

PARCHES DE FENTANILO

¿ESTAMOS TRIVIALIZANDO EL
USO DE OPIOIDES?

Definición de dolor

- Sensación o experiencia desagradable, sensorial y emocional que se asocia a lesión tisular, real o potencial. (IASP)
- Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. Sentimiento de pena o congoja. (Real Academia Española)

Definición de dolor II

- Subjetividad
- Variabilidad en la percepción del dolor.



Muy importante para valorar inicialmente
el dolor y el tratamiento del mismo

Clasificación del dolor

- Según su duración:
 - Agudo: Duración menor a 1,3 ó 6 meses.
 - Crónico.
- Según sus características:
 - Nociceptivo: somático o visceral
 - Neuropático
 - Mixto

Valoración del dolor

- Paso 1. Determinar la causa
- Paso 2: Medir la intensidad
 - Escalas de valoración: Escala analógica visual.
- Paso 3: Valoración multidimensional.
- Paso 4: Factores de mal pronóstico.
 - Dolor neuropático
 - Dolor incidental
 - Malestar psicológico importante
 - Historia de abuso de alcohol y drogas.

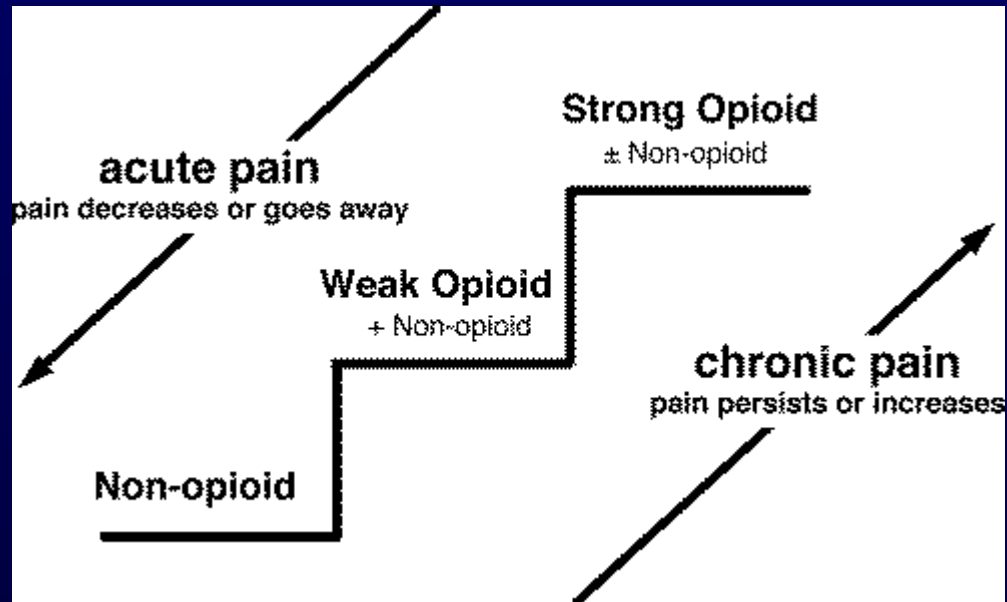
Escalera analgésica de la OMS

- Primer escalón: AINEs, Metamizol y Paracetamol.
- Segundo escalón: Opiáceos débiles. Codeína, dihidrocodeína y tramadol.
- Tercer escalón: Opiáceos mayores.
 - Morfina
 - Fentanilo
 - Metadona
 - Hidromorfona
 - Oxycodona
 - Buprenorfina
 - Meperidina (Petidina)

Tercer escalón

- El papel de los opiáceos mayores está bien establecido en el dolor agudo y en el dolor oncológico.
- El papel en el dolor crónico no maligno permanece en controversia.
- En estos pacientes, hay que sopesar cuidadosamente riesgo-beneficio.

