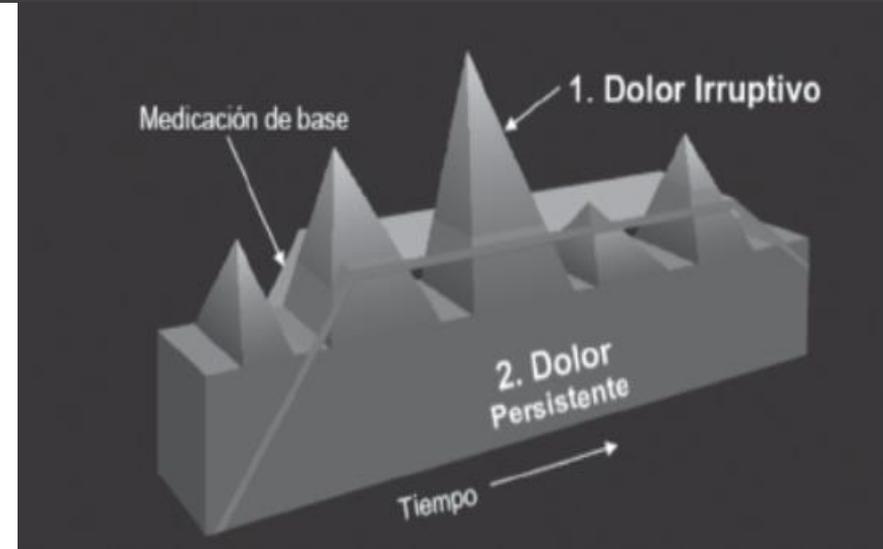
Analgésicos	Intervencionismo
1) AINES	1) Infiltraciones
<b>2) Opiodes</b>	2) Bloqueos nervio
3) Anticonvulsivante	3) Biopuntura
4) Antidepresivos	4) Bloqueo facetario
5) Anestésicos locales	5) Bloqueo peridural
	6) Radiofrecuencia
	<b>7) Neuroestimulación</b>
	<b>8) Bombas intratecales</b>
	<b>9) Rizzotomia</b>
	<b>10) Dresotomia</b>

Rehabilitación	Salud Mental	Educación
1) Ejercicios	1) Psicología	
2) Fisioterapia	2) Psiquiatría	
3) Entrenamiento AVD		
4) Actividades Ocio		
5) Ortesis		

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## A. Antes de iniciar el tratamiento

**2. Presentan mejores resultados en:** *dolor basal nociceptivo y crisis de dolor.*



**3. Indicación requiere de una evaluación integral previa del usuario.**



Figura 2: Modelo Biopsicosocial de dolor crónico (Wadell y Turk, 1992)

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## *A. Antes de iniciar el tratamiento*

### **4. No existe dosis de inicio estándar. Se requiere titulación individualizada.**

- *Exposición previa a opiodes. ( Virgen a opioide ii)*
- *Edad*
- *Peso*
- *Alergias*
- *Alteraciones: respiratoria, renal y/o hepática*
- *Otros fármacos.*



# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## A. Antes de iniciar el tratamiento

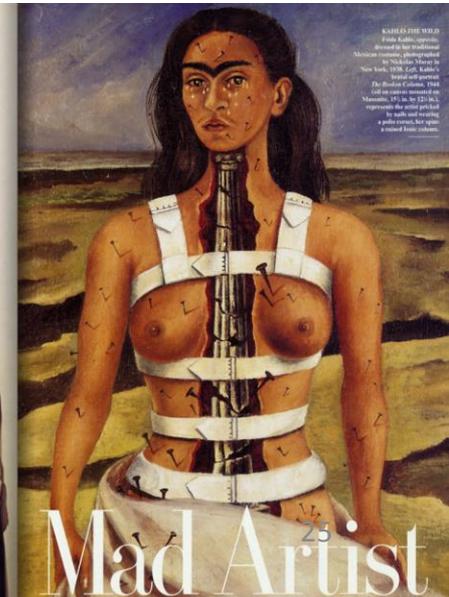
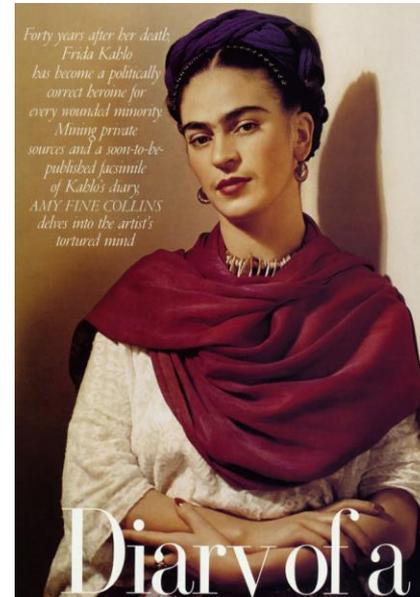
5.. Evitar prescripción en pacientes portadores de condiciones de riesgo para aparición de perjuicios.

