

Resumen de las recomendaciones

1/ ¿Cuál es el fármaco de primera elección para el tratamiento de pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado, o intenso?

En pacientes en situación terminal, con dolor moderado no controlado o intenso, se sugiere utilizar morfina oral como opioide de primera elección.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

2/ ¿Cuál es el fármaco de primera elección, para el tratamiento de la disnea refractaria¹, en pacientes en situación terminal?

En pacientes en situación terminal, con disnea refractaria, se recomienda utilizar morfina oral, subcutánea o intravenosa.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

3/ ¿Cuál es el fármaco de segunda elección, para el tratamiento de pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado o intenso?

En pacientes en situación terminal con dolor moderado no controlado, o intenso, se recomienda utilizar oxiconona oral, hidromorfona oral o fentanilo transdérmico, como alternativa a la morfina oral.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

Si no puede utilizarse la vía oral se recomienda el fentanilo transdérmico.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: fuerte a favor

4/ ¿Cuál es el fármaco más adecuado, en los pacientes en situación terminal con dolor intenso y persistente no controlado a pesar del tratamiento inicial adecuado?

En pacientes en situación terminal con dolor intenso no controlado a pesar del tratamiento inicial adecuado, se recomienda realizar una rotación o cambio de opioide.

- > Calidad de la evidencia: muy baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

5/ ¿Cuándo está indicada la vía espinal en pacientes en situación terminal, con dolor intenso y persistente, a pesar del tratamiento con opioides por vía sistémica²?

En pacientes en situación terminal con dolor intenso no controlado con opioides, por vía sistémica, se recomienda realizar una valoración individualizada sobre la administración de opioides por vía espinal.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

6/ ¿Cuánto tiempo es deseable mantener los opioides?

Se recomienda mantener el tratamiento con opioides, en pacientes en situación terminal, mientras permanezca la causa que lo motiva.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

7/ Ante la mejoría o estabilización de los síntomas, ¿es aconsejable reducir la dosis? ¿A qué ritmo?

En los pacientes en situación terminal en los que se detecta una reducción o desaparición del dolor, se recomienda valorar de forma individualizada la retirada progresiva del opioide, parcial o totalmente, teniendo en cuenta las preferencias del paciente, el balance beneficio/riesgo, la duración del tratamiento, y la posible presencia de dependencia para evitar el síndrome de abstinencia a opioides.

En caso de decidir reducir la dosis del opioide, el ritmo de bajada se recomienda hacerlo de forma individualizada, según la respuesta (reaparición de dolor, síndrome de privación) y prescribiendo siempre, dosis de rescate.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

8/ ¿Cuál es la vía de administración más adecuada de los opioides, para el tratamiento de pacientes en situación terminal con dolor moderado, no controlado o intenso y/o disnea refractaria?

En pacientes en situación terminal, en los que se requiere utilizar un opioide a largo plazo, se recomienda utilizar la vía oral si está disponible.

En caso de no estar disponible la vía oral puede utilizarse la vía transdérmica y/o la subcutánea.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

Se desaconseja para el tratamiento con opioides de la disnea refractaria, el uso de la vía nebulizada.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

9/ ¿Cuál es el abordaje más correcto de la neurotoxicidad por opioides?

En pacientes en situación terminal que presentan neurotoxicidad por opioides, se recomienda realizar rotación de opioides.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

10/ ¿Cuál es el abordaje más correcto para la prevención o el tratamiento de los efectos secundarios más frecuentes de los opioides, como las náuseas, los vómitos o el estreñimiento?

En pacientes en situación terminal a los que se prescribe un opioide se deben utilizar al mismo tiempo medidas preventivas para el estreñimiento como laxantes, dieta rica en residuos y líquidos.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

En los casos de estreñimiento grave y persistente, pese a las medidas mencionadas y al cambio de la dosis o del opioide, puede utilizarse la metilnaltrexona.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

Para la prevención y el tratamiento de las náuseas y los vómitos, inducidos por opioides, se recomienda prescribir metoclopramida como primera elección y los antagonistas de los receptores de la serotonina (5HT3) para los casos rebeldes³.

- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

11/ ¿Cuál es el opioide de elección en el dolor irruptivo?

En pacientes en situación terminal con dolor irruptivo, se recomienda utilizar la morfina de liberación rápida como fármaco de elección. En pacientes con dificultad para la deglución, se recomienda utilizar el fentanilo transmucoso o sublingual.