WHO analgesic ladder in acute and chronic pain



Efectos secundarios opioides

- Centrales: Somnolencia, sedación, mareos, hipotermia, mioclonías, convulsiones...
- Cardiovasculares: Bradicardia, hipotensión, depresión respiratoria.
- Gastrointestinales: Náuseas y vómitos, estreñimiento.
- Tolerancia, dependencia y adicción.
- Otras: Prurito, retención urinaria

Recomendaciones de la OMS

- Seguir la escalera analgésica en función de la intensidad del dolor
- Titulación individualizada
- Para dolores moderados e intensos prescribir dosis fijas, con intervalos regulares y por la vía más efectiva y confortable.
- La dosis apropiada será aquella que no produzca efectos secundarios o estos sean mínimos.

Recomendaciones de la OMS(II)

- Prevenir, anticipar y manejar los efectos secundarios.
- Utilizar adecuadamente la medicación coadyuvante: Ayuda a “ahorrar” opioides.
- Vigilar la posible toxicidad.

Dolor crónico no oncológico: Tercer escalón

- En pacientes en los que ha fracasado el resto de tratamientos
- Hemos demostrado que el dolor mejora con opioides .
- Seguimiento adecuado de los paciente y evaluación periódica
- Hemos explicado al paciente y a sus familiares en qué consiste el tratamiento y sus efectos secundarios (“Contrato de opioides”)

Opioids in the Management of Chronic Non-Cancer Pain: An Update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines

Andrea M. Trescot, MD, Standiford Helm, MD, Hans Hansen, MD, Ramsin Benyamin, MD,
Scott E. Glaser, MD, Rajive Adlaka, MD, Samir Patel, DO, and Laxmaiah Manchikanti, MD

www.painphysicianjournal.com

Pain Physician 2008: Opioids Special Issue: 11:S5-S62 • ISSN 1533-3159

STEP I Comprehensive initial evaluation

STEP II

Establish diagnosis

-X-rays, MRI, CT, neuro-physiologic studies

-Psychological evaluation

-Precision diagnostic interventions

STEP III

Establish medical necessity (lack of progress or as supplemental therapy)

-Physical diagnosis

-Therapeutic interventional pain management

-Physical modalities

-Behavior therapy

STEP IV Assess risk-benefit ratio

-Treatment is beneficial

STEP V Establish treatment goals

STEP VI Obtain informed consent and agreement

STEP VII

Initial dose adjustment phase (up to 8-12 weeks)

-Start low dose

-Utilize opioids, NSAID's and adjuvants

-Discontinue

*Lack of analgesia

*Side effects

*Lack of functional improvement

Opioids in the Management of Chronic Non-Cancer Pain: An Update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines

Andrea M. Trescot, MD, Standiford Helm, MD, Hans Hansen, MD, Ramsin Benyamin, MD,
Scott E. Glaser, MD, Rajive Adlaka, MD, Samir Patel, DO, and Laxmaiah Manchikanti, MD
www.painphysicianjournal.com

Pain Physician 2008: Opioids Special Issue: 11:S5-S62 • ISSN 1533-3159

STEP VIII

Stable phase (stable – moderate doses)

-Monthly refills

-Assess for four A's

*Analgesia

*Activity

*Aberrant behavior

*Adverse effect

-Manage side effects

STEP IX

Adherence monitoring

-Prescription monitoring programs

-Random drug screens

?-Pill counts

STEP X

Outcomes

-Successful – continue

*Stable doses

*Analgesia, activity

*No abuse, side effects

-Failed – discontinue

*Dose escalation

*No analgesia

*No activity

*Abuse

*Side effects

Cancer-related Pain Management: A Report of Evidence-Based Recommendations to Guide Practice

Cancer-related Pain Management Working Panel

A Quality Initiative of the

Program in Evidence-Based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO)

Report Date: March 17, 2008

All patients, family members, and caregivers should receive a written pain management plan that includes information about:

- the cause of the patients pain
- the types and rationale for analgesic medications
- specific instructions on how to dose and titrate analgesic medications
- instructions on how to manage analgesic side effects
- instructions for the storage and safe keeping of medications
- instructions for filling and renewing prescriptions for analgesic medications
- whom to call if pain is not relieved or increases in intensity or if side effects occur
- when and how to use non-pharmacologic approaches for pain management
- realistic goals, expectations of pain control and timelines

