

 <p>Región de Murcia Consejería de Salud</p>	<p>PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.</p>	 <p>Servicio Murciano de Salud Dirección General de Asistencia Sanitaria</p>
<p>CÓDIGO: GC-PROC-01</p>	<p>Responsable: Servicio de Gestión Farmacéutica</p>	<p>Versión: 1</p>
<p>Página: 1 de 66</p>	<p>Palabras clave: Opioides, Fentanilo, Adicción</p>	<p>Vigencia desde: 00/00/2020</p>
<p>Autor/es: Juan Abellón Ruiz</p>		<p>Fecha elaboración: 31/08/2020</p>
<p>Revisado por: Víctor José Rausell Rausell</p>		<p>Fecha revisión: 13/02/2021</p>
<p>Aprobado por: Inmaculada Barceló Barceló</p>		<p>Fecha aprobación:</p>
<p>Fecha próxima revisión: 13/02/2021</p>	<p>Tipo de documento: Proceso</p>	
<p>Ámbito de aplicación:</p>	<p>Institucional</p>	
<p>Ubicación en la web:</p>	<p>Murciasalud</p>	
<p>Control de cambios:</p>		

PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

Contenido

Abreviaturas	5
1. Introducción	6
2. Objetivos	9
3. Alcance	10
4. Patología	10
4.1. Las conductas aberrantes del uso de opioides de prescripción o uso irregular	11
4.2. Adicción, dependencia y síndrome de abstinencia, otros trastornos producidos por opioides y patología dual	11
4.2.1. La adicción	11
4.2.2. El síndrome de abstinencia	12
4.2.3. Otros trastornos inducidos por opioides mencionados en el DSM-V.	13
4.2.4. Patología dual	13
4.3. Factores asociados a un mayor riesgo de adicción y sobredosis	14
4.4. Riesgo de Sobredosis e interacciones farmacológicas	14
5. Justificación	16
6. Proceso de atención a los pacientes	17
6.1. Detección de pacientes: programa de seguimiento.	18
6.1.1. Método de detección a partir de datos de consumo por receta.	18
6.1.2. Método de detección en consulta	19
6.1.3. Elaboración de los casos detectados	20
6.1.4. Control de pacientes	¡Error! Marcador no definido.
6.1.5. Contacto con el médico de atención primaria (MAP)	20
6.1.6. Conclusiones de la primera aproximación	21
6.2. Revisión de casos por el equipo multidisciplinar	22
6.2.1. Equipo multidisciplinar para el estudio de los casos.	22
6.2.2. Evaluación del caso por el equipo multidisciplinar	22
6.2.3. Derivación del paciente a salud Mental - Adicciones	23
6.2.4. Preparación para la derivación del paciente	23
6.3. Inclusión en el programa de deshabituación	26
6.3.1. Comunicación al paciente de la cita con el CAD.	26
6.3.2. Restricción de prescripciones desde todos los demás ámbitos distintos a Unidad de Adicciones.	27
6.3.3. Abordaje del tratamiento del dolor	27

6.3.4.	Objetivación de la dosis consumida por el paciente y abordaje de la continuación de la prescripción.	28
6.3.5.	Escenarios de abordaje en el CAD	30
6.4.	Seguimiento clínico coordinado	32
6.4.1.	Comisión central de evaluación y seguimiento	33
7.	Referencias:	35
8.	Definiciones:	37
9.	Anexos	37
	ANEXO I Conductas Aberrantes relacionadas con los analgésicos opioides	38
	ANEXO II Criterios diagnósticos adicción DSM-V	39
	ANEXO III Escala de valoración del riesgo potencial de adicción a opioides.	40
	ANEXO IV Rotación de opioides	41
	ANEXO V Desescalado de dosis de opioides	42
	ANEXO VI Recomendaciones para el tratamiento de los síntomas de abstinencia	43
	Anexo VII Información para el paciente sobre la reducción gradual de dosis de opioides.	44
	Anexo VIII Esquema actuación abordaje adicción opioides de prescripción	49
	Anexo IX. Modelo de diario de dosis de FENTANILO del paciente.	52
	Anexo X. Modelo de calendario de reducción de dosis de FENTANILO.	54
	Anexo XI. Directorio de recursos relacionados con la atención a pacientes con adicción a fármacos de prescripción.	55
	Anexo XII. Modelo propuesto para registro de pacientes en Salud Pública	61
	Anexo XIII. Funcionamiento de la prescripción de opioides	62
	Anexo XIV. Justificación e instrucciones del uso de la marca “deshabitación en cad” en selene	63
	Anexo XV. Apartados del Informe de Selene emitido por el comité multidisciplinar:	65
	Anexo XVI. Documento de la dirección donde indica que únicamente el CAD podrá llevar a cabo prescripciones de opioides a partir del día de la cita en dicha unidad.	66

Abreviaturas

AP	Atención primaria.
MAP	Médico de atención primaria.
CAD	Centro de atención a la drogodependencia.
DCNO	Dolor crónico no oncológico
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
FDA	Food and Drug Administration
AdN	Análisis de Negocio
PIN	Portal de inteligencia del Negocio
MCG	Microgramos
UD	Unidad del dolor
SAO	Síndrome de abstinencia a opioides
PAS	Presión arterial sistólica
FC	Frecuencia cardiaca
SOWS	Escala Breve de Abstinencia de Opiáceos
PRN	Pro re nata (A demanda)
MPR	Medicine possession ratio

1. Introducción

Desde el Ministerio de Sanidad, se ha puesto en marcha un grupo de trabajo para la elaboración del “Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico”, cuya propuesta se finalizó el 24 de marzo de 2020 y su presentación quedó pospuesta a causa de la pandemia del SARS-CoV-2, con un total de cinco ejes estratégicos:

1. Optimizar la prescripción.
2. Mejorar la utilización y potenciar el seguimiento farmacoterapéutico.
3. Optimizar el manejo de la adicción.
4. Mejorar la comunicación a los pacientes y sensibilizar a la población.
5. Seguimiento y vigilancia del consumo.

Los analgésicos opioides, entre otros medicamentos, juegan un papel muy importante en la terapéutica del dolor. A pesar de la estricta regulación legal a la que están sometidos, siguen aconteciendo incidentes con estos medicamentos, e incluso con dimensiones de crisis epidemiológica en algunos lugares del mundo.

Actualmente, en el Servicio Murciano de Salud, la distribución de los pacientes consumidores de fentanilo transmucoso por áreas sanitarias pone de manifiesto la presencia de pacientes con consumo atípicos en todas las áreas de salud tanto en comprimidos día Ilustración 2 como en miligramos día Ilustración 2.

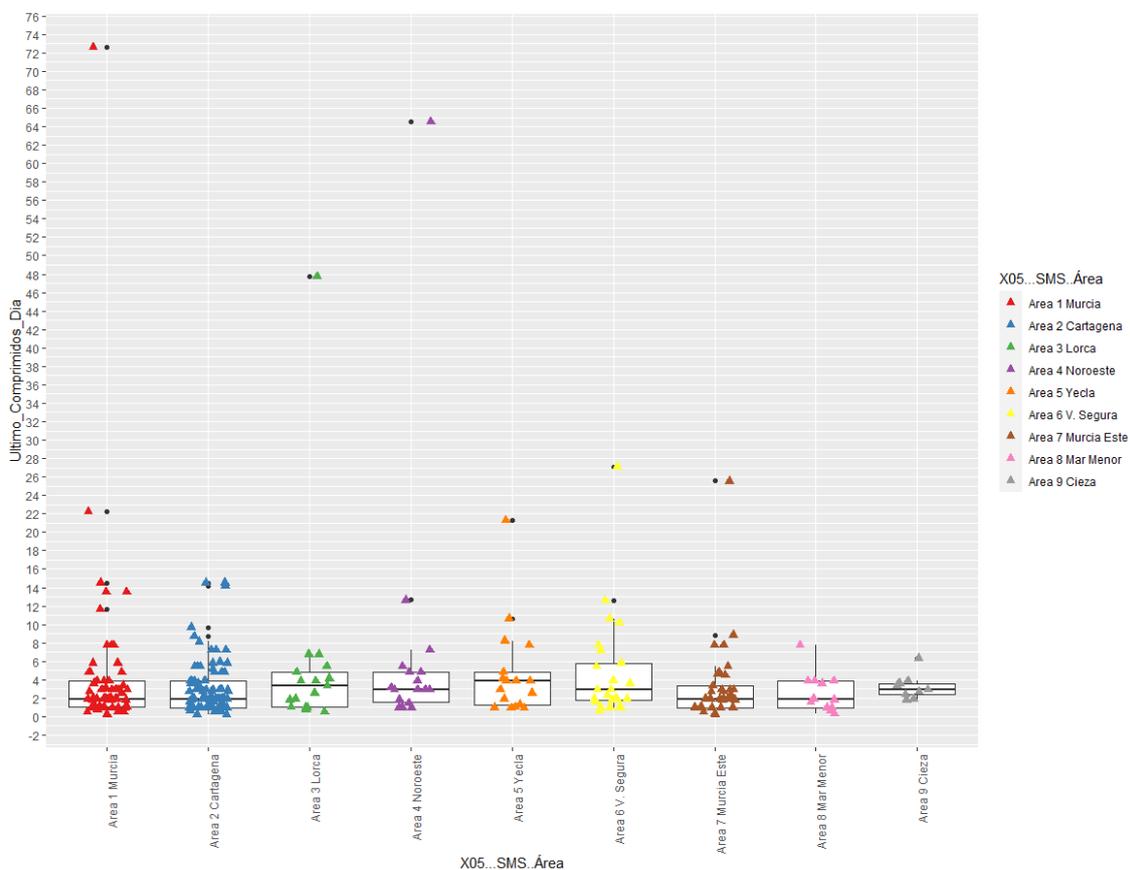


Ilustración 1. Pacientes con su dosis en comprimidos/día de fentanilo por paciente y área. Diagramas de cajas y bigotes de los datos de cada área de salud.

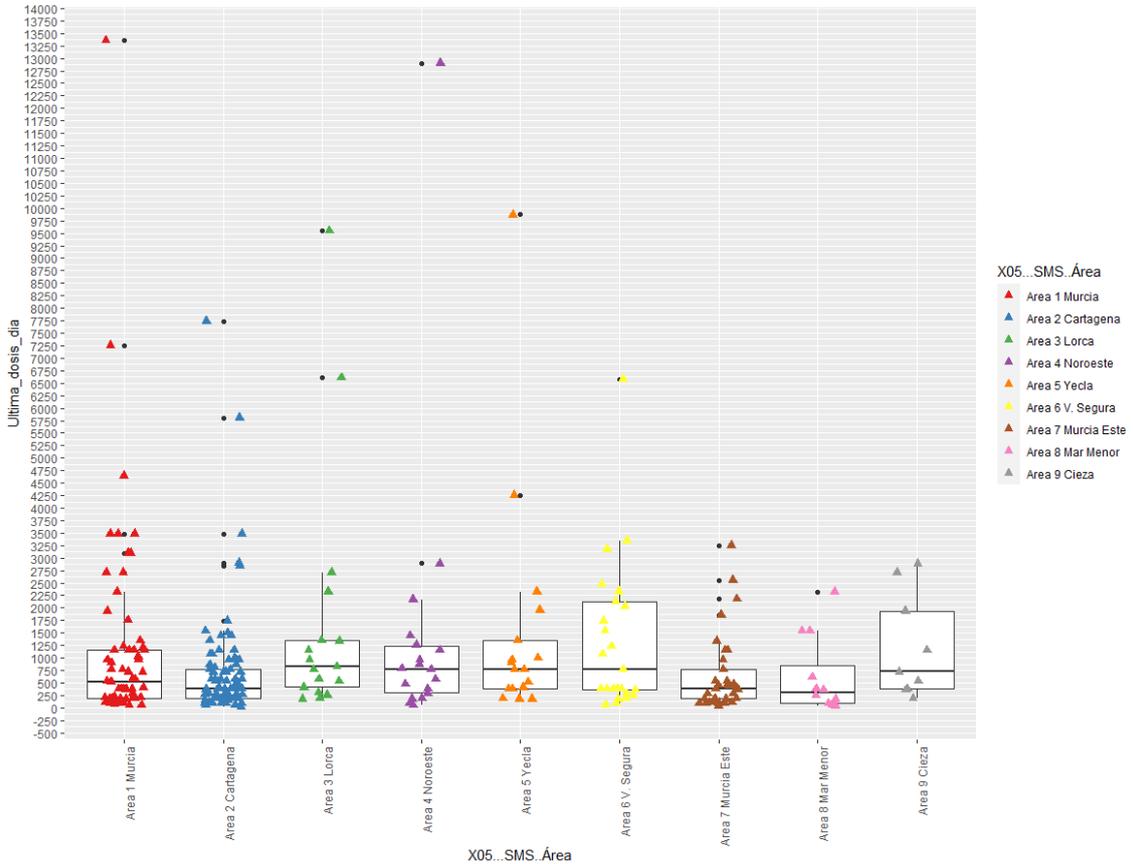


Ilustración 2 Pacientes con su dosis en microgramos/día de fentanilo por paciente y área. Diagramas de cajas y bigotes de los datos de cada área de salud.

De tal modo, que el análisis de Pareto del conjunto de pacientes consumidores de fentanilo transmucoso, pone de manifiesto que un total de 70 pacientes de la región (20% aproximadamente) representan un consumo del 65% aproximadamente en el primer semestre del año 2020. Ilustración 3.

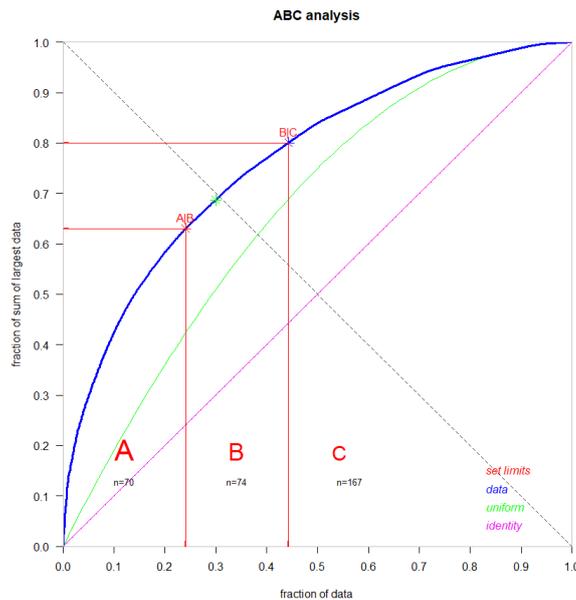


Ilustración 3. Análisis de Pareto consumo de comprimidos por paciente.