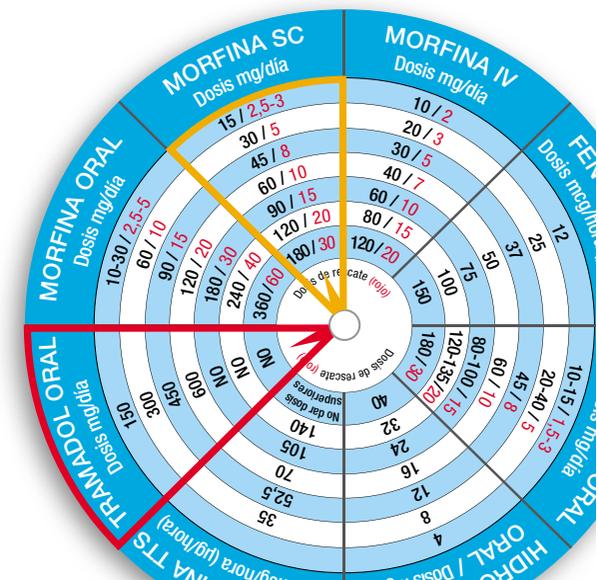
- > Calidad de la evidencia: baja
- > Fuerza de la Recomendación: débil a favor

1: Uronis Hope E, Currow David C, Abernethy Amy P. Palliative management of refractory dyspnea in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2006 September; 1(3): 289-304 (ver Glosario).

2: Cualquiera de las vías de administración de los opioides, no invasivas.

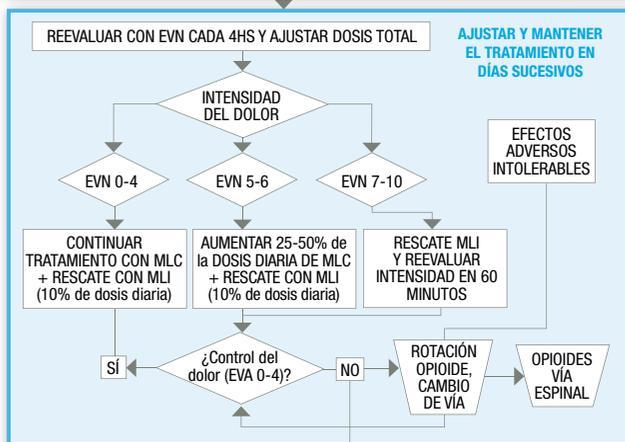
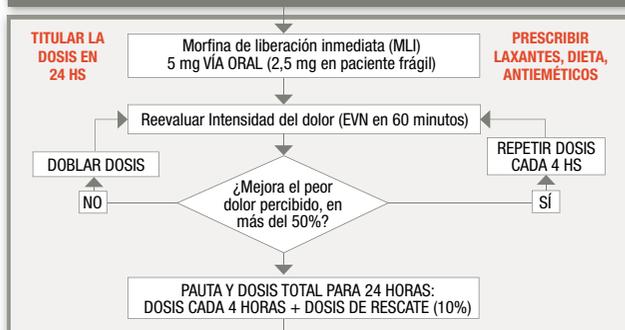
3: Indicación no reflejada en la ficha técnica.

OPIOIDES



Algoritmo de decisión para la titulación de opioides

Paciente en situación terminal con dolor moderado, no controlado, o intenso



Buenas prácticas y errores frecuentes en el uso de opioides en pacientes en situación terminal

BUENAS PRÁCTICAS

ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO	
1	Realizar una evaluación integral del paciente: <ul style="list-style-type: none"> Intensidad y tipo del dolor. Respuesta previa a analgésicos (incluyendo opioides). Consumo de tóxicos (alcohol, cocaína, heroína, cannabis). Consumo de fármacos con acción sobre el SNC (hipnóticos, neurolépticos, antidepresivos). Comorbilidad (insuficiencia hepática o renal, enfermedades respiratorias).
2	Utilizar la escalera analgésica de la OMS.
INICIO DEL TRATAMIENTO	
3	Titular las dosis con morfina oral, estableciendo controles frecuentes para ajustar la dosis.
4	Utilizar siempre que sea posible morfina por vía oral.
5	Conocer las características (dosificación, farmacocinética, interacciones) de los opioides que precisamos utilizar y tener en cuenta la variabilidad individual de la respuesta de los pacientes.
6	Instruir al paciente y/o cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> Características del tratamiento Posibles efectos adversos Manejo del dolor irruptivo
7	Iniciar siempre medidas preventivas para anticiparse a los efectos adversos más frecuentes como el estreñimiento.
8	Prescribir siempre dosis de rescate para evitar el dolor innecesario.
DURANTE EL TRATAMIENTO	
9	Utilizar fármacos coadyuvantes y medidas no farmacológicas para minimizar la dosis del opioide.
10	Prescribir siempre dosis de rescate para dar respuesta a la posible aparición del dolor irruptivo, y en el caso de la retirada evitar la aparición de síntomas de abstinencia.
11	Establecer controles periódicos evaluando la respuesta y posible aparición de efectos adversos.
12	Disminuir la dosis o rotar el opioide cuando aparecen efectos indeseables graves.
RECUERDA QUE:	
13	Todos los médicos deben estar familiarizados con el uso de opioides, manejando adecuadamente al menos la morfina.
14	Usados de forma correcta y con un control adecuado los opioides son fármacos efectivos y seguros.