### Condiciones de riesgo

- Trast. cognitivos.
- Uso depresores SNC.
- Trast. función ventilatoria.

6. Co existencia de patologías en área de salud mental ,se asocia con:

- *Menor disminución de dolor.*
- *Dosis altas*
- *Mal uso de opiodes.*



## Antes de hacer receta : tenga claro

- 1) Etiología(s) probable(s) dolor
- 2) Tratamientos efectuados previos y resultados
- 3) Características dolor: *Fisiopatología*
- 4) Presencia de síntomas que afecten dolor: *Afecto negativo, T. del sueño, otros.*
- 5) Necesidades – expectativas del paciente-familia.
- 6) Características de analgesia requerida: *vías, latencia y duración*
- 7) Factores de riesgo para mala respuesta o mal uso de fármacos (**pronóstico**)



# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## B. Durante el tratamiento

1. Considere utilización de **medidas no farmacológicas y/o fármacos coadyuvantes** junto a manejo con opiodes.
2. Evaluación inicial de respuesta y/o determinación del fracaso de terapia no debiese **superar 90 días.**
3. Evalúe constantemente relación **beneficios /perjuicios en su paciente.**



Beneficios	Perjuicios
-Calidad de vida	-Nauseas/ vómitos
-Dolor	-Mareos / Caídas
-Funcionalidad	- Constipación
-Sueño	-Dependencia
-Participación	-Accidentes
	-Sobredosis <sup>27</sup>

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## *B. Durante el tratamiento*

### 4. Buena respuesta a tratamiento :

- *Aumento en funcionalidad.*
- *Disminución  $\geq 30\%$ .*
- *Dolor basal  $\leq 5$*



### 5. Dosis bajas de opiodes generan menos perjuicios y son más seguras a largo plazo. Dosis altas requieren vigilancia en unidades especializadas.

Baja	Moderada	Alta
< 40 mg/día	41 – 90	> 90

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## *B. Durante el tratamiento*

### 6. Rotación opioide:

#### Causas

- *Toxicidad secundaria.*
- *Rápida tolerancia*
- *dolor refractario*
- *alergia a fármaco*
- *situaciones clínicas de pacientes*
- *consideraciones prácticas respecto a uso y otras.*



#### Mecanismo

- 1) *Calculo dosis equianalgesica*
- 2) *Reducción 25-50 %*

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## *B. Durante el tratamiento*

### Derivación a Unidades de dolor

- 1) No beneficios después de 3 incrementos de ajuste dosis
- 2) Falta de alivio dolor con dosis cercanas 40 morfina oral/día ( *400 mg tramadol /día*)
- 3) Dolor neuropático, que no responde a manejo inicial.
- 4) Usuario que se beneficiaría de forma significativa con manejo multidisciplinario.

# Guías clínicas para el buen uso opiodes en DCNO:

## *C. Al finalizar el tratamiento*

- 1. Suspensión de opiodes debe ser paulatina para evitar síntomas abstinencia.** ( *Ejemplo : disminución en 25 % de dosis previa en plazos de 7-10 días )*
- 2. Ante presencia de mal uso opiodes, el manejo debe iniciarse de inmediato.**



## **Opiodes: Mensaje final**

- **Excelente alternativa para contribuir en manejo multinivel en dolor crónico.**
- **Requiere una selección adecuada de usuario, tipo de opioide y vía de administración.**
- **Debemos tener claro objetivos del manejo y monitorizar –involucrar usuario en forma responsable.**