

MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES CON TOLERANCIA A OPIOIDES

(Traducido y sintetizado por: Dr. Julio R. Catracchia)

PRESENTAN TOLERANCIA A OPIOIDES:

- a) pacientes prescritos con opioides por larga data para el dolor crónico oncológico y no oncológico
- b) adictos a opioides endovenosos, en recuperación con buprenorfina sublingual o con metadona oral.
- c) por corto tiempo en respuesta a la administración intravenosa de opioides de elevada potencia como el remifentanilo.

DEFINICIONES RELACIONADAS CON EL USO CRÓNICO DE OPIOIDES:

- Tolerancia:** disminución fisiológica en el efecto de una droga a lo largo del tiempo, por lo que requiere un incremento progresivo de la dosis.
- Dependencia física:** adaptación fisiológica a una droga, por lo que la interrupción o reducción abrupta, conduce a un síndrome de abstinencia.
- Adicción:** enfermedad caracterizada por un comportamiento aberrante en la búsqueda de una droga, que puede incluir ansiedad y compulsión. A diferencia de la tolerancia y dependencia física, la adicción no es un efecto previsible de una droga.
- Pseudoadicción:** puede parecer una búsqueda inapropiada de una droga, pero se resuelve cuando el tratamiento del dolor es apropiado.

CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES TOLERANTES A OPIOIDES

1) Pacientes con dolor persistente no oncológico

Del 11 al 60% de los adultos sufren de dolor crónico. Las estimaciones varían por falta de una estandarización en la evaluación del dolor. Son cada vez más frecuentes, los pacientes tratados con opioides por largo período de tiempo.

2) Pacientes con dolor persistente oncológico

El dolor es el primer síntoma del cáncer en el 25 al 50% de los pacientes oncológicos, y hasta el 95% de los pacientes con cáncer avanzado. El dolor del cáncer puede estar relacionado con la progresión de la enfermedad, ya sea invasión local, metástasis o por consecuencia del tratamiento quirúrgico, radiológico o de quimioterapia.

3) Pacientes con trastornos de abuso de drogas

Se subdividen en tres subgrupos:

- a) **Activo.** Están abusando en el presente de opioides prescritos o no. Los usuarios de drogas intravenosas tienen mayor probabilidad de tener dolor agudo por lesiones traumáticas,

isquemia en extremidades debido a inyección intraarterial inadvertida e infecciones alrededor del sitio de inyección.

- b) **En terapia de reemplazo.** La terapia de mantenimiento de opioides es una estrategia efectiva en el manejo de la adicción. La metadona oral es eficaz para reducir el uso ilícito de drogas, la actividad criminal y el costo para la sociedad. También se usa buprenorfina sublingual. La buprenorfina es un agonista opioide parcial y por lo tanto antagonizará otros opioides que se administre el adicto. Efecto benéfico en la terapia de reemplazo; pero dificultará manejar el dolor agudo con dosis convencionales de opioides.
- c) **Recuperados.** Los pacientes libres de opioides en recuperación, se preocupan si se le recetan opioides para el dolor agudo y corren el riesgo de recaer en su anterior abuso de drogas. Pero una analgesia inefectiva es posible que los conduzca a una recaída en la búsqueda de opioides.

4) Pacientes con tolerancia aguda a opioides

Puede desarrollarse en corto tiempo como también la hiperalgesia inducida por opioides.

La hiperalgesia se produce cuando la administración de opioides activa mecanismos propioceptivos en el sistema nervioso central, resultando un aumento en la sensibilidad al dolor. Paradójicamente la reducción de la dosis de opioides puede mejorar el manejo del dolor, demostrado esto en pacientes en mantenimiento con metadona. La tolerancia aguda a opioides y la hiperalgesia se asocian también al uso de opioides de alta potencia por poco tiempo, como el remifentanilo usado en el intraoperatorio o en la sedación de cuidados intensivos.

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES TOLERANTES A OPIOIDES EN SU FASE AGUDA

Estos pacientes tienen un aumento de los consumos de opioides. Se ha demostrado que son dos a tres veces más altos. Refieren más altas puntuaciones en la escala del dolor y es difícil hacer una buena evaluación, siendo más frecuentes los cambios en las indicaciones. Es útil evaluar lo que son capaces de hacer, como la respiración profunda, la tos, realizar ejercicios de fisioterapia.

Estos factores pueden tener un impacto negativo en el personal sanitario, percibiéndolos como manipuladores y no cooperadores. El personal que no está habituado en el trato de estos pacientes, puede temer administrar dosis elevadas de opioides. Esto puede conducir a un pobre tratamiento del dolor, una desconfianza en la relación médico paciente y un aumento de la búsqueda de opioides por otros medios del paciente.

OBJETIVOS DEL MANEJO DEL DOLOR AGUDO

1.-Provision de analgesia eficaz:

Siempre es recomendable un enfoque multimodal. Debe continuarse la dosis usual previa de opioides del paciente para prevenir un síndrome de abstinencia y sumar dosis adicionales de opioides de corta acción para el tratamiento del dolor agudo.

Es importante usar técnicas para economizar opioides como:

- Uso de paracetamol, antiinflamatorios no esteroideos, o inhibidores de la COX-2.

- Técnicas de anestesia local siempre que fuera posible El uso de catéteres con infusión continua de anestésicos locales disminuye los requerimientos adicionales de opioides de acción corta en el postoperatorio.