ERRORES FRECUENTES

Iniciar tratamiento con un opioide (cualquiera de ellos, incluido fentanilo) sin tener en cuenta las características y circunstancias del paciente.
Utilizar de entrada un opioide en dolor leve o moderado.
Utilizar de entrada cualquier opioide y/o pautar dosis estándar de opioides desde el inicio sin titular la misma.
Pensar que la morfina no es buen analgésico cuando se administra por vía oral.
Usar opioides con los que tenemos escasa experiencia, a las dosis teóricas descritas por el fabricante, y sin tener en cuenta las variaciones individuales en la respuesta.
No informar al paciente y/o cuidadores sobre las características de los opioides y el manejo del dolor.
Prescribir el opioide sin medidas preventivas (consejo dietético, hidratación, actividad física) para el estreñimiento y sin prescripción de laxantes.
No prescribir dosis de rescate.
Los opioides no se pueden ser usados con otros analgésicos.
No prescribir dosis de rescate.
Pensar que no es necesario monitorizar estrechamente el tratamiento.
Suspender el tratamiento cuando aparecen efectos indeseables graves.
Pensar que los opioides son fármacos que se utilizan exclusivamente en unidades específicas (oncología, cuidados paliativos o anestesia).
Pensar que los opioides desarrollan rápidamente tolerancia, y son peligrosos porque causan depresión respiratoria.

Tabla de conversión de opioides

*Dosis de rescate (rojo)							
Morfina oral. Dosis mg/día	10-30 / 2,5-5	60 / 10	90 / 15	120 / 20	180 / 30	240 / 40	360 / 60
Morfina sc. Dosis mg/día	15 / 2,5-3	30 / 5	45 / 8	60 / 10	90 / 15	120 / 20	180 / 30
Morfina iv. Dosis mg/día	10 / 2	20 / 3	30 / 5	40 / 7	60 / 10	80 / 15	120 / 20
Fentanilo TTS. Dosis mcg/hora (µg/hora)	12	25	37	50	75	100	150
Oxicodona oral. Dosis mg/día	10-15 / 1,5-3	20-40 / 5	45 / 8	60 / 10	80-100 / 15	120-135 / 20	180 / 30
Hidromorfona oral. Dosis mg/día	4	8	12	16	24	32	40
Buprenorfina TTS. Dosis mcg/hora (µg/hora)		35	52,5	70	105	140	No dar dosis superiores
Tramadol oral. Dosis mg/día	150	300	450	600	NO	NO	NO

Tabla de elaboración propia a partir de:
 Gonzalez-Barboteo J, Trellis-Navarro J, Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X. Rotación de opioides: una alternativa en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con cáncer. Med Clin. 2010;135 (13):617-622.
 Porta Sales J, Rodríguez Mesa D, Sala Rovira C. Dolor. En: Porta Sales J, Gómez-Batiste X, Tuca Rodríguez A, editores. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal, 2a ed. Madrid: Arán editores; 2008. p. 45-107.
 Uso de opioides en el tratamiento del dolor oncológico. Bol Ter Andaluz. 2007; 23(3):9-12. What are the equivalent doses of oral morphine to other oral opioids when used as analgesics in adult palliative care? Medicines Q and As. 2009. Disponible en <http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/Evidence/Medicines-Q--A/What-are-the-equivalent-doses-of-oral-morphine-to-other-oral-opioids-when-used-as-analgesics-in-adult-palliative-care/?query=morphine&rank=100>

Las dosis y ritmos de titulación que indica este árbol de decisión son aproximativos, así, dependiendo del ámbito (hospitalario o domiciliario) donde se encuentre el paciente que inicia por primera vez el tratamiento con opioide, se pueden adaptar los consejos y decisiones sobre la frecuencia de la evaluación del dolor y del ajuste de la dosis del fármaco, teniendo siempre en cuenta el objetivo de conseguir evitar por un lado el dolor y por otro los efectos adversos, logrando así una pauta de tratamiento efectiva y segura que siempre tiene que tener en cuenta las dosis pautadas y las de rescate que se han prescrito para calcular la dosis diaria total que el paciente necesita.