Opioids in the Management of Chronic Non-Cancer Pain: An Update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines

Andrea M. Trescot, MD, Standiford Helm, MD, Hans Hansen, MD, Ramsin Benyamin, MD, Scott E. Glaser, MD, Rajive Adlaka, MD, Samir Patel, DO, and Laxmaiah Manchikanti, MD

www.painphysicianjournal.com

Pain Physician 2008: Opioids Special Issue: 11:S5-S62 • ISSN 1533-3159

The reasons for which opioid drug therapy may be discontinued, such as violation of a documented doctor/patient agreement, should be delineated. Ad-

ditional items to be included in an agreement are listed in Table 20.

Table 20. *Sample Controlled Substance Agreement*

We are committed to doing all we can to treat your chronic pain condition. In some cases, controlled substances are used as a therapeutic option in the management of chronic pain and related anxiety and depression, which is strictly regulated by both state and federal agencies. This agreement is a tool to protect both you and the physician by establishing guidelines, within the laws, for proper controlled substance use. The words "we" and "our" refer to the facility and the words "I", "you", "your", "me", or "my" refer to you, the patient.

1.
 - i. I understand that chronic opioid therapy has been associated with not only addiction and abuse, but also multiple medical problems including the suppression of endocrine function resulting in low hormonal levels in men and women which may affect mood, stamina, sexual desire, and physical and sexual performance.
 - ii. For female patients, if I plan to become pregnant or believe that I have become pregnant while taking this medication, I am aware that, should I carry the baby to delivery while taking these medications; the baby will be physically dependent upon opioids. I will immediately call my obstetrician and this office to inform them of my pregnancy. I am also aware that opioids may cause a birth defect, even though it is extremely rare.
 - iii. I have been informed that long-term and/or high doses of pain medications may also cause increased levels of pain known as opioid induced hyperalgesia (pain medicine causing more pain) where simple touch will be predicted as pain and pain gradually increases in intensity and also the location with hurting all over the body. I understand that opioid-induced hyperalgesia is a normal, expected result of using these medicines for a long period of time. This is only treated with addition of non-steroidal anti-inflammatory drugs such as Advil, Ibuprofen, etc., or by reducing or stopping opioids.
 - iv. I understand that physical dependence is not the same as addiction. I am aware physical dependence means that if my pain medicine use is markedly decreased, stopped, or reversed by some of the agents mentioned above, I will experience a withdrawal syndrome. This means I may have any or all of the following: runny nose, yawning, large pupils, goose bumps, abdominal pain and cramping, diarrhea, irritability, aches throughout my body and a flu-like feeling. I am aware that opioid withdrawal is uncomfortable, but not life threatening.
 - v. I am aware that tolerance to analgesia means that I may require more medicine to get the same amount of pain relief. I am aware that tolerance to analgesia does not seem to be a big problem for most patients with

**A guide to good practice in the
management of controlled drugs
in primary care (England)
Second Edition**

¿Qué fármaco elegir?