Entre los meses de marzo y mayo de 2020 se dispensó, con receta médica del Servicio Murciano de Salud, fentanilo transmucoso a un total de 301 pacientes, distribuidos como se ve en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

	Datos_pacientes (N = 301)	X05...SMS.. Área: Area 1 Murcia (N = 66)	X05...SMS.. Área: Area 2 Cartagena (N = 95)	X05...SMS.. Área: Area 3 Lorca (N = 18)	X05...SMS.. Área: Area 4 Noroeste (N = 20)	X05...SMS.. Área: Area 5 Yecla (N = 17)	X05...SMS.. Área: Area 6 V. Segura (N = 27)	X05...SMS.. Área: Area 7 Murcia Este (N = 32)	X05...SMS.. Área: Area 8 Mar Menor (N = 16)	X05...SMS.. Área: Area 9 Cieza (N = 10)
min	0.26	0.26	0.26	0.52	0.90	0.90	0.65	0.26	0.26	0.97
max	72.58	72.58	14.52	47.74	64.52	21.29	27.10	8.84	25.55	6.32
mediana	2.42 (1.03, 3.87)	1.94 (1.10, 3.87)	1.94 (0.97, 3.87)	2.97 (1.10, 4.66)	2.90 (1.72, 4.84)	3.87 (1.29, 4.84)	2.90 (1.87, 6.48)	1.94 (0.97, 2.90)	1.87 (0.97, 3.87)	2.81 (2.06, 3.56)
media (sd)	4.04 (6.93)	4.53 (9.36)	3.18 (2.89)	5.48 (10.74)	6.65 (13.89)	4.76 (5.11)	4.87 (5.54)	2.53 (2.01)	3.79 (6.11)	2.99 (1.47)
Mujeres	163 (54.15%)	37 (56.06%)	62 (65.26%)	9 (50.00%)	7 (35.00%)	7 (41.18%)	12 (44.44%)	17 (53.12%)	8 (50.00%)	4 (40.00%)
Hombres	138 (45.85%)	29 (43.94%)	33 (34.74%)	9 (50.00%)	13 (65.00%)	10 (58.82%)	15 (55.56%)	15 (46.88%)	8 (50.00%)	6 (60.00%)

Tabla 1 Pacientes con dispensaciones de fentanilo entre abril y mayo de 2020, medidos como comprimidos día.

Se puede observar una variabilidad muy grande en el número de comprimidos al día: entre 0,26 y 72,58. En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, se puede observar la distribución en deciles, donde un 10% de los pacientes tiene entre 7,74 y 72,58 comprimidos día de media, y el 90 % restante han consumido menos de 7,74 comprimidos al día.

	Datos_pacientes (N = 301)	Area 1 Murcia (N = 66)	Area 2 Cartage na (N = 95)	Area 3 Lorca (N = 18)	Area 4 Noroes te (N = 20)	Area 5 Yecla (N = 17)	Area 6 V. Segura (N = 27)	Area 7 Murcia Este (N = 32)	Area 8 Mar Menor (N = 16)	Area 9 Cieza (N = 10)
1 (0-0,26)	31 (10%)	7 (11%)	11 (12%)	2 (11%)	1 (5%)	2 (12%)	2 (7%)	3 (9%)	3 (19%)	0 (0%)
2 (0,26 - 0,97)	30 (10%)	6 (9%)	12 (13%)	1 (6%)	3 (15%)	1 (6%)	1 (4%)	3 (9%)	2 (12%)	1 (10%)
3 (0,97 - 0,97)	30 (10%)	7 (11%)	7 (7%)	3 (17%)	1 (5%)	2 (12%)	3 (11%)	5 (16%)	2 (12%)	0 (0%)
4 (0,97 - 1,81)	30 (10%)	10 (15%)	7 (7%)	2 (11%)	1 (5%)	1 (6%)	1 (4%)	6 (19%)	1 (6%)	1 (10%)
5 (1,81 - 1,94)	30 (10%)	6 (9%)	12 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (22%)	3 (9%)	2 (12%)	1 (10%)
6 (1,94 - 2,5)	30 (10%)	8 (12%)	7 (7%)	1 (6%)	4 (20%)	2 (12%)	2 (7%)	3 (9%)	0 (0%)	3 (30%)
7 (2,5 - 2,9)	30 (10%)	4 (6%)	15 (16%)	1 (6%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (7%)	3 (9%)	1 (6%)	2 (20%)
8 (2,9 - 3,87)	30 (10%)	5 (8%)	6 (6%)	4 (22%)	2 (10%)	5 (29%)	1 (4%)	3 (9%)	3 (19%)	1 (10%)
9 (4,84 - 7,74)	30 (10%)	5 (8%)	11 (12%)	3 (17%)	4 (20%)	0 (0%)	3 (11%)	2 (6%)	1 (6%)	1 (10%)
10 (7,74 - 72,58)	30 (10%)	8 (12%)	7 (7%)	1 (6%)	2 (10%)	4 (24%)	6 (22%)	1 (3%)	1 (6%)	0 (0%)

Tabla 2. Deciles de consumo total comprimidos al día 3 últimos meses de hiperconsumidores.

Aparte de los conocidos efectos adversos asociados al uso de opioides a largo plazo como la tolerancia, la dependencia física y la adicción, más recientemente se ha hablado del síndrome de hiperalgesia inducida por opioides y el síndrome doloroso asociado a opioides. En los ensayos que comparaban opioides con placebo, la tasa absoluta de aparición de efectos adversos fue del 78%, siendo del 7,5% para los efectos adversos graves (1), no existen argumentos basados en la evidencia sobre el uso de opioides a altas dosis, entendiendo como tales 200 mg equivalentes de morfina al día, la relación beneficio riesgo a dosis superiores no

está establecida en la literatura y dosis por encima de 90 mg equivalentes de morfina están desaconsejadas (2). El riesgo de sobredosis mortal de opioides para pacientes que consumen más de 100 mg equivalentes de morfina es de 0,23%/año y de 1,8%/año para sobredosis no mortal.

Entre 1999 y 2014, más de 165.000 personas murieron en EE.UU. de sobredosis relacionadas con medicamentos opioides para el tratamiento del dolor.

Es especialmente remarcable, que la adicción a medicamentos que han sido prescritos por un médico a un paciente, puede ser considerado un efecto iatrogénico. En el que además de los condicionantes del propio paciente, concurren los del Sistema de Salud, que de una manera u otra es responsable, por ser un agente necesario, de evitar, o cuando menos minimizar, los efectos nocivos de estos fármacos.

Por tanto, el propio Sistema de Salud, con la implicación de todos sus Agentes: Médicos, enfermeros, farmacéuticos comunitarios, farmacéuticos de las áreas de salud, inspectores médicos, servicios centrales de farmacia, etc. tienen la responsabilidad de prevenir el mal uso, detectar y tratar la adicción.

El abordaje multidisciplinar y el uso de estrategias compartidas entre todos los implicados, es una recomendación ineludible para dar una respuesta satisfactoria a los pacientes y al propio sistema público de salud (3,4).

En el informe Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries, de junio de 2019, la OCDE pone de manifiesto que la crisis de los opioides está empezando a tener lugar en cada vez más países. Llega a calificarlo como un problema complejo de salud pública que requiere un enfoque integral en todos los sectores, incluidos los servicios sociales, de salud y de la ley (5).

Las consecuencias devastadoras de la adicción sobre la salud y la calidad de vida del paciente, además del problema de salud pública que suponen para la sociedad, justifican por sí solas la necesidad de este procedimiento y la toma de cuantas medidas sean oportunas para ayudar a los pacientes que, habiendo acudido al sistema de salud para resolver un problema, se han encontrado con otro más.

A lo largo de estas páginas, adaptaremos la experiencia llevada a cabo en el Área VIII y presentaremos la *dinámica* aprendida a partir de dicha experiencia.

2. Objetivos

El objetivo principal de este procedimiento es:

“Resolver los problemas de los pacientes relacionados con el mal uso y la adicción a opioides prescritos por un médico, en el marco de un plan de acción coordinada multidisciplinar.”

Para lo cual se han articulado los siguientes objetivos instrumentales:

1. Establecer un sistema de detección continua de pacientes hiperconsumidores.
2. Disponer de un equipo multidisciplinar para el estudio de los casos.
3. Articular un cauce eficaz de derivación a pacientes al centro de atención de drogodependencias.

4. Coordinar la acción de todos los implicados, especialmente en lo que respecta a la prescripción de opioides, en el momento de inicio de la deshabituación.
5. Mantener, en relación al Sistema de Información en Salud Pública (Ley 33/2011 artículo 40.3.a), un registro de estos pacientes en el ámbito de la Salud Pública.

3. Alcance

Este procedimiento está destinado a todo el personal sanitario (médicos, enfermeros, farmacéuticos de hospital y farmacéuticos de atención primaria) que:

- Atiendan a pacientes con adicción a opioides de prescripción.
- Que expidan recetas de repetición de estos tratamientos, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria.
- Los que atiendan consultas de estos pacientes en las que se pueda sospechar la presencia de adicción al tratamiento, independientemente de lo anterior.
- En general, cualquier personal sanitario que tenga un contacto asistencial con un paciente en tratamiento con estos fármacos.

4. Patología

Sin alcanzar las cotas vistas en los Estados Unidos de América, el consumo de opioides de prescripción afecta negativamente a un creciente número de personas en España (6). Siendo el fentanilo el opioide mayor con un mayor incremento de consumo en los últimos años (7).

El hiperconsumo y las conductas aberrantes del uso de opioides de prescripción (o uso irregular) están estrechamente asociados a la adicción, especialmente en el caso del fentanilo transmucoso. En la práctica clínica, se han relacionado estos dos fenómenos con el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) y la adicción a fentanilo.

El DCNO es una patología importante e incapacitante, con elevado coste sanitario (8). Se define como un dolor que dura de tres a seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente. Otra propuesta de definición lo considera como el dolor presente durante más de tres meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana, con intensidad moderada o alta, en la escala analógica visual y/o que deteriore la capacidad funcional (9).

El documento de consenso “La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP)” apunta que las causas más frecuentes de dolor crónico reflejadas en la bibliografía fueron: una combinación de artrosis y artritis reumatoide (42 %), hernia de disco o fractura vertebral (20 %), trauma o cirugía (15 %), desconocida (12 %), y otras de menor prevalencia (9).

El DCNO afecta entre el 20 y el 30% de la población mundial(10).

El uso a largo plazo de opioides en dolor crónico presenta tolerancia a las dosis, pero también se ha descrito la hiperalgesia inducida por estos fármacos(11).

El uso de medicamentos opioides en el dolor crónico no oncológico es controvertido, tanto en alivio del dolor como en los resultados en funcionalidad y en calidad de vida (12–14), así como de la dificultad de identificación de la población en riesgo de adicción (15).

Y en particular el uso de fentanilo en el caso del dolor crónico no oncológico, se encuentra fuera de las indicaciones de la ficha técnica.

4.1. Las conductas aberrantes del uso de opioides de prescripción o uso irregular

El término conductas aberrantes hace referencia a cualquier comportamiento relacionado con la medicación que se aleje de la estricta adherencia al plan terapéutico.

NOTA: Se propone usar de cara al paciente el término “inusual” o “irregular” como eufemismo de “aberrante”, que puede tener alguna connotación negativa, pero este último es el que se encuentra mayoritariamente recogido en las guías y se ha aceptado como la traducción al término anglosajón.

En el paciente con dolor crónico es importante determinar el riesgo de aparición o la presencia de estas conductas aberrantes, así como evitar el uso indebido de los opioides de prescripción, porque podrían constituir el primer paso para el desarrollo de una adicción a estos fármacos. Si se detectan en un paciente, la evaluación y seguimiento del paciente deben ser más exhaustivos (16). Ver Tabla 3 y para más detalles [ANEXO I](#).

Quedarse sin medicación en poco tiempo de forma reiterada.

Solicitar recetas a varios médicos.

Perder frecuentemente las recetas de analgésicos opioides.

Solicitar frecuentemente aumentos de la dosis.

Aumentar la dosis sin supervisión médica.

Centrar las consultas en los opioides.

Frecuentar los servicios de urgencias.

Rechazar de forma sistemática los tratamientos no opioides.

Tabla 3: Ejemplos de conductas aberrantes relacionadas con los analgésicos opioides.

4.2. Adicción, dependencia y síndrome de abstinencia, otros trastornos producidos por opioides y patología dual

4.2.1. La adicción

Se define en el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., (DSM-5)” por la presencia de las tres Cs (Para más información consultar [ANEXO II](#)):

- Pérdida de control (uso fuera de control)
- Compulsión (dedicar cada vez más recursos físicos y mentales a obtener, usar y recuperarse del uso de la sustancia)
- Continuación del uso a pesar de las consecuencias negativas.

No debe confundirse la adicción con el síndrome de abstinencia, en pacientes a los que se les han prescrito opioides como analgésicos pueden presentar abstinencia y tolerancia y no ser necesariamente adictos, pues la adicción es también una enfermedad del aprendizaje, la memoria y la compulsión psicológica.

En la adicción hay que tener en cuenta que hay un componente físico o neuroadaptativo y otro psíquico que se sustenta mayoritariamente en el refuerzo positivo y negativo, ambos componentes están muy interrelacionados.

4.2.2. El síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia agudo, define la existencia de una dependencia física, y es la consecuencia directa de la retirada de la droga (abstinencia por supresión) o de la administración de un antagonista (abstinencia precipitada).

Pero también existe el síndrome de abstinencia tardío que puede presentarse después del síndrome de abstinencia agudo, días o semanas tras de la deprivación. Se relaciona con la dependencia psicológica. Su presentación es desconcertante para el paciente y promueve de nuevo la búsqueda compulsiva del fármaco, suele responder a placebos. Tiene implicaciones importantes de cara al planteamiento del seguimiento del paciente en el contexto de la deshabitación. Puede manifestarse a lo largo de meses e incluso años.

Finalmente, existe el síndrome de abstinencia condicionado, cuya presentación es similar a la del síndrome de abstinencia agudo pero en un contexto de meses o años sin uso del fármaco. Tiene lugar cuando el paciente se expone a los estímulos que recrean las situaciones en las que tenía lugar su consumo (17).

Tabla 4. Aparición, pico y duración del síndrome de abstinencia en distintos opioides.

Sustancia	Tiempo hasta el síndrome de abstinencia desde la última dosis		
	Aparición	Pico	Casi-resolución
Fentanilo IV	3-5 horas	8 a 12 horas	4 a 5 días
Heroína* (IV o inhalada)	8 a 12 horas	36 a 72 horas	7 a 10 días
Metadona	24 a 72 horas	4 a 6 días	14 a 21 días

*Los tiempos para la heroína son similares a los de oxicodona, hidrocodona, codeína y morfina.

Los tiempos de aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia varían entre sustancias, siendo especialmente cortos para fentanilo ver Tabla 4. Aparición, pico y duración del síndrome de abstinencia en distintos opioides.

El síndrome de abstinencia agudo se define en el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th ed., (DSM-5)” bajo el epígrafe Los criterios para el diagnóstico de F11.3 Abstinencia de opioides (292.0):

A. Alguna de las siguientes posibilidades:

1. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opioides.
2. Administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opioides

B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A:

1. Humor disfórico.
2. Náuseas o vómitos.

3. Dolores musculares.
4. Lagrimeo o Rinorrea.
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
6. Diarrea.
7. Bostezos.
8. Fiebre.
9. Insomnio

C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, incluyendo la intoxicación o la abstinencia de otras sustancias.

4.2.3. Otros trastornos inducidos por opioides mencionados en el DSM-V.

Trastornos inducidos por opioides:

- Intoxicación por opioides
- Intoxicación por opioides, con alteraciones perceptivas
- Trastorno depresivo inducido por los opiáceos (“Trastornos depresivos”).
- Trastorno de ansiedad inducido por los opiáceos (“Trastornos de ansiedad”).
- Trastorno del sueño inducido por los opiáceos (“Trastornos del sueño-vigilia”).
- Disfunción sexual inducida por los opiáceos (“Disfunciones sexuales”).
- Síndrome confusional por intoxicación por opiáceos.
- Síndrome confusional por abstinencia de opiáceos.
- Trastorno relacionado con opioides no especificado.

De entre los que queremos hacer mención para que se tengan especialmente en cuenta en la evaluación inicial del paciente de los siguientes:

- Apnea el sueño 780.57 (G47.37). Apnea central del sueño con consumo concurrente de opiáceos. Nota: Codificar en primer lugar el trastorno de uso de opiáceos, si está presente. Especificar la gravedad actual.
- Hipoventilación relacionada con el sueño 327.26 (G47.36) Hipoventilación concurrente relacionada con el sueño: Este subtipo se produce como consecuencia ... o a causa de algún medicamento (p. ej., benzodiazepinas, opiáceos)...

4.2.4. Patología dual

El dolor es la principal causa de la prescripción de opioides, por lo que en el contexto de adicción, la presencia del dolor es un elemento clave.

A la vez ocurre que el consumo de opioides produce hiperalgesia (18), por lo que el tratamiento de la adicción, en última instancia, ayudará también al control de la fracción del dolor causada por la exposición al propio opioide.

Al evaluar el dolor en estos pacientes, debemos discernir y calibrar qué parte de la sintomatología del paciente se debe a:

- a. Malestar y dolor generados por el síndrome de abstinencia.
- b. Componente subjetivo y psicológico.
- c. Componente orgánico de la lesión que produce el dolor.
- d. Argumento esgrimido por el paciente para la obtención de medicación.

Y actuar en consecuencia.

Finalmente, hay que observar que el abordaje de la adicción debe ser prioritario al del dolor, por los riesgos que entraña la adicción y porque en todo caso el tratamiento de la misma es beneficioso para el control de la algesia(19).

4.3. Factores asociados a un mayor riesgo de adicción y sobredosis

La evidencia existente para la predicción e identificación de usos de opioides es irregular y limitada (20). Si bien existen escalas como la Opioid Risk Tool, su aplicación en unidades del dolor no ha dado resultados (21).

Pero entendemos que su conocimiento puede ser de utilidad a la hora de acompañar con un dato objetivable la impresión clínica del paciente.

Estas escalas identifican factores de riesgo como los sociodemográficos, el dolor, los factores relacionados con el fármaco y la forma farmacéutica, la genética, el entorno psicosocial y la historia familiar, la psicopatología y el abuso de alcohol y/u otras sustancias.

Se ha sugerido que ningún factor por sí mismo incrementa el riesgo de adicción, pero la combinación de al menos 3 factores en un individuo aumentaría el riesgo de mal uso de opioides de prescripción. Ver [ANEXO III](#).

4.4. Riesgo de Sobredosis e interacciones farmacológicas

La FDA (U.S. Food & Drug Administration) y la estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024, en pacientes con elevado riesgo de sobredosis (Tabla 5: Factores asociados a riesgo de Sobredosis por Opioides. Tabla 5), recomiendan informar a los familiares sobre los síntomas de la intoxicación aguda e instruirles en el manejo de naloxona para revertir la sobredosis.

En Estados Unidos, en caso de sospecha de sobredosis por opioides se recomienda a los familiares entrenados la administración de 0,4 mg de naloxona por vía intramuscular o subcutánea en la cara anterolateral del muslo cada 2-3 minutos hasta que reviertan los síntomas o hasta alcanzar la dosis máxima de 10mg.

Edad superior a 65 años.
Dosis elevadas (>50 mg DEM*)
Uso prolongado (>3 meses).
Formulaciones de larga duración o liberación retardada.
Uso concomitante de benzodiazepinas.
Comorbilidad médica (apnea del sueño, enfermedad renal o hepática)
Comorbilidad psiquiátrica (depresión, adicción a drogas o alcohol).

Tabla 5: Factores asociados a riesgo de Sobredosis por Opioides.

*DEM: Dosis Equivalente de Morfina.

Merece una mención especial el aumento del riesgo de sobredosis asociado al uso concomitante de opioides y benzodiazepinas, ya que es cuatro veces mayor que con consumo aislado de opioides.

Hay que recordar que las dosis disponibles de fentanilo transmucoso son muy superiores a las del resto de opioides (Hasta 800 mcg y 1200 mcg de fentanilo transmucoso por dosis, cuando una ampolla parenteral tiene tan solo 150 mcg). Por lo que las dosis de naloxona usadas habitualmente en el tratamiento de las urgencias por sobredosis de opioides pueden no ser suficientes para la reversión de estos efectos en estos pacientes. Dado el perfil de bajísimos efectos adversos de naloxona no se debe dudar en incrementar la dosis de naloxona a la hora de buscar respuesta al tratamiento en estos pacientes (22).

ATENCIÓN Fentanilo, oxicodona y metadona interactúan con diversos fármacos, y en los pacientes con altas dosis de opioides estas interacciones suponen un riesgo aún mayor para la sobredosis (Tabla 6) (23).

Opioide	Fármaco	Efecto sobre el CYP3A4	Resultado de la coadministración	Resultado de la retirada del fármaco no opioide.
Fentanilo Oxicodona Metadona Buprenorfina	Inhibidores CYP3A4			
	Voriconazol	Fuerte	Disminuye el metabolismo del opioide: Aumenta el riesgo de toxicidad a estos opioides con la dosis prescrita. ES NECESARIO BAJAR LA DOSIS DE OPIOIDE PRESCRITO PARA EVITAR SOBREDOSIS	Al retirar el fármaco inhibidor aumenta la metabolización del opioide. Luego disminuye el efecto clínico del fármaco.
	Itraconazol	Fuerte		
	Fluconazol	Moderado		
	Claritromicina	Fuerte		
	Diltiazem	Moderado		
	Ciclosporina	Débil		
	Cimetidina	Débil		
	Inductores CYP3A4			
	Rifampicina	Fuerte	Aumenta el metabolismo del opioide requiriendo un incremento de la dosis para evitar un empeoramiento del dolor. Si la dosis se aumenta como consecuencia de la interacción, puede suponer un ALTÍSIMO RIESGO de sobredosis EN EL MOMENTO DE LA RETIRADA LUEGO SERÁ NECESARIO AJUSTAR LA DOSIS.	Al retirar el fármaco inductor, disminuye la metabolización del opioide, incrementando el riesgo de sobredosis.
Carbamazepina	Fuerte			

Tabla 6: Interacciones farmacocinéticas de fentanilo con otros fármacos. Nota: morfina no presenta estas interacciones.

5. Justificación

El hiperconsumo y el la conducta aberrante o uso irregular de opioides de prescripción están estrechamente asociados a la adicción, especialmente en el caso del fentanilo transmucoso.

Mientras que la detección del uso aberrante y el hiperconsumo es relativamente sencilla, la novedad de este fenómeno, la sutileza, en ocasiones, de su presentación y la concomitancia con el dolor, complican la respuesta de los profesionales del sistema sanitario a este problema de salud.

El tratamiento analgésico con opioides tiene más probabilidad de fracasar cuando la adicción alcanza un estadio avanzado (24), por lo que la prevención y el tratamiento de la adicción no es sólo una prioridad en si misma sino también de cara al tratamiento del dolor.

Es necesario actuar de forma proactiva, multidisciplinar y coordinada entre atención primaria, unidad del dolor, prescriptores que inicien tratamientos de sustancias con potencial adictivo, urgencias, farmacia hospitalaria y salud mental en el Área de Salud para abordar la problemática que presenta la adicción a fármacos de prescripción y especialmente al fentanilo transmucoso, por la complejidad que entraña el abordaje de la adicción en el contexto del dolor crónico no oncológico.

Actualmente el abuso de opioides se ha detectado en fentanilo nasal/transmucoso y oxicodona de liberación rápida, existiendo cierta preocupación respecto al tramadol.

Centraremos este procedimiento en el fentanilo, por ser el que mayor número de pacientes y dosis más altas hemos detectado, pero el mismo procedimiento sería válido para cualquier otro fármaco que causara adicción.

Enmarcado en el cumplimiento de distintos objetivos de los ejes 2 y 3 del “Plan de Optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico”, se ha desarrollado el presente proceso en el Servicio Murciano de Salud Tabla 7

Eje	Objetivo	Línea de actuación
2	Prevenir el riesgo de abuso a opioides.	<ul style="list-style-type: none">• Establecer listas de verificación comunes que faciliten la detección precoz del abuso/adicción.• Estandarización de criterios de retirada y de rotación de opioides e identificación de malos respondedores.
3	Abordar y reforzar la estrategia de deshabitación de analgésicos opioides de manera cohesionada en el SNS.	<ul style="list-style-type: none">• Mejorar la identificación de los pacientes con trastorno por consumo de opioides.• Establecer criterios de manejo de pacientes con trastorno por consumo de opioides.• Establecer un sistema de recopilación de datos nacionales con indicadores comunes de casos atendidos.
5	Facilitar información útil, evaluada y actualizada a los grupos de interés.	<ul style="list-style-type: none">• Establecer un calendario de publicaciones regulares del consumo.

Tabla 7 Ejes estratégicos, objetivos y líneas de actuación del Plan nacional abordadas por el presente proceso.

EL TRABAJO EN EQUIPO, LA COMUNICACIÓN FLUIDA ENTRE LOS PROFESIONALES Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA SON CLAVES PARA QUE FUNCIONES EL PROCEDIMIENTO.

6. Proceso de atención a los pacientes

El abordaje de la adicción a fármacos de prescripción es un proceso complejo, que requiere ser dividido en cuatro etapas: detección de casos, revisión de casos, preparación y derivación de casos y fase de deshabitación, Ilustración 4.

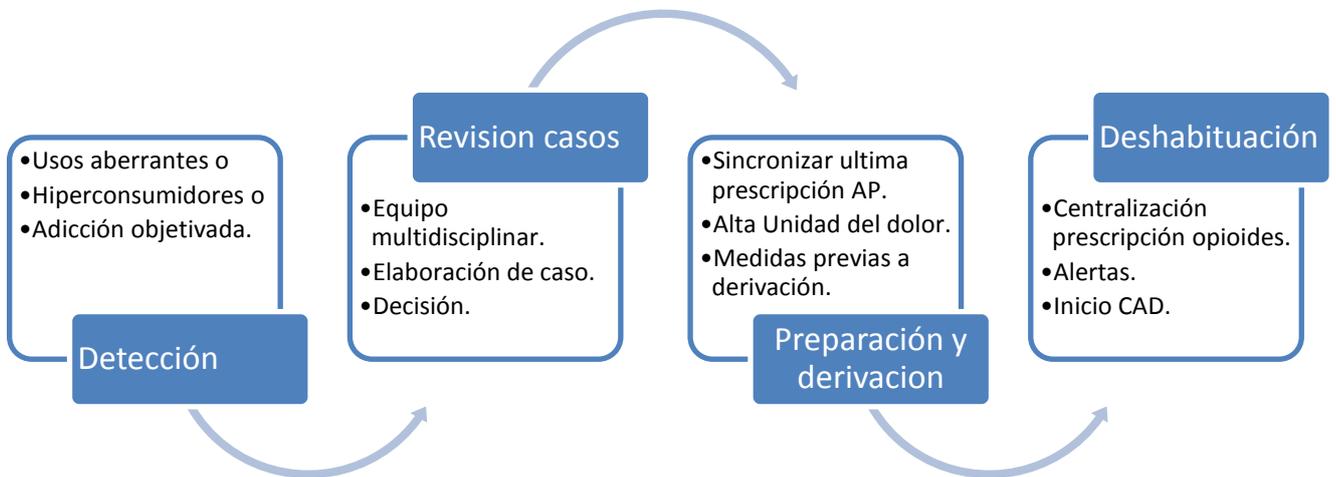
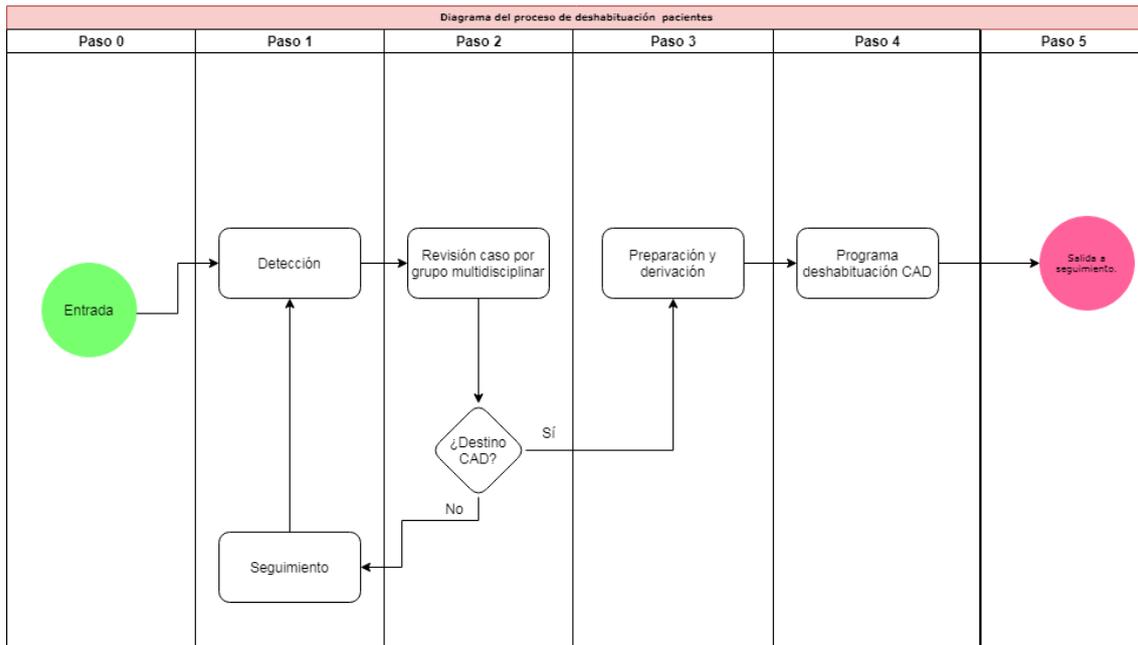


Ilustración 4 Etapas del proceso de atención a pacientes con adicción a opioides de prescripción



6.1. Detección de pacientes: programa de seguimiento.

Existirá un sistema de detección de los hiperconsumidores de fármacos con potencial de adicción y especialmente fentanilo transmucoso.

Existirá un responsable de dicho programa de seguimiento en cada área de salud, que podrá ser el farmacéutico con atribuciones en atención primaria del área de salud o quien se estime oportuno en el área.

El sistema de detección tendrá 2 vías de entrada:

- Método de detección a partir de **datos de consumo** por receta.
- Método de **detección en consulta**

Queremos hacer énfasis que la prevención basada en la alerta temprana del mal uso de opioides siempre es preferible a la detección de adicciones ya establecidas. Apartado que será objeto de otro procedimiento.

6.1.1. Método de detección a partir de datos de consumo por receta.

Consiste en la búsqueda sistemática de pacientes con criterios de hiperconsumo basado en la explotación de los datos de dispensación de medicamentos con receta oficial del servicio Murciano de Salud.

Será el farmacéutico con atribuciones en atención primaria del área de salud el que se encargará de la detección de hiperconsumidores mediante la explotación de los datos de recetas dispensadas en AdN o el informe que se establezca en PIN para tal efecto, mensualmente.

Criterios para detección de pacientes

Pacientes con consumos de dosis superiores a las indicadas en la ficha técnica. Para el caso del fentanilo: consumidores de más de 4 comprimidos al día o más de 800/1600 mcg al día según la presentación del fármaco de forma persistente.

NOTA: El número de comprimidos al día es mejor indicador de adicción que la dosis total. De modo que un paciente con 8 comprimidos de 100 mcg al día es más probable que tenga adicción que uno que tome un comprimido de 800 mcg al día, siendo en conjunto la misma dosis diaria. La ausencia de la retirada del opioide de base, así como de otros fármacos coadyuvantes en el tratamiento del dolor o analgésicos no opioides también son indicadores de adicción.

NOTA: Al inicio del programa pueden detectarse muchos pacientes, por lo que será necesario realizar una priorización de la intervención basada en criterios de:

- Dosis o número de comprimidos día.
- Riesgos propios del paciente:
 - a. Edad.
 - b. Patologías orgánicas de base.
 - c. Comorbilidad psiquiátrica/adicciones.
 - d. Tratamiento con otros fármacos, como benzodiacepinas.
 - e. Cualquier indicio que pueda ser motivo de preocupación.

Para asignarle un nivel de prioridad al paciente es imprescindible contar con la impresión clínica del médico de atención primaria.

NOTA: Se está trabajando en la adaptación e implantación del modelo “HHS OIG Toolkits for Calculating Opioid Levels and Identifying Patients At Risk of Misuse or Overdose” <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-02-17-00560.asp>.

6.1.2. Método de detección en consulta

Desde unidad del dolor, Atención Primaria, en general cualquier prescriptor que atienda el paciente, Oficinas de Farmacia y Servicios de Urgencias (hospitalarias y extra hospitalarias) se informará al responsable del programa de detección del área ante un uso aberrante, hiperconsumo, sospecha de adicción, **mediante una interconsulta disponible en OMI y SELENE o al email o teléfono de contacto del responsable de seguimiento del área.**

Criterios para detección de pacientes

1. Pacientes con uso aberrante. ANEXO I Conductas Aberrantes relacionadas con los analgésicos opioides.
2. Hiperconsumo. Criterios para detección de pacientes
3. Sospecha de adicción. ANEXO II Criterios diagnósticos adicción DSM-V.

NOTA: Criterios adicionales recogidos en la bibliografía como puntos de entrada a un programa específico de descenso de dosis o deshabitación de opioides (25):

1. Pacientes en los que la causa del dolor se ha resuelto y no son capaces de abandonar el fármaco.
2. Los riesgos exceden a los beneficios esperados:

- a. Incremento del riesgo de sobredosis: Equivalentes de morfina más de 200 mg/día.
 - b. Interacciones Farmacológicas inevitables.
 - c. Evidencia clara de desvío del uso a usos no médicos.
 - d. Evidencia clara de adicción a opioides.
 - e. Uso aberrante de opioides.
 - f. El paciente no toma el opioide de base, exponiéndose a un riesgo.
3. Los efectos adversos son intolerables.
 4. A petición del paciente.
 5. Complicaciones clínicas
 - a. Hipogonadismo.
 - b. Apnea del sueño.
 - c. Hiperalgesia.
 6. Falta de eficacia del opioide.
 - a. A pesar de uso correcto.
 - b. Uso del opioide para controlar el ánimo, más que para controlar el dolor.
 - c. Necesidad de confirmación de la efectividad del opioide.
 7. Dosis de más de 90 miligramos equivalentes de morfina al día.
 - a. En pacientes con dolor crónico no oncológico se procederá a hacer un descenso controlado de la dosis hasta la dosis mínima eficaz con vistas a su retirada o rotación en función a los resultados.
 - b. En pacientes con dolor crónico no oncológico en los que el descenso de dosis suponga una dificultad extraordinaria.

6.1.3. Elaboración de los casos detectados

Una vez detectado un caso, por cualquiera de las 2 vías, el farmacéutico con atribuciones en atención primaria del área de salud **realizará un informe clínico de adherencia del tratamiento para el dolor que tiene prescrito el paciente**, que comprenderá el análisis preliminar de los siguientes datos:

- Diagnóstico principal que justifica su uso.
- Resto de comorbilidades.
- Consumo de opioides y resto de fármacos usados para el dolor en los últimos 6 meses.
- Evaluación de la adherencia a los fármacos y dosis prescritas.

Este informe se irá actualizando con las intervenciones llevadas a cabo o datos nuevos obtenidos.

6.1.4. Contacto con el médico de atención primaria (MAP)

Con toda esa información el responsable del seguimiento del área se pondrá en contacto con el médico de atención primaria y tratarán los siguientes puntos:

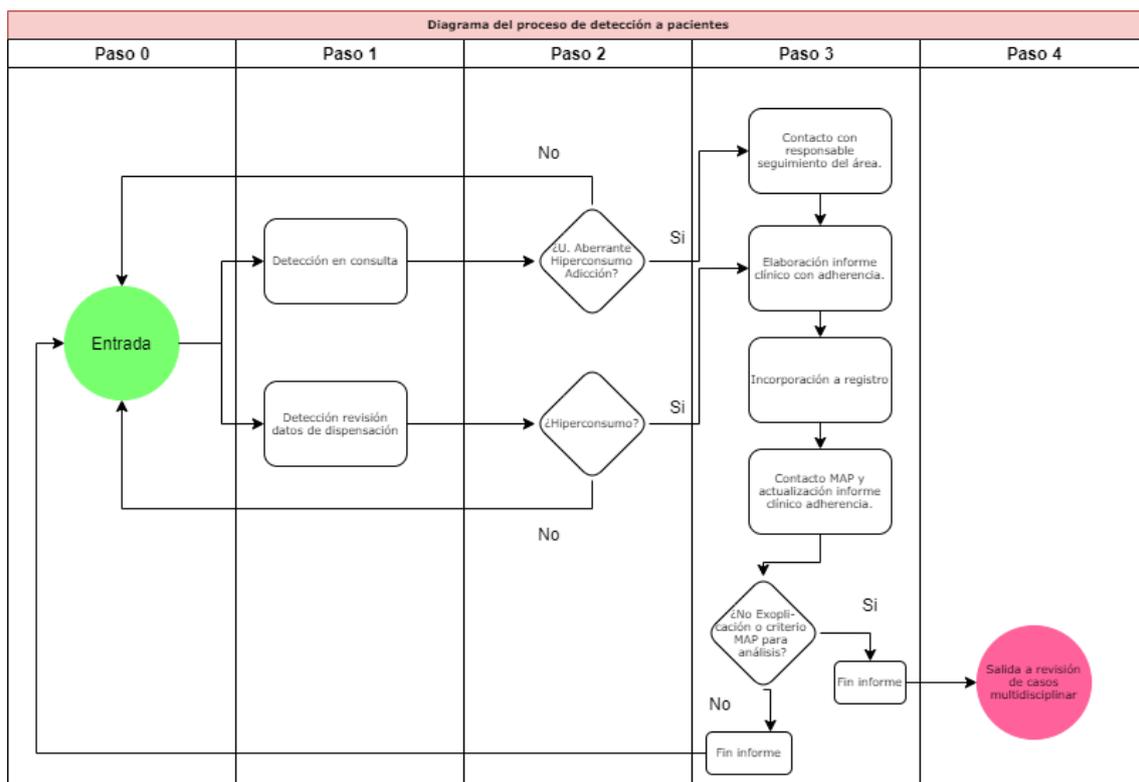
1. Se le informará de los datos de adherencia estimada.
2. Se le pedirá opinión clínica de la situación del paciente respecto a su hiperconsumo.

6.1.5. Conclusiones de la primera aproximación

1. Si toda la información recabada no explica las dosis usadas y/o el MAP considera que la situación requiere de la toma de medidas, se trasladará el caso a la siguiente etapa (Revisión de casos por equipo multidisciplinar).
2. Si por el contrario existe una explicación y el MAP decide que no es necesario, se continuará monitorizando al paciente sin más intervención.
3. En todo caso y ante la duda la recomendación es que un paciente hiperconsumidor sea revisado por un equipo multidisciplinar para poder optimizar/adecuar la terapia a los estándares y solicitar el uso fuera de indicación a la comisión regional de farmacia.

Se hará constar en el informe clínico de adherencia la conclusión final convenientemente razonada.

NOTA: Situaciones que normalmente pueden explicar hiperconsumo: Pacientes terminales con mal control de dolor a cargo de unidades de paliativos o pacientes evaluados por el comité multidisciplinar con autorización para continuar con consentimiento de la comisión regional de farmacia y terapéutica.



6.2.Revisión de casos por el equipo multidisciplinar

Existirá un equipo multidisciplinar que se ajuste al perfil del paciente, para analizar cada caso será coordinado por el responsable de seguimiento de casos y la dirección médica.

Para cada caso se emitirá un plan de acción coordinado con un calendario programado de acciones a llevar a cabo.

6.2.1. Equipo multidisciplinar para el estudio de los casos.

El responsable de la convocatoria del equipo multidisciplinar será la dirección médica del centro, a propuesta del responsable de seguimiento de casos.

Se convocará a un equipo multidisciplinar que se ajuste al perfil del paciente, puede estar formado por:

1. Un representante de la Dirección Médica del centro ‡.
2. El MAP responsable del paciente*.
3. Un Psiquiatra de la unidad de adicciones*.
4. Anestesista de Unidad del Dolor (O especialidad responsable de la indicación)*.
5. Un farmacéutico de hospital*.
6. Una Enfermera de Salud Mental.
7. Psicólogo clínico.

*Composición mínima recomendada.

‡Se recomienda que al menos acuda a la presentación del caso, para mostrar el apoyo institucional a las decisiones que se dicten.

Su misión será:

1. Evaluar el caso.
2. Establecer el plan de acción individualizado a seguir con cada paciente por todos los profesionales implicados en su atención.
3. Preparación para la derivación del paciente.
4. Derivar al paciente al CAD.

Los convocados que no puedan asistir serán informados del resultado de la evaluación y se incorporarán en el documento sus aportaciones, de haberlas.

NOTA: Para la puesta en marcha del equipo multidisciplinar, se contará con la colaboración de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, tras reunión con la gerencia del área.

6.2.2. Evaluación del caso por el equipo multidisciplinar

Cada profesional trasladará su impresión clínica del paciente.

La elaboración del caso por parte del equipo multidisciplinar seguirá el modelo siguiente:

Ilustración 5. Elaboración del plan terapéutico individualizado.



Ilustración 5. Elaboración del plan terapéutico individualizado.

Establecer el plan de acción individualizado

Con toda la información manejada, se establecerá el plan de acción individualizado a seguir con cada paciente. Decidiendo en este momento si el paciente:

1. Continúa en seguimiento, sin más intervención, con un criterio claro para reincorporarlo al proceso.
2. Se realiza alguna intervención (Por ejemplo, reajuste del tratamiento farmacológico, derivación a otros especialistas para valoración, etc.) y posterior seguimiento en sucesivas reuniones, con un calendario claro para tal efecto.
3. Se deriva a Salud Mental – CAD.

Quedarán plasmadas en un informe de SELENE a modo de acta de la reunión. Anexo XV.
Apartados del Informe de Selene emitido por el comité multidisciplinario:

6.2.3. Derivación del paciente a salud Mental - Adicciones

En el caso de que el psiquiatra del CAD no haya podido participar presencialmente en el equipo multidisciplinario, el responsable de seguimiento de casos comunicará al CAD la propuesta de incorporación, con el informe del equipo multidisciplinario definitivo.

Tan pronto se tenga confirmación de la cita, se procederá a la preparación de la derivación del paciente.

6.2.4. Preparación para la derivación del paciente

Es necesario llevar a cabo una serie de medidas previas que deben sincronizarse entre sí para garantizar que el paciente acuda convenientemente preparado a la cita con el CAD.

El objetivo de esta preparación es que siempre que el paciente demande opioides en otra instancia distinta a la unidad de adicciones (Unidad del Dolor, Urgencias o Médico de atención primaria, etc.) debe recibir el mismo mensaje:

**DEBE USTED ACUDIR A LA UNIDAD DE ADICCIONES,
SON LOS ÚNICOS QUE PUEDEN AYUDARLE**

Documento de la dirección donde indica que únicamente el CAD podrá llevar a cabo prescripciones de opioides a partir del día de la cita en dicha unidad.

La dirección médico emitirá una carta dirigida al médico de atención primaria que prescribe opioides al paciente en los términos del Anexo XVI.

Insertar la marca en SELENE de paciente CAD.

Consultar el Anexo XIV. Justificación e instrucciones del uso de la marca “deshabitación en cad” en selene.

Y añadir una alerta tipo sociosanitaria con el mensaje “Adicción a Opiáceos” (**Para que aparezca en AGORA**):

Insertar FLASH en OMI con información de paciente CAD.

**¡¡¡NO HACER RECETAS DE OPIACEOS/ESTUPEFACIENTES!!!
SOLO SE LAS PUEDEN HACER EN EL C.A.D. DE ZONA.**

Informar al servicio de urgencias hospitalarias del área.*

Desde la dirección médica se informará al Jefe de Servicio para que lo mencione a su equipo médico.

Informar a la Gerencia del 061*.

El responsable de seguimiento contactará con la dirección médica de la Gerencia de Emergencias sanitarias.

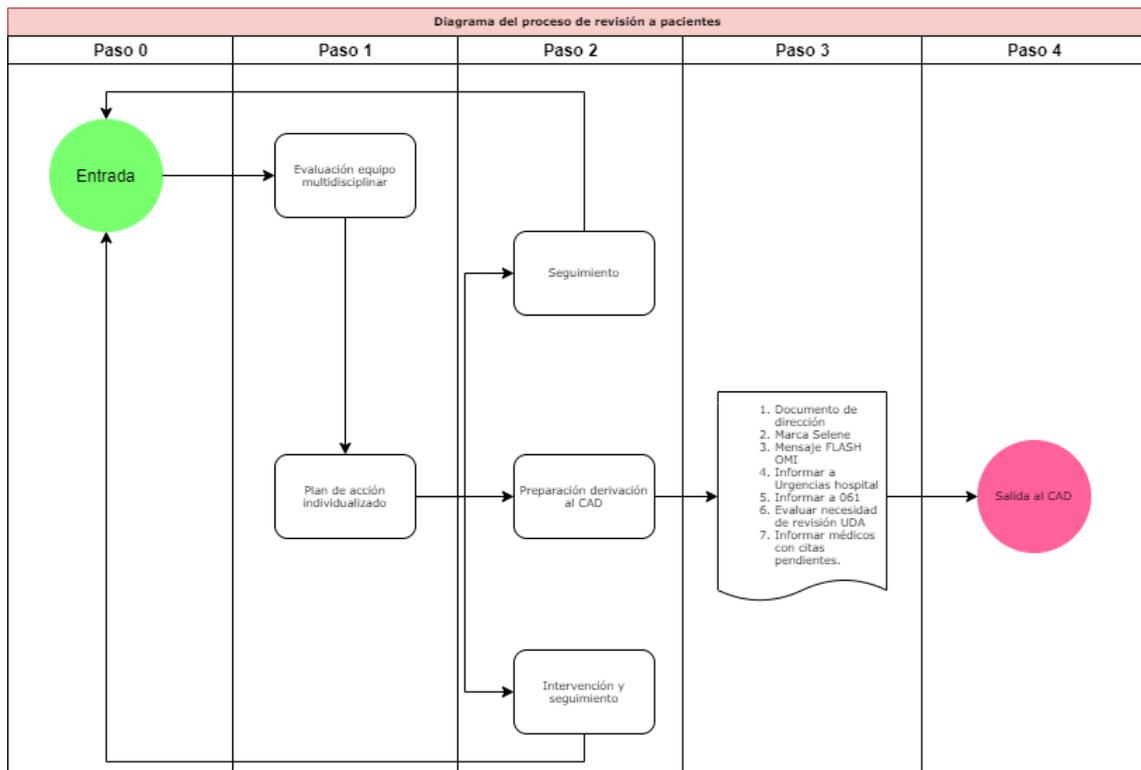
Evaluar necesidad de continuación de revisiones unidad del dolor.

Si desde la unidad del dolor no encuentran motivo imperativo (técnicas pendientes, bombas de infusión, estimuladores, etc.) para continuar las revisiones, deberán darle el alta al paciente y quedarán a expensas de que el CAD, puntualmente, pueda hacerles interconsultas para aclarar cuestiones relacionadas con el tratamiento del dolor del paciente si fuera pertinente.

Informar a médicos con citas pendientes en el hospital de la situación.

Se revisarán todas las citas pendientes del paciente con otros facultativos y se les informará de la situación, para evitar que se usen como prescriptores de opioides fuera del circuito aquí establecido.

*En caso de que fuera preciso por las características del paciente (Pacientes altamente demandantes, personalidades especiales, antecedentes del paciente, etc.).



6.3. Inclusión en el programa de deshabitación

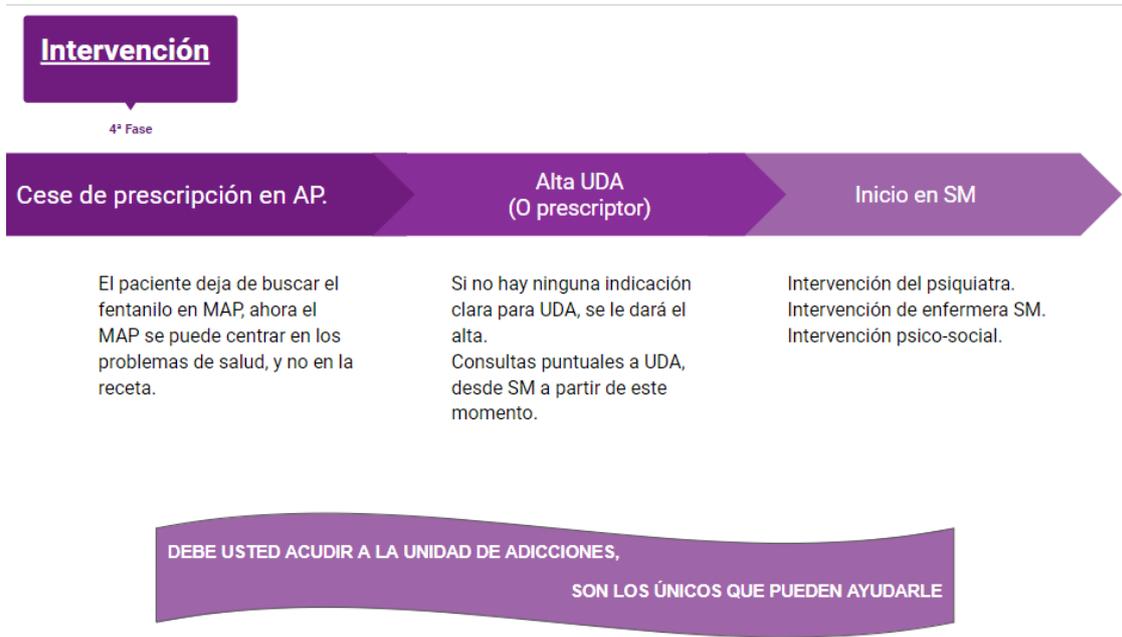
El paciente será informado de la derivación al CAD, como conclusión de la intervención multidisciplinar.

La restricción de prescripciones de opioides al paciente en todos los ámbitos salvo el CAD, es imprescindible para la seguridad del paciente y para garantizar el funcionamiento del proceso.

La forma de derivar estos pacientes al CAD está perfectamente establecida y se hará de forma coordinada.

Siempre que el paciente demande opioides fuera del CAD debe recibir el mismo mensaje: “Debe usted acudir a la unidad de adicciones, solo ellos pueden ayudarle”.

Debe primar el tratamiento de la adicción sobre el tratamiento del dolor, por el carácter corregible de la primera y el beneficio intrínseco sobre el dolor posterior.



6.3.1. Comunicación al paciente de la cita con el CAD.

Existen diversas formas de comunicar al paciente la decisión del equipo multidisciplinar, que se adaptarán a la situación individual de cada caso:

6.3.1.1. Comunicación por parte del MAP.

El propio MAP le comunicará al paciente que a partir de ese momento, desde la consulta de atención primaria no se podrán prescribir opioides y que debe acudir a la cita con el CAD para poder obtener las prescripciones.

6.3.1.2. Comunicación por parte del responsable de seguimiento.

El responsable de seguimiento contactará vía telefónica con el paciente y le informará de la situación, comunicándole la cita con el CAD, que en AP no podrán hacerle más recetas y que a partir de este momento será el CAD el único lugar donde obtener dichas recetas.

Esta vía puede reforzar la comunicación del primer punto por parte del MAP, para que el paciente comprenda que se trata de una acción institucional, no de una decisión directa de su médico.

6.3.1.3. Comunicación por parte del equipo multidisciplinar.

El equipo multidisciplinar, puede convocar al paciente e informarle en una consulta específica.

En todo caso la información que debe proporcionarse tiene los siguientes objetivos:

1. Hacer un relevo de la asistencia del tratamiento de la adicción de los actuales responsables del caso (UD, MAP) a los futuros (CAD), si bien el paciente será atendido por todos los profesionales de forma coordinada.
2. Transmitirle al paciente que se le ha diseñado un plan terapéutico para mejorar su salud y evitar los riesgos a los que se expone.
3. La única vía para poder continuar consiguiendo opioides es la de acudir al CAD.

Y puede seguir el siguiente guion:

- Se le indicará que en una fecha concreta ya no podrá hacerle recetas su médico de AP y solo podrá conseguir analgésicos opioides en el CAD.
- Se le indicará la necesidad de un seguimiento por parte de expertos dada la situación actual de su enfermedad.
- Si es necesario, se le informará de la hiperalgesia al fentanilo como pieza clave para iniciar el abordaje de su dolor.
- Si es necesario, se le transmitirán los riesgos para la vida y la salud que conlleva su situación actual.
- Si es necesario, se le explicará que para un abordaje óptimo del dolor es necesario primero controlar el exceso de dosis que está tomando y que no existe otra forma de hacerlo.

6.3.2. Restricción de prescripciones desde todos los demás ámbitos distintos a Unidad de Adicciones.

Previamente ya se ha informado a todos los profesionales de dicha restricción.

En el momento en el que el MAP informe al paciente de la cita con el CAD, le prescribirá los opioides de tal manera que el día de la consulta con el CAD el paciente necesite una nueva prescripción, indicándole que esa nueva prescripción se la harán en el CAD.

6.3.3. Abordaje del tratamiento del dolor

En el informe multidisciplinar se incorporará una propuesta de tratamiento aportada por el equipo para que sirva de base a la continuación del tratamiento durante la deshabitación. Habrá que tener en cuenta también los datos de retirada de medicamento de oficina de farmacia por parte del paciente, que suelen ser discrepantes con los pautados.

- **Opioide de base**

Es muy frecuente que no tomen su opioide de base, por lo que objetivar este hecho es fundamental para la seguridad del paciente.

En aquellos pacientes que no tomen su opioide de base se deberá abordar el motivo de su abandono: falta de eficacia, efectos adversos, dejadez, etc. Iniciándolo a una dosis baja, pues es condición *sine qua non* para la continuación segura de los rescates con fentanilo transmucoso y el control del dolor de forma simultánea. Posteriormente se revisará su dosis en función a la evolución del paciente y los objetivos de deshabitación planteados.

En todas las fichas técnicas de fentanilo transmucoso se recoge que para iniciar tratamiento con este fármaco el paciente debe estar en tratamiento de mantenimiento con opioide de base entendido como tomar al menos 60 mg de morfina oral al día o al menos 25 microgramos de fentanilo transdérmico por hora o al menos 30 mg de oxicodona al día o al menos 8 mg de hidromorfona oral al día o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más.

- **Evaluación del tratamiento base coadyuvante del dolor y análisis de tratamiento.**

Se recabará toda la información referente al tratamiento actualmente prescrito para el dolor, con todos los fármacos relacionados con el mismo, y no solo los opioides, y se cotejará con la retirada de medicación de farmacia como una medida subrogada de la adherencia (Hay que tener en cuenta que el hecho de que se retire la medicación de la farmacia no implica que se esté tomando adecuadamente).

Se ajustará el tratamiento a las dosis y pautas adecuadas, añadiendo o retirando fármacos y haciendo especial hincapié en que debe tomar su medicación tal y como se le ha prescrito especialmente en los pacientes que no toman el tratamiento.

A lo largo del seguimiento del paciente se reajustará este tratamiento tantas veces como sea necesario y se continuará el análisis de la adherencia a lo largo del proceso.

La optimización y adherencia al tratamiento no opioide es clave para el manejo del dolor.

En resumen, es conveniente revisar la adherencia (que suele ser baja o nula) al resto de tratamiento coadyuvante del dolor y valorar la necesidad de su reintroducción, por los beneficios que puede tener en el momento del descenso de la dosis.

La descripción de medicación se planteará en este paso, para evitar los efectos secundarios de la polifarmacia.

6.3.4. Objetivación de la dosis consumida por el paciente y abordaje de la continuación de la prescripción.

En todos los casos se procederá a establecer la dosis real consumida por el paciente, ya que se ha detectado que en muchas ocasiones no corresponde con la prescrita. Para esto se propone lo siguiente:

1. Se recabará la información en la consulta del propio paciente lo que él estima tomar y se contrastará con las cantidades retiradas de la oficina de farmacia que tendremos en el informe de derivación.

2. Si no hay discrepancias entre lo que retira y lo que dice tomar se continuará con el tratamiento de forma controlada.
3. Si hay discrepancias entre lo que retira y lo que dice tomar se procederá como sigue:
 - a. Se incluirá al paciente en el programa de prescripción vigilada desde la unidad de adicciones, con el fin último de **objetivar los rescates de fentanilo reales** que usa el paciente (En este punto se da por desconocida la dosis y pauta seguida por el paciente).
 - b. Si la **cantidad que el paciente dice usar es inferior a lo que ha retirado en la farmacia** se le **prescribirá** en receta electrónica la dosis y pauta **que el paciente dice usar**, con el intervalo de dispensación que se establezca por parte del facultativo (diario, semanal, etc.).
 - c. Si la **cantidad que el paciente dice usar es superior a lo que ha retirado en la farmacia**, se le **prescribirá** en receta electrónica una dosis y pauta **no superior a lo retirado previamente**, es decir se le dará menos fármaco del que reclama, por seguridad.
 - d. Se le informará de los cauces a seguir ante los problemas que pudieran surgir relacionados con la adicción y el descenso de dosis, también fuera del horario del CAD.

NOTA: estos pacientes deben tener acceso fácil a la atención sanitaria para resolver dichas incidencias, y así evitar que acudan al mercado negro (para el que, a priori, son naïve) a obtener alternativas para autotratar la abstinencia.
 - e. Se le proporcionará al paciente una planilla donde anotará la hora y la dosis tomada durante la semana (Ver Anexo IX. Modelo de diario de dosis de FENTANILO del paciente.).
 - f. El objeto de esta medida es doble:
 - i. Que el paciente tome conciencia de la cantidad real que se administra, pues es muy común que exista discrepancia entre lo que declara y los datos de retirada de la oficina de farmacia.
 - ii. Objetivar las características de autoadministración y dosis total administrada, para organizar la nueva pauta y evitar una intoxicación en el reajuste del tratamiento.
4. Se le indicará al paciente que no abandone su pauta habitual, ni intente restringirse las dosis respecto a su costumbre.

NOTA: El intento de disminución de dosis no controlado suele abocar al fracaso o complicación del tratamiento y en caso de abandonar y retomar el tratamiento a las mismas dosis hay un elevado riesgo de sobredosis por desaparición de la tolerancia: SIEMPRE DEBE SEGUIR LA PRESCRIPCIÓN HECHA EN EL CAD.
5. Se realizara una evaluación de la clínica de abstinencia a opioides, el probable diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica y un ajuste psicofarmacológico si fuera necesario.

Una vez establecida la dosis que el paciente toma, basada en el registro y en la cantidad de fármaco demandado continuaremos el abordaje en función a varias variables.

6.3.5. Escenarios de abordaje en el CAD

En este proceso se incluyen los siguientes escenarios, que no son excluyentes y en ocasiones pueden simultanearse y/o encadenarse según la situación clínica del paciente:

1. Inicio de un desescalado de dosis programado usando el fármaco de partida.
2. Rotación del opioide a otros más seguros y adecuados al paciente adicto (Metadona o buprenorfina).
3. Derivación a la unidad de hospitalización para desintoxicación hospitalaria/unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospital de referencia del área.

Si se opta por las opciones 2 o 3, se debe valorar iniciar con la opción 1, hasta que se puedan poner en práctica la opción definitiva.

6.3.5.1. *Desescalado de dosis programado.*

Una reducción brusca de los rescates aislada de otras acciones no puede llevarse a cabo fuera de un entorno especializado en el manejo de la adicción, por la seguridad para el paciente, por el componente psicológico de la adicción y entre otros motivos, porque fuera de ese contexto el intento de deshabitación puede romper el vínculo de confianza médico-paciente y poner en peligro la seguridad del paciente o abocarlo a la búsqueda de fármaco o un sustituto en el mercado negro.

1. Es importante remarcarle al paciente que no intente el descenso de dosis sin nuestra supervisión, pues al intentar dejar más dosis de las recomendadas puede tener brotes de abstinencia que lo lleven a aumentar, paradójicamente, el consumo.
2. El registro de las tomas realizado por el paciente es muy útil en este punto.
3. Si el paciente toma muchas dosis al día pero separadas por intervalos irregulares y la toma está claramente asociada a la abstinencia (no a crisis de hiperalgesia):
 - a. Se le debe proponer que tomen menos cantidad de dosis más frecuentemente (Es mejor tomar un comprimido a la hora que dos de golpe cada 2 horas),
 - b. le podemos proponer una forma más razonable de distribuirlo, para que siga una pauta con intervalos similares y no un patrón errático asociado a brotes de abstinencia.
 - c. Las tomas con dosis altas favorecen la tolerancia, la adicción e incrementan el riesgo de efectos adversos graves.
4. A veces la cantidad que consumen es tan alta que no es posible reconvertirla a ninguno de los fármacos habituales, por lo que el abordaje será:
 - a. Un descenso paulatino.
 - b. Una rotación controlada en la unidad usando dosis no equivalentes a las previas, sino basadas en la experiencia del clínico y sin sobrepasar las recomendaciones de las guías.
 - c. Derivación a unidad de hospitalización.

[Ver anexo V](#) para más detalles.

El desescalado se hará con prescripción electrónica controlada en REC **EXCLUSIVAMENTE** desde la unidad de adicciones (Ver Anexo XIII. Funcionamiento de la prescripción de opioides)

Dicha exclusividad se justifica por los siguientes motivos:

1. Garantizar la continuidad del tratamiento farmacológico y psicosocial.
2. La minimización del riesgo de mal uso, abuso o derivación de uso.
3. La evaluación de la evolución del tratamiento, para ajustar la dosis o el tratamiento auxiliar y/o psicosocial a la sintomatología del paciente, para que la experiencia de deshabitación gradual sea la adecuada a los objetivos del programa.

En casos especiales, y siempre a criterio médico, se puede optar por una dispensación controlada desde la unidad de adicciones con la colaboración del servicio de farmacia. Debido a que estos fármacos son de dispensación en oficina de farmacia será necesario contar con la autorización de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, para lo cual se solicitará, mediante informe clínico convenientemente motivado, a la comisión central de seguimiento creada a tal efecto.

6.3.5.2. Rotación del opioide a otros más seguros y adecuados al paciente adicto (Metadona y buprenorfina).

Si el paciente toma dosis dentro de las recogidas en la bibliografía y además toma su opioide de base regularmente, se propondrá una rotación a metadona o buprenorfina/naloxona a dosis adecuada.

Como además de la adicción, nos encontramos ante pacientes con dolor crónico, en ocasiones, y a criterio médico, puede ser útil pautar la dosis de metadona o buprenorfina/naloxona dividida, cada 8 o 6 horas incluso (o cada 12 horas en ancianos) (26), para optimizar el control de dolor tanto desde el punto de vista farmacológico como desde el efecto del reflejo condicionado.

Posteriormente, una vez estabilizado el paciente, pueden plantearse pautas cada 12 horas o incluso pautas diarias, según se crea conveniente (26).

Se seguirán los estándares ya conocidos por las Unidades de Adicciones para el cambio y ajuste de dosis (16).

Es importante remarcar la farmacocinética del parche de fentanilo que tiene una semivida de 17 horas después de la retirada debido a la creación de un tercer espacio, especialmente importante en el caso de LA ROTACIÓN A BUPRENORFINA, pues podemos creer que el paciente no tiene fentanilo en sangre y estar aún bajo sus efectos.

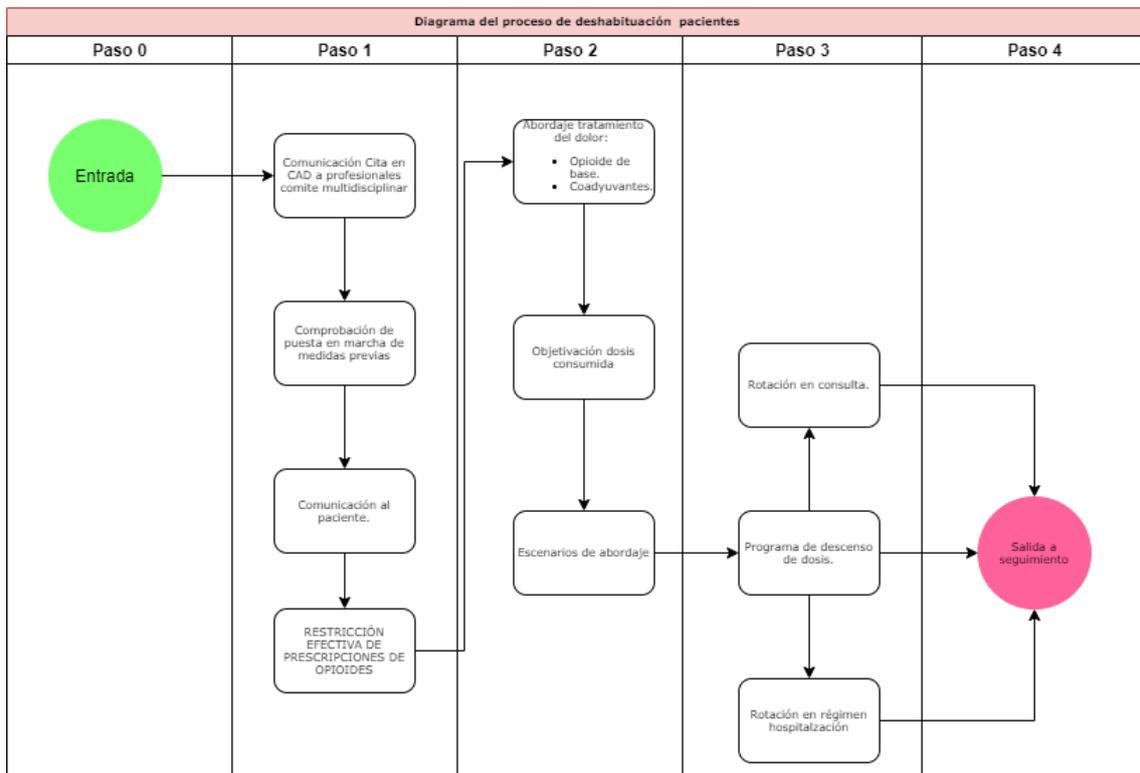
Es frecuente encontrar pacientes con dosis de fentanilo tales que su conversión, incluso con el descenso pertinente, se transforman en cantidades no seguras de metadona y buprenorfina, para los que la conversión debe plantearse con otros criterios y preferiblemente en hospitalización bajo supervisión de especialistas.

6.3.5.3. Desintoxicación en régimen de hospitalización.

En aquellos pacientes que fracase la rotación, tomen dosis que impidan una rotación segura, por preferencia del paciente o bien si es por cualquier otro criterio médico, se les propondrá la deshabitación en una unidad de internamiento especializada.

En todos los casos, y hasta que llegue el momento de la rotación de opioides y/o desintoxicación, se recomienda programar un desescalado de la dosis de forma progresiva, de tal suerte que en el momento del ingreso tenga una dosis lo más baja posible o bien si no va a ingresar poder alcanzar una dosis que permita una rotación segura de fármacos o una estabilización del paciente en dosis bajas y haciendo un uso razonable de fentanilo como rescate.

La derivación la realizará el CAD.



6.4. Seguimiento clínico coordinado

Debe existir una comunicación fluida con el CAD. Bien directamente, bien dejando constancia en informes clínicos que puedan ser accesibles en AGORA.

Sería deseable que la información generada por CAD estuviera disponible en AGORA (Tanto dosis activa de metadona, como información clínica). (NOTA: Hemos consultado varios informes de salud mental en agora y no aparecen, se debería revisar y darle valor a la opción de PÚBLICO o PRIVADO, para que se publicaran selectivamente y a criterio médico los informes que el psiquiatra valorara como públicos, en interés del paciente y los profesionales que lo asistan).

Existirá una comisión central de seguimiento.

El responsable del programa de detección de cada área, hará un seguimiento clínico - farmacoterapéutico que incluya la detección de retirada de fármacos opioides desde el momento de la detección hasta que reciba el alta de la unidad de adicciones, para garantizar que no haya recaídas que pasen desapercibidas.

Dada la idiosincrasia de la adicción, el riesgo de recaídas es muy importante, como lo es el riesgo de suicidio durante la deshabitación, las sobredosis accidentales y el de la búsqueda de sustancias similares en el mercado negro.

Todos los profesionales sanitarios involucrados en la asistencia de estos pacientes deben estar alerta a cualquier señal de alarma que les haga sospechar de cualquiera de esos riesgos expuestos y actuar con la diligencia y rapidez exigida por la situación para encauzarla de la forma más eficaz.

Así en AGORA podremos consultar en la opción Alertas Sanitarias:

▼ Alertas sanitarias (4)

ALERTA	FECHA	TIPO	OBSERVACIONES	PROFESIONAL	CENTRO
ADICCIÓN A MORFICOS	18/06/2020	SOCIOSANITARIA		DESCONOCIDO DESCONOCIDO	HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS MAR MENOR

6.4.1. Comisión central de evaluación y seguimiento

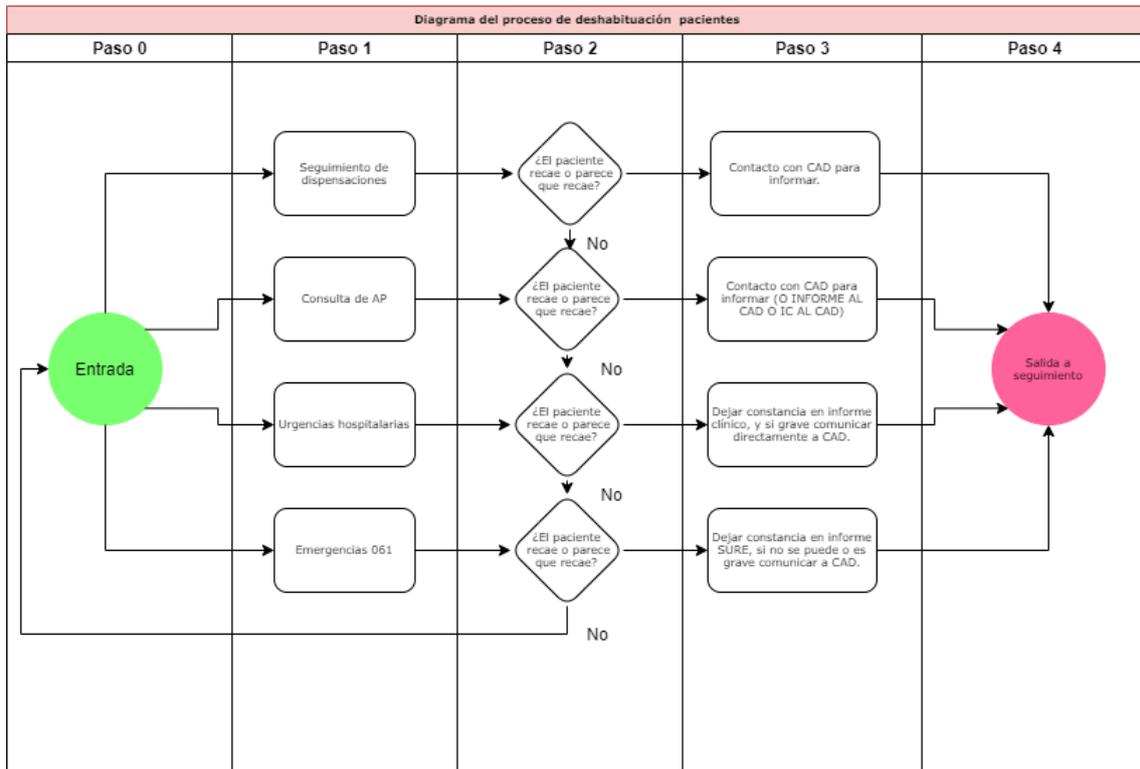
Existirá una comisión central de seguimiento compuesta por:

- Un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria adscrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Un psiquiatra adscrito a cualquiera de los CADs.
- Una enfermera de salud mental adscrita a cualquiera de los CADs.

