

Las Guías de los CDC son recomendaciones para los médicos que recetan opioides a pacientes mayores de 18 años con dolor agudo, subagudo o dolor crónico (Dowel et al., 2022).

En estas guías se excluyen a los pacientes con cáncer, pacientes en cuidados paliativos o en cuidados al final de la vida. También, excluye a paciente con condición de células falciformes (Dowel et al., 2022). Las mismas son voluntarias y están destinadas a apoyar, no suplantar, la atención individualizada y centrada en la persona.

Áreas de Enfoque

- Determinar si iniciar o no opioides para el dolor.
- Selección de opioides y determinación de la dosificación.
- Decidir la duración de la prescripción inicial de opioides y realizar el seguimiento.
- Evaluación del riesgo y tratamiento de los daños potenciales del uso de opioides.

Los médicos y los pacientes deben trabajar juntos para identificar los objetivos del tratamiento, incluidos los objetivos funcionales, y adaptar un enfoque que considere tanto los beneficios como los riesgos de las opciones disponibles (Dowel et al., 2022).



El dolor agudo, subagudo y crónico debe evaluarse y tratarse adecuadamente independientemente de si los opioides forman parte de un régimen de tratamiento (Dowel et al., 2022).

Referencias

Dowell, D., Ragan, K.R., Jones, C.M., Baldwin, G.T., & Chou, R. (2022). CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports, 71(3), 1-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36327391/>



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS CDC PARA LA PRESCRIPCIÓN DE OPIOIDES PARA EL DOLOR -ESTADOS UNIDOS, 2022

Programa de Opioides y Sustancias
Oficina de Planificación y Desarrollo
Tel: 787 765 2929, exts. 3777, 3682
email: opioides@salud.pr.gov

LAS 12 RECOMENDACIONES

Recomendación 1: Determinar si iniciar o no con opioides para el dolor agudo.

Recomendación 2: Determinar si iniciar o no con opioides para el dolor crónico.

RACIONAL

- Los opioides deben ser considerados solo si los beneficios superan los riesgos.
- Se debe maximizar el uso de terapias farmacológicas no opioide y otras terapias complementarias según corresponda en la condición de cada paciente.

Ejemplos de terapias complementarias: yoga, masaje terapéutico, Tai Chi, acupuntura y quiropráctico.

Recomendación 3: Iniciar con opioides de liberación inmediata en lugar de opioides de liberación prolongada y acción prolongada.

Recomendación 4: Iniciar con la dosis más baja efectiva en pacientes que no han recibido nunca opioides.

RACIONAL

- Para el manejo del dolor deben comenzar con opioides de liberación inmediata.
- Para iniciar con opioide de liberación prolongada, el paciente debe haber utilizado opioides de liberación inmediata por al menos una semana.

Opioides de liberación inmediata		
Medicamento	Administración	Duración
Morfina	Oral	4 horas
Oxicodona	Oral	4 horas
Hidrocodona	Oral	4 horas
Metadona	Oral	4 horas
Fentanilo	Transmucoso	2 horas

Opioides de liberación prolongada		
Medicamento	Administración	Duración
Buprenorfina	Transdérmico	7 días
Fentanilo	Transdérmico	72 horas
Metadona	Oral	8 a 12 horas
Morfina	(tabletas y solución líquida)	Vida media de hasta 7 días
Oximorfona	Oral (tabletas y cápsulas)	12 a 24 horas

Recomendación 5: Evaluar los beneficios y los riesgos y tener cuidado al cambiar la dosis de opioides.

RACIONAL

- Los médicos deben optimizar otras terapias y trabajar en estrecha colaboración con los pacientes para reducir gradualmente las dosis a dosis más bajas o, si se justifica según las circunstancias individuales del paciente, reducir y suspender los opioides de manera adecuada.

Recomendación 6: No prescribir una cantidad mayor a la necesaria para el manejo del dolor agudo.

Recomendación 7: Evaluar los riesgos y los beneficios de los opioides para el manejo del dolor subagudo o crónico o al aumentar la dosis.

RACIONAL

- El dolor agudo no traumático y no quirúrgico a menudo se puede controlar sin opioides.
- Cuando el uso de opioides sea justificado dado a la intensidad del dolor, los médicos deben prescribir dosificaciones menores por unos pocos días.
- Se debe evaluar los beneficios y los riesgos dentro de la primera y la cuarta semana. Deben dar un mayor seguimiento cuando hay un riesgo mayor de sobredosis o cuando la dosificación se mayor a 50 miliequivalente de morfina por día (50MME/day).

Recomendación 8: Evaluar e incorporar periódicamente planes de gestión para la mitigación de riesgos.

Recomendación 9: Verificar el Prescription Drug Monitoring Program (PDMP).

RACIONAL

- Evaluar el consumo de alcohol antes y durante el uso de opioides.
- Optimizar el tratamiento contra las afecciones emocionales o de salud mental.
- Ofrecer naloxona a todo paciente en uso de opioides.

Recomendación 10: Evaluar la implementación de pruebas toxicológicas.

Recomendación 11: Evitar la prescripción simultánea de opioides y benzodiazepinas.

RACIONAL

- Utilizar pruebas toxicológicas para la determinar si el paciente está utilizando otros medicamentos recetados u otro tipo de sustancias.
- Es probable que los riesgos del uso simultáneo de opioides y benzodiazepinas sean mayores con el uso impredecible de cualquiera de los medicamentos, con el uso de dosis más altas de opioides y benzodiazepinas en combinación, o con el uso con otras sustancias, incluido el alcohol.

Recomendación 12: Ofrecer tratamiento para el Trastorno por Uso de Opioides

RACIONAL

Los médicos junto al equipo interdisciplinario deben ofrecer y coordinar tratamiento basado en evidencia (por lo general tratamiento con buprenorfina o metadona en combinación con terapias conductuales) para los pacientes con trastornos por opioides.