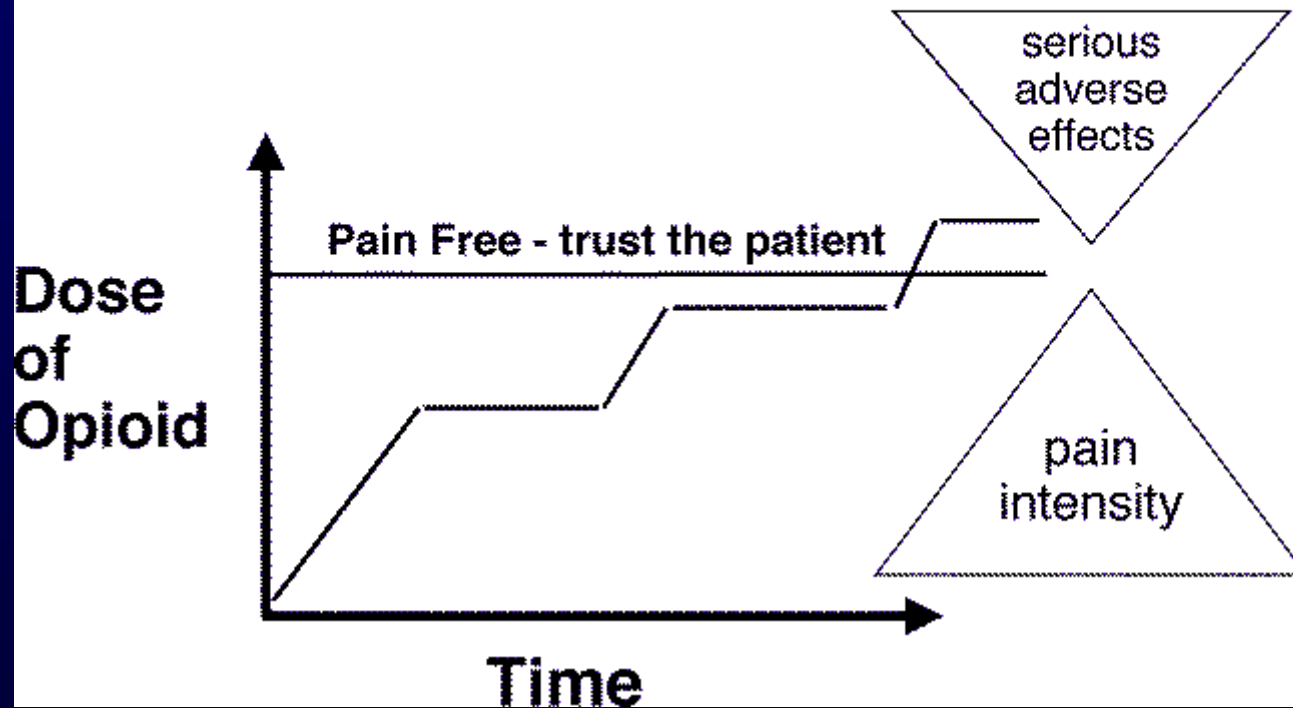
- La vía oral es la vía de elección para el control del dolor, salvo en pacientes que tengan problemas de deglución.
- Todos los fármacos, con la dosis adecuada, controlan de forma similar el dolor.
- El fentanilo transdérmico produce algo menos estreñimiento que morfina de liberación controlada.

¿Cuánto tiempo?

- La evidencia de la efectividad a largo plazo del tratamiento del dolor crónico no maligno con opioides durante 6 ó más meses es incierta.