- Ketamina en dosis bajas (sub anestésicas) actúa principalmente como un antagonista no competitivo de los receptores NMDA. La administración post operatoria de ketamina en pacientes con tolerancia a opioides mejora las puntuaciones del dolor y disminuye el consumo de opiáceos.

Ejemplo de administración de dosis bajas de ketaminaEV: 200 mg de ketamina y 5 mg de midazolam llevados con fisiológico a 50 ml e infundir 2 ml/h.

-Gabapentina y pregabalina. Son moduladores de los canales de calcio, usados en el tratamiento del dolor neuropático. Una serie de metaanálisis de pacientes no tolerantes a opioides demostraron que estas drogas en el perioperatorio mejoran la analgesia y reducen el consumo de opioides. Por lo que pueden tener un rol útil en pacientes tolerantes a opioides.

2.-Prevención de la abstinencia

Todos los pacientes tolerantes opioides pueden desarrollar síndrome de abstinencia. Lo tendrán si su dosis usual se suprime o el efecto de los opioides se revierte con naloxona. Entre los signos y síntomas de abstinencia presentan sudoración, escalofríos, insomnio, dilatación de pupilas, cólicos abdominales, taquicardia, hipertensión arterial, dolores musculares, náuseas y vómitos.

Es importante continuar con la dosis usual de opioides en el post operatorio. Si el paciente tiene una dosis oral previa debe ser reemplazada por una dosis parenteral equivalente.

Por ejemplo: paciente que ingiere dos veces al día morfina 150 mg de liberación prolongada, que se operará de laparoscopia de urgencia y no puede recibir medicación oral en el post operatorio. Para prevenir la abstinencia, la dosis oral usual se convierte a la equivalente EV y se mantiene. La relación de conversión de morfina oral a EV es 3:1. Por lo tanto la dosis total de morfina EV en 24 horas es de 100 mg. Significa una infusión de 4 mg/h de morfina. La dosis bolo se calcula como la mitad de la dosis de infusión por hora. En este caso es de 2 mg.

3.- Rotación de opioides

Se realiza cuando los pacientes tuvieron tolerancia a los opioides iniciales y la dosis efectiva se está aumentando. Generalmente tienen más rápida tolerancia a los efectos benéficos de los opioides que a los efectos secundarios como sedación, constipación, por lo que no toleran mayores dosis. Rotar a otro opioide puede reducir los efectos secundarios y mejorar el alivio del dolor. El concepto se basa en que diferentes opioides no activan de igual grado los receptores, se metabolizan de manera distinta y la tolerancia cruzada es incompleta.

Cuando se rota se recomienda calcular el consumo de opioides en las 24 horas previas en equivalentes de morfina, y reducir esa dosis un 30 a 50% para permitir una incompleta tolerancia cruzada de los diferentes opioides.

Por ejemplo: paciente que recibe metadona 100 mg via oral y requiere cirugía. La conversión de metadona a morfina oral es de 1:2 a 1:3. Entonces la dosis calculada de conversión (300 mg de morfina oral) se reduce un 50% (150 mg), que corresponden a una dosis EV de morfina de 50 mg/día para evitar la abstinencia (en infusión son 2 mg/h).

4.- Enfoque multidisciplinario

La colaboración de otros servicios como psicología, cuidados paliativos, abuso de drogas, es de beneficio para el paciente.

5.- Reducción del plan de analgesia

Es importante tener un plan para pasar de los opioides endovenosos a orales. Se calcula el consumo endovenoso de las últimas 24 horas y se las convierte a dosis oral. Se administrará el 50% de esta dosis en un preparado de liberación prolongada. Si requiere una dosis de liberación rápida, será de un sexto de la calculada para 24 horas.

Por ejemplo: paciente que se recupera de cirugía y es capaz de ingerir por lo que se plantea el paso de morfina EV a oral. Ha utilizado morfina 60 mg/día EV, equivalente a 180 mg vía oral. Se calcula el 50% para administrar en liberación prolongada, esto es 45 mg dos veces al día. Si requiere dosis de liberación rápida será de 30 mg.

6.- Manejo del paciente con dosis altas de buprenorfina sublingual

Dosis altas de buprenorfina sublingual son usadas en la terapia de mantenimiento de adictos a opioides. Al ser un agonista parcial su efecto máximo en los receptores μ opioides es menor, teniendo un techo a la depresión respiratoria y la analgesia.

Por tener una alta afinidad por los receptores μ , su unión a éstos no es fácilmente reversible por otros opioides, motivando un manejo difícil del dolor agudo con opioides convencionales. Con lo cual se establecen ciertas estrategias en estos pacientes como en procedimientos menores continuar con la dosis de buprenorfina sumando analgésicos no opioides.

En procedimientos mayores se aumenta un 25% la dosis de buprenorfina sumado a los analgésicos no opioides. Puede considerarse también dar dosis altas de opioides como fentanilo o morfina monitorizándose los efectos adversos como sedación o depresión respiratoria.

Si es posible, se suspende la buprenorfina 72 horas antes de la cirugía y se pasa a un agonista opioide completo como metadona o morfina.

Conclusión

El tratamiento del dolor agudo en los pacientes con tolerancia a opioides es a menudo un desafío, donde es importante un enfoque multimodal de la analgesia. Son necesarias usar dosis apropiadas para proporcionar analgesia efectiva en estos pacientes y para prevenir los síndromes de abstinencia. Las dosis descritas en el artículo son sugerencias que deben adecuarse a cada paciente y circunstancia.

Artículo completo en: <http://update.anaesthesiologists.org/wp-content/uploads/2011/12/Update-271-2011.pdf>

“Acute pain management for opioid tolerant patients”