Las funciones de esta comisión serán:

- Actualizar el presente procedimiento.
- Analizar la evolución del despliegue y desarrollo del procedimiento.
- Asesorar a profesionales sobre el funcionamiento del procedimiento.
- Diseño del registro de pacientes para su comunicación a salud pública.
- Promoción de la investigación.
- Implantación de intervenciones en el ámbito de la calidad asistencial.
- Revisar las solicitudes de dispensación controlada de opioides no exclusivos de dispensación para su posible autorización.

PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
(GC-PROT-XX). Agosto 2020. Página 34 de 66



7. Referencias:

1. Els C, Jackson TD, Kunyk D, Lappi VG, Sonnenberg B, Hagtvedt R, et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. En: The Cochrane Library [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [citado 20 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012509.pub2/abstract>
2. Els C, Jackson TD, Hagtvedt R, Kunyk D, Sonnenberg B, Lappi VG, et al. High-dose opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. En: The Cochrane Library [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [citado 20 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012299.pub2/abstract>
3. Kraus M, Lintzeris N, Maier C, Savage S. Recommendations for the Prevention, Detection, Treatment and Management of Prescription Opioid Analgesic Dependence: Outcomes From the Opioid Analgesic Dependence Education Nexus (OPEN) Meeting. *Int J Ment Health Addict.* 2016;14:313-21.
4. Cobaugh DJ, Gainor C, Gaston CL, Kwong TC, Magnani B, McPherson ML, et al. The opioid abuse and misuse epidemic: implications for pharmacists in hospitals and health systems. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm.* 15 de septiembre de 2014;71(18):1539-54.
5. Addressing Problematic Opioid Use in OECD Countries | OECD iLibrary [Internet]. [citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/a18286f0-en/index.html?itemId=/content/publication/a18286f0-en>
6. Salazar A, Moreno S, Sola HD, Moral-Munoz JA, Dueñas M, Failde I. The evolution of opioid-related mortality and potential years of life lost in Spain from 2008 to 2017: differences between Spain and the United States. *Curr Med Res Opin.* 1 de febrero de 2020;36(2):285-91.
7. Utilización de medicamentos opioides en España durante el periodo 2010-2018 [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/utilizacion-de-medicamentos-opioides-en-espana-durante-el-periodo-2010-2018/>
8. Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L de, Arcega Baraza A, Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L de, Arcega Baraza A. Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Rev Clínica Med Fam.* 2018;11(3):154-9.
9. DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf [Internet]. [citado 28 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
10. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM, Cabrera-León A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. Scoping Review. *Rev Saúde Pública* [Internet]. [citado 28 de julio de 2020];54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7135143/>

11. Rivat C, Ballantyne J. The dark side of opioids in pain management: basic science explains clinical observation. *Pain Rep* [Internet]. 8 de septiembre de 2016 [citado 28 de julio de 2020];1(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5741356/>
12. Veiga DR, Monteiro-Soares M, Mendonça L, Sampaio R, Castro-Lopes JM, Azevedo LF. Effectiveness of Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Two-Year Multicenter, Prospective Cohort Study With Propensity Score Matching. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2019;20(6):706-15.
13. Carmona-Bayonas A, Jiménez-Fonseca P, Castañón E, Ramchandani-Vaswani A, Sánchez-Bayona R, Custodio A, et al. Chronic opioid therapy in long-term cancer survivors. *Clin Transl Oncol Off Publ Fed Span Oncol Soc Natl Cancer Inst Mex*. febrero de 2017;19(2):236-50.
14. Boudreau D, Von Korff M, Rutter CM, Saunders K, Ray GT, Sullivan MD, et al. Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. diciembre de 2009;18(12):1166-75.
15. Wood E, Simel DL, Klimas J. Pain Management With Opioids in 2019-2020. *JAMA*. 10 de octubre de 2019;1-3.
16. 2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrigalcohol.pdf [Internet]. [citado 22 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrigalcohol.pdf
17. Hernández IL, Leza JC, Ladero JM, Fernández P de L. Drogodependencias. *Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. [Internet]. 2003 [citado 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=299610>
18. Arout CA, Edens E, Petrakis IL, Sofuoglu M. Targeting Opioid-Induced Hyperalgesia in Clinical Treatment: Neurobiological Considerations. *CNS Drugs Auckl*. junio de 2015;29(6):465-86.
19. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Can Med Assoc J*. 8 de mayo de 2017;189(18):E659-66.
20. Von Korff MR. Long-term Use of Opioids for Complex Chronic Pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. octubre de 2013;27(5):663-72.
21. Clark MR, Hurley RW, Adams MCB. Re-assessing the Validity of the Opioid Risk Tool in a Tertiary Academic Pain Management Center Population. *Pain Med Malden Mass*. 2 de febrero de 2018;
22. Moss RB, Carlo DJ. Higher doses of naloxone are needed in the synthetic opioid era. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 18 de febrero de 2019;14(1):6.
23. Kotlinska-Lemieszek A, Klepstad P, Haugen DF. Clinically significant drug-drug interactions involving opioid analgesics used for pain treatment in patients with cancer: a systematic review. *Drug Des Devel Ther*. 2015;9:5255-67.

24. The Neurobiology of Opioid Addiction and the Potential for Prevention Strategies | Neurology | JAMA | JAMA Network [Internet]. [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2680118>
25. CEP_OpioidManager2017_enc1IJ9.pdf [Internet]. [citado 29 de mayo de 2019]. Disponible en: https://cep.health/media/uploaded/CEP_OpioidManager2017_enc1IJ9.pdf
26. Oral Methadone Dosing Recommendations for the Treatment of Chronic Pain July 2016. 2016;11.
27. Passik SD, Kirsh KL. Opioid Therapy in Patients with a History of Substance Abuse. CNS Drugs. 1 de enero de 2004;18(1):13-25.
28. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | DSM Library [Internet]. [citado 13 de abril de 2018]. Disponible en: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
29. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. Pain Med Malden Mass. diciembre de 2005;6(6):432-42.
30. Committee JF. BNF 76 September 2018-March 2019. Pharmaceutical Press; 2018. 1640 p.
31. Wines JD, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. Overdose after detoxification: A prospective study. Drug Alcohol Depend. 10 de julio de 2007;89(2):161-9.
32. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, Rees S, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. BMJ. 3 de mayo de 2003;326(7396):959-60.
33. Davoli M, Bargagli AM, Perucci CA, Schifano P, Belleudi V, Hickman M, et al. Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study. Addiction. 2007;102(12):1954-9.
34. Abuse NI on D. How can prescription drug misuse be prevented? [Internet]. National Institute on Drug Abuse. -- [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/how-can-prescription-drug-misuse-be-prevented>

8. Definiciones:

9. Anexos

ANEXO I Conductas Aberrantes relacionadas con los analgésicos opioides

NOTA: Se propone usar el término “inusual” como eufemismo de “aberrante”, que puede tener alguna connotación negativa.

Indicador	Ejemplos
*Usar otra vía de administración	-Inyectar, morder, pulverizar los comprimidos.
*Acceder a opioides fuera del circuito oficial de medicamentos.	-Conseguirlos de familiares o amigos. -Comprarlos en el mercado negro. -Pedir recetas a otros médicos.
Uso no autorizado	-Tomar más rescates de los prescritos. -Subir la dosis sin orden médica. -Uso compulsivo más que ajustado a un horario.
Búsqueda de opioides	-Pérdidas recurrentes de recetas. -Quejas agresivas sobre la necesidad de más dosis. -Acoso al personal para demandar sus necesidades. -Frasas como “no me funciona otra cosa”, “no me funciona otra cosa”, etc.
Síntomas repetidos de abstinencia	-Disforia intensa, mialgias, síntomas gastrointestinales, ansias de dosis.
Circunstancias personales	-Adicción al alcohol, cocaína, cannabis u otras drogas. -Trastornos del ánimo o ansiedad que no responden a tratamiento.
Características sociales	-Deterioro de las relaciones sociales. -Aislamiento social. -Preocupación transmitida por los familiares.
Visión sobre la medicación opioide	-A veces reconoce ser adicto/a. -Fuerte resistencia al descenso de dosis o cambio de opioide. -Puede admitir que el consumo le permite sentirse mejor de ánimo. -Puede reconocer síntomas de abstinencia angustiantes.
Comportamientos aberrantes indicadores de un mal uso de opioides(27)	
*Comportamientos más indicativos de adicción que los demás.	

ANEXO II Criterios diagnósticos adicción DSM-V

Criterios para el trastorno de uso de opioides DSM-5 (28)

CONTROL DEFICITARIO

1. Los opioides a menudo se consumen en cantidades o durante un período más prolongado de lo que se pensaba.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir, controlar o abandonar el uso de opioides.
3. Se consume una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener el opioide, usar el opioide o recuperarse de sus efectos.
4. Ansia o un fuerte deseo de usar opioides.

La presencia de al menos 2 de estos síntomas indica un trastorno de uso de opioides (OUD)

DETERIORO SOCIAL

5. El uso recurrente de opioides da lugar a un incumplimiento de las principales obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Sigue haciendo un uso continuado de opioides a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se abandona o se reducen debido al uso de opioides.

La severidad de la OUD se define como:

LEVE:

La presencia de 2 a 3 síntomas.

CONSUMO DE RIESGO

8. Uso recurrente de opioides en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Uso continuo a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por los opioides.

MODERADO:

La presencia de 4 a 5 síntomas.

CRITERIO FARMACOLÓGICO*

10. Tolerancia*, definida como cualquiera de los siguientes:
 - a) Necesidad de cantidades notablemente mayores de opioides para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Efecto notablemente disminuido a pesar del uso de la misma cantidad de opioide.
11. Abstinencia*, manifiesta como cualquiera de los siguientes:
 - a) Síndrome de abstinencia característico de opioides.
 - b) La misma sustancia (o una estrechamente relacionada) se consume para paliar o evitar los síntomas de abstinencia.

GRAVE:

La presencia de 6 o más síntomas.

* Los pacientes a los que se prescriben medicamentos opioides para la analgesia pueden presentar estos dos criterios (abstinencia y tolerancia), pero no necesariamente se considerará que tienen un trastorno por uso de sustancias, siempre y cuando lo tomen bajo la supervisión médica adecuada y atendiendo a las instrucciones dadas por su médico.

ANEXO III Escala de valoración del riesgo potencial de adicción a opioides.

Escala de valoración del riesgo potencial de opioides (ORT) (16,29)

	Mujer	Hombre
ANTECEDENTES FAMILIARES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:		
Alcohol	1	3
Drogas ilegales	2	3
Medicamentos	4	4
ANTECEDENTES PERSONALES DE ABUSO DE SUSTANCIAS:		
Alcohol	3	3
Drogas ilegales	4	4
Medicamentos	5	5
EDAD: (marcar si la edad esta entre 16 y 45 años)	1	1
ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL:	3	0
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA:		
Déficit de atención, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar, esquizofrenia	2	2
Depresión	1	1

PUNTUACIÓN TOTAL

- **Riesgo bajo:** 1-3
- **Riesgo moderado:** 4-7 (se pueden usar analgésicos opioides con una monitorización cuidadosa y un seguimiento adecuado del paciente).
- **Riesgo alto:** ≥8 (en este caso, si es posible, evitar el uso de analgésico opioides).

*Sumar la puntuación donde corresponda.

ANEXO IV Rotación de opioides

Proceso de rotación de un opioide a otro (16)

1. Cálculo de la dosis equivalente de morfina (DEM) que corresponde al opioide que está tomando (opioide A)
2. Cálculo de la dosis del nuevo opioide (opioide B) que se corresponde con la dosis de morfina calculada en el paso 1.
3. Disminuir un 25-75% de la dosis de opioide B calculada en el paso 2 (margen de seguridad).
4. Administrar durante 3-7 días: 70% de la dosis del opioide A + 30% de la dosis calculada del opioide B calculada en el paso 3.
5. Administrar durante otros 3-7 días: 30% de la dosis del opioide A + 70% de la dosis del opioide B calculada en el paso 3.
6. A partir del día 7-15: 100% de la dosis del opioide B.
7. En el caso de que la dosis obtenida por este método esté fuera de las dosis máximas aceptadas como seguras, se debe personalizar la estrategia siguiendo otra metodología.

Guidelines for opioid rotation^[1]

Step 1:
Consider opioid rotation as a strategy to address the scenario of poor opioid responsiveness following dose titration.
The decision about the drug to which the patient is switched is empirical, based on prior experience of the patient and physician, availability, cost, and other factors.
When the new drug is selected, calculate the equianalgesic dose from an equianalgesic dose table.
If switching to any opioid other than methadone or fentanyl, identify an "automatic dose reduction window" equal to a reduction of 25 to 50 percent below the calculated equianalgesic dose.
If switching to methadone, the "automatic dose reduction window" should be a 75 to 90 percent reduction below the calculated equianalgesic dose. Great caution should be exercised in converting to methadone at doses of 100 mg or greater per day; consider inpatient monitoring, including serial EKG monitoring. Some have recommended that regardless of the oral morphine equivalent dose, methadone should be initiated at no more than 30 mg per day ^[2] .
If switching to transdermal fentanyl, do not do an automatic dose reduction and use the calculated equianalgesic dose included in the FDA-approved manufacturer's labeling for these formulations.
Select a dose closer to the lower boundary (25 percent reduction) or the upper boundary (50 percent reduction) of the "automatic dose reduction window" on the basis of a clinical judgment that the equianalgesic dose table is relatively more or less applicable, respectively, to the specific characteristics of the opioid regimen or patient:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Select a dose closer to the upper boundary (50 percent reduction) of the reduction if the patient is receiving a relatively high dose of the current opioid regimen, is not Caucasian, or is elderly or medically frail. ▪ Select a dose closer to the lower boundary (25 percent reduction) of the reduction if the patient does not have these characteristics or is undergoing a switch to a different route of systemic drug administration using the same drug.
Step 2:
Before finally selecting the starting dose of the new opioid, perform a second assessment of pain severity and other medical or psychosocial characteristics to determine whether to apply an additional increase or decrease of 15 to 30 percent to enhance the likelihood that the initial dose will be effective for pain, or conversely, unlikely to cause withdrawal or opioid-related side effects.
After the initial doses, assess response and titrate the dose of the new opioid regimen to optimize outcomes.
If a supplemental "rescue dose" is used for titration, calculate this at 5 to 15 percent of the total daily opioid dose and administer at an appropriate interval; an exception are the oral transmucosal fentanyl formulations, which should be initiated at one of the lower available doses irrespective of the baseline opioid dose.

EKG: electrocardiogram; FDA: Food and Drug Administration.

References:

1. Fine PG, Portenoy RK; Ad Hoc Expert Panel on Evidence Review and Guidelines for Opioid Rotation. Establishing "best practices" for opioid rotation: conclusions of an expert panel. *J Pain Symptom Manage* 2009; 38:418.
2. Chaham MS, Dodds A ES, Svengsouk JS, Juba KM. Dose ratios between high dose oral morphine or equivalents and oral methadone. *J Palliat Med* 2013; 16:947.

ANEXO V Desescalado de dosis de opioides

1. Es importante remarcarle al paciente que no intente el descenso de dosis sin nuestra supervisión, pues al intentar dejar más dosis de las recomendadas puede tener brotes de abstinencia que lo lleven a aumentar paradójicamente el consumo.
2. Pactar con el paciente una fecha para el inicio, en función a sus circunstancias personales.
3. El desescalado gradual puede oscilar entre 1 mes y 6 meses, aunque hay pacientes que se pueden beneficiar si se extiende a 18-24 meses.
4. Proponer/optimizar un tratamiento no farmacológico: terapia ocupacional, rehabilitación, fisioterapia, mindfulness, relajación, etc.
5. Si el paciente toma muchas dosis al día pero separadas por intervalos irregulares y la toma está claramente asociada a la abstinencia (no a crisis de dolor), se le debe proponer que tomen menos cantidad de dosis más frecuentemente, le podemos proponer una forma más razonable de distribuirlo, para que siga una pauta con intervalos similares y no un patrón errático asociado a brotes de abstinencia.
6. Tomar dosis altas favorece la tolerancia, la adicción e incrementa el riesgo de efectos adversos graves, por lo que se mantendrá en lo posible el número de comprimidos diario intentando reducir la dosis de cada toma, incluso alternando o combinando distintas presentaciones a lo largo del día..
7. Reducciones de entre el 5-10% cada 2-4 semanas son apropiadas para algunos pacientes, sin embargo hasta descensos del 2,5% han sido necesarios en pacientes.
8. Una vez alcanzada 1/3 de la dosis de partida, se desciende la velocidad de reducción a por ejemplo cada 4-8 semanas.
9. Existen protocolos de desescalado rápido, con la ayuda de ciertos fármacos que pueden llegar a usarse con éxito en algunos pacientes.
10. Las guías internacionales indican que se debe considerar la dispensación de la dosis diaria, para evitar el riesgo de sobredosis y el uso aberrante.
11. En pacientes controlados y en fase de estabilización se considerará la dispensación dos veces en semana, semanal, o la que mejor se adapte a cada caso, en función a su perfil y su capacidad de autogestionarse la distribución de dosis a lo largo de la semana (30).
12. Estas dispensaciones controladas se llevarán a cabo desde la unidad de adicciones, y tan pronto como la situación lo permita y siembre de forma personalizada, cuando no suponga un riesgo para el éxito de la terapia o la seguridad del paciente, se pasará al paciente a prescripción electrónica con la frecuencia que se estime, siempre con prescripciones hechas por el propio psiquiatra, en lugar de dispensación controlada desde la unidad de adicciones.
13. En todo momento se debe prestar atención al tratamiento coadyuvante para el manejo del dolor.
14. Se deben anticipar los efectos adversos de la abstinencia y disponer de un plan preparado para su abordaje, incorporando fármacos específicos del SAO preventivos.
15. Se debe informar a los pacientes de que la pérdida de la tolerancia ocurre tan pronto como en la primera semana de tratamiento y que hay un alto riesgo de sobredosis si retoman las pautas previas

ANEXO VI Recomendaciones para el tratamiento de los síntomas de abstinencia

1. No usar analgésicos opioides para tratar el cuadro.
2. Para la el cuadro agudo usar los siguientes fármacos para aliviar la sintomatología:

Síntoma	Fármaco	Dosis
Dolor, molestias y síntomas similares a la gripe.	Ibuprofeno Naproxeno Paracetamol Analgésicos en crema tópicos.	400 mg/6h 250 mg/6h 650mg /4h - /1000 mg /8h
Síndrome abstinencia vegetativo y dolor asociado a la abstinencia	Clonidina	0,15 mg/12h (Hasta 3 al día) Solo si PAS > 100 o FC > 60 en reposo) Se puede usar SOWS (Escala para la administración del paciente)
Insomnio	Quetiapina 25 mg Trazodona 50 mg	25 mg al acostarse durante 4 días. Luego reevaluar. 50-100 mg al acostarse durante 4 días. Luego reevaluar.
Náuseas y vómitos	Metoclopramida 10 mg Ondansetron 4 mg	10 mg/8 horas 4 mg PRN cada 6 horas máximo.
Ansiedad, picores, lagrimación, rinorrea, insomnio, calambres...	Hidroxizina	25-50 mg/8h
Retortijones intestinales	Mebeverina 135 mg	135 mg /8h
Calambres musculares	Baclofeno 10 mg	5 mg/8 horas y titular.

OTROS: Oxibutinina para sudoración, melatonina para insomnio, trazodona para dormir.

Una vez el paciente sea derivado a la unidad de adicciones no podrá recibir opioides ni prescripciones de opioides, especialmente parenterales (salvo situaciones altamente justificadas como infarto de miocardio, etc.) y siempre que los demande en otra instancia distinta a la unidad de adicciones (Unidad del Dolor, Urgencias o Médico de atención primaria) debe recibir el mismo mensaje:

**DEBE USTED ACUDIR A LA UNIDAD DE ADICCIONES,
SON LOS ÚNICOS QUE PUEDEN AYUDARLE**

Anexo VII Información para el paciente sobre la reducción gradual de dosis de opioides.

¿Por qué debería disminuir la dosis de opioides que estoy tomando?

Tomar dosis altas de opioides puede no aliviarnos el dolor a largo plazo. El alivio producido inicialmente con el opioide puede ir reduciéndose con el paso del tiempo a pesar de ir subiendo la dosis debido a un fenómeno llamado tolerancia.

En ocasiones los opioides pueden empeorar el dolor por un fenómeno conocido como “hiperalgesia inducida por opioides”.

También hay dolores, que simplemente no responden a los opioides y por eso el paciente no acaba de alcanzar la mejoría que espera a pesar de aumentos sucesivos de la dosis.

Los efectos adversos de los opioides aumentan con dosis mayores. En ocasiones los pacientes que usan opioides no son capaces de relacionar el efecto adverso con la medicación y eso supone un riesgo.

Estas son las principales razones por las que los pacientes que se someten a una reducción gradual de la dosis de opioides pueden llegar a tener menos dolor, mejor estado de ánimo, más autonomía y mayor calidad de vida.

Hemos comprobado cómo algunos pacientes, tras la reducción de la dosis o el cambio de tratamiento a otras alternativas, han podido darse cuenta de que los opioides no estaban siendo tan útiles como ellos creían.

¿Cuáles son los efectos adversos de los opioides a largo plazo?

Tolerancia: La medicación pierde el efecto conforme pasa el tiempo.

Dependencia física y/o psíquica.

Estreñimiento, náuseas, falta de apetito y en ocasiones obstrucción intestinal.

Mareos y vértigos que causan caídas, fracturas y accidentes de tráfico.

Fatiga, pérdida de fuerza, depresión.

Apnea del sueño o problemas de la respiración durante el sueño. Lo que puede afectar por el día al paciente con una mayor fatiga y falta de agilidad mental.

Bajos niveles de testosterona en hombres que pueden afectar a la libido, producir una sensación de falta de energía, estado de ánimo depresivo, pérdida de masa muscular, osteoporosis.

Bajos niveles de estrógenos y progestágenos en mujeres que pueden afectar a la menstruación, producir osteoporosis y producir una sensación de falta de energía.

Empeoramiento del dolor en algunas personas, especialmente a altas dosis, lo que se conoce como hiperalgesia inducida por opioides.

Otros muchos efectos adversos que puede consultar en el prospecto de su medicamento.

¿Qué puede pasarme durante el proceso de la reducción progresiva de la dosis de opioides?

1.- Dolor- Uno de los primeros síntomas de la retirada de opioides es un aumento del dolor. Este dolor puede ser el mismo por el que el paciente es tratado, pero también un dolor en las articulaciones y músculos del resto del cuerpo. Cuando este dolor es debido a la retirada del fármaco suele ceder en 1 o 2 semanas. Cuando la retirada de fármaco se hace de forma progresiva se minimiza este dolor y es bien tolerado. El dolor por el cual se está tomando el opioide normalmente no empeora.

Para evitar que la retirada del fármaco produzca dolor, paciente y médico deben pactar un plan para abordar su posible aparición y la manera de tratarlo, como por ejemplo, con actividad física suave, calor local, medicamentos no opioides, entre otros.

2.- Síntomas de abstinencia. Pueden ser desagradables, pero generalmente no son peligrosos.

Los síntomas de la retirada son similares a los de una gripe, pueden aparecer entre 6 a 36 horas de la última dosis de opioide, siendo más intensos entre las 24 y 72 horas desde la finalización del tratamiento. Este fenómeno sucede cuando se paran de tomar opioides de golpe. Por eso la propuesta que le hacemos pasa por una reducción gradual de la dosis para que el organismo se vaya adaptando progresivamente a la nueva dosis sin que los síntomas de retirada sean un problema para el paciente.

- Sudores, escalofríos, piel de gallina.
- Dolor de cabeza músculos y articulaciones.
- Retortijones abdominales, náuseas. Vómitos, diarrea.
- Cansancio, ansiedad problemas para dormir.

Su médico le explicará qué hacer en caso de que se presenten y le prescribirá medicación si fuera necesario para tratarlos. En caso de que necesite ayuda adicional no dude en contactar con su médico o enfermera o acudir a urgencias. Evite usar más opioides de los prescritos para abordar estos síntomas, pues supone retroceder en el tratamiento y alargar el proceso innecesariamente. Existen tratamientos para estos síntomas que pueden ayudarle a sobrellevarlos de una forma sencilla.

¿Cómo se abordar una reducción progresiva de la dosis de opioides?

Busque apoyo en su familia, amigos y el personal sanitario que le atiende.

Tenga preparado un plan para gestionar el dolor relacionado con la abstinencia.

Tenga preparado un plan para gestionar el síndrome de abstinencia: ansiedad, insomnio, etc.

Infórmese sobre las estrategias no farmacológicas para el tratamiento del dolor.

En el proceso de descenso de dosis, los síntomas de abstinencia pueden ser desagradables, cuando esto ocurra coméntelo con su médico o enfermera, que le ayudaran a resolver el problema.

Recuerde que la meta de este tratamiento es mejorar su calidad de vida y reducir los daños potenciales del tratamiento.

Hay distintas estrategias para reducir la dosis de opioides:

- Rápida: requiere control médico e incluso hospitalización.
- Gradual
- Cambio directo a otros fármacos.

Su médico le comentará las posibilidades, riesgos y beneficios de cada uno de estos abordajes y conjuntamente decidirán cuál es el más adecuado a sus circunstancias.

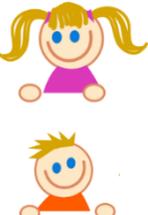
Es muy importante que tenga en cuenta que una reducción brusca de la dosis aislada de la intervención de la unidad de adicciones es poco probable que resulte exitosa, le supondrá un riesgo y sufrimiento innecesario y puede ponerle en peligro innecesariamente.

ATENCIÓN

UNA VEZ HAYA REDUCIDO LA DOSIS O EL NÚMERO DE TOMAS DE OPIOIDE NO DEBE BAJO NINGÚN CONCEPTO VOLVER A LA DOSIS O AL NÚMERO DE TOMAS ANTERIOR PUES CORRE EL RIESGO DE SUFRIR UNA PARADA RESPIRATORIA E INCLUSO LA MUERTE.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR

CONSERVE ESTA HOJA Y LEALA REGULARMENTE PARA NO OLVIDARLO

	<p>El alivio completo de su dolor es poco probable.</p> <p>Los opioides pueden mejorar su funcionalidad (su capacidad para estar más activo) y pueden reducir el dolor. El objetivo principal de este tratamiento es aumentar la capacidad personal y la autonomía para las actividades de la vida diaria.</p>
	<p>Los opioides pueden provocar efectos adversos. (Para más información, leer el prospecto.)</p> <p>Los efectos adversos frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Náuseas (28%),• Estreñimiento (26%),• Somnolencia (24%),• Boca o la piel seca (15%),• Picor (15%)• Vómitos (15%)• Entre otros. <p>SI LE AFECTAN CONSULTE CON SU MÉDICO YA QUE PUEDE AYUDARTE A EVITARLOS O MEJORARLOS.</p>
	<p>Importante embarazadas</p> <p>Si toma estos medicamentos durante el embarazo, el bebé podría nacer con dependencia de ellos y desarrollar un síndrome de abstinencia tras el nacimiento.</p>
	<p>Sobredosis y riesgo de muerte.</p> <p>La sobredosis de opioides es infrecuente, pero usted y su familia deben saber reconocer los signos:</p> <ul style="list-style-type: none">- La sobredosis hace que el pensamiento y la respiración vayan más lentos. Esto podría provocar daño cerebral, traumatismos e incluso la muerte.- Mezclar los analgésicos opioides con alcohol o sedantes (pastillas para la ansiedad o para dormir) aumentan el riesgo de sobredosis.- Debe acudir al médico urgentemente si nota cualquiera de los siguientes síntomas: habla pastosa, disgustarse o gritar fácilmente, dificultad para mantener el equilibrio, dormirse en medio de una conversación o una actividad.
	<p>Mantener fuera del alcance y la vista de los niños</p> <p>Debe guardar su medicación en casa de forma segura (preferiblemente en un armario alto y con llave). La toma accidental de estos fármacos por