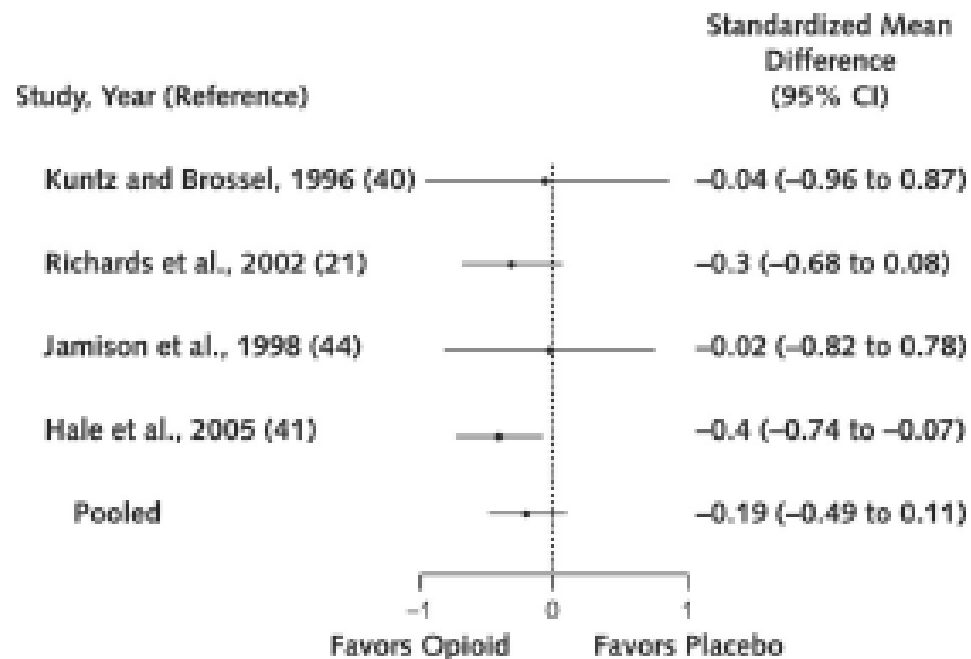
Opioid titration to effect

Principle for Safe & Effective Opioid Use - Titrate to Effect



Systematic Review: Opioid Treatment for Chronic Back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction

Figure 2. Results of meta-analysis of opioid efficacy with nonopioids or placebo comparisons



Systematic Review: Opioid Treatment for Chronic Back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction

Conclusions: Opioids are commonly prescribed for chronic back pain and may be efficacious for short-term pain relief. Long-term efficacy (≥ 16 weeks) is unclear. Substance use disorders are common in patients taking opioids for back pain, and aberrant medication-taking behaviors occur in up to 24% of cases.

Ann Intern Med. 2007;146:116-127

Fentanilo transdérmico

- Indicado en dolores severos estables.
- No está indicado en dolor agudo.
- En casos en los que los pacientes tengan fiebre habrá que monitorizarlos; no hay que exponerlos a fuentes de calor ya que se puede aumentar la absorción hasta un 30%.

FDA Issues Second Safety Warning on Fentanyl Skin Patch Deaths and serious injuries from improper use Dec. 21, 2007

- Se afirma que el Fentanilo es un opiode potente que se han descrito varios caso de muerte y RA que pusieron en peligro la vida de los pacientes.
- Se han observado una mala Prescripción de los mismos al prescribirlo a pacientes después de cirugía, en dolores de cabeza o para dolores moderados u ocasionales. Recuerdan que en los EEUU sólo esta indicado en pacientes tolerantes a los opioides (deben estar en tratamiento con opioides y con el dolor controlado)
- Se han observado una mala utilización de los mismos aplicándose más parches o acercándolos a fuentes de calor y produciendo sobredosis

Fármacos

<u>Farmaco</u>	<u>NªPacientes</u>	<u>%</u>
Fentanilo	2044	63
Buprenorfina	820	25
Morfina	201	6
Morfina+Fentanilo	107	3.5
Oxicodona	78	2.5

Fármacos(II)

<u>Fármaco</u>	<u>Lumbalgia</u>	<u>Fibromialgia</u>	<u>E.Terminal</u>	<u>Otros</u>
Fentanilo	960(47%)	171(9%)	167(8%)	746(36%)
Buprenorfina	432(53%)	106(13%)	64(8%)	219(26%)
Morfina	72(36%)	8(4%)	26(13%)	95(47%)
Morf+Fent	41(38%)	8(8%)	13(12%)	45(42%)
Oxicodona	27(35%)	5(6%)	6(8%)	40(51%)

CONCLUSIONES(I)

- Para el tratamiento del dolor seguiremos la escalera analgésica de la OMS
- El uso de opiodes está claramente establecido en el dolor agudo y en el dolor oncológico.

CONCLUSIONES(II)

- Quedan cuestiones por resolver en su utilización en dolor crónico no maligno tales como dosis y duración del tratamiento
- Debemos elegir a los pacientes de forma adecuada.
- Las fórmulas retardadas hay que utilizarlas en pacientes con dolores estables y con sensibilidad a opioides conocida

Conclusiones(III)

- En cuanto a control de dolor no hay diferencias entre los distintos opioides fuertes si se utiliza la dosis adecuada.
- No debemos olvidar que los opioides tomados de forma crónica producen tolerancia, dependencia y adicción.
- Los parches de fentanilo transdérmico son una buena alternativa a la morfina en pacientes con problemas de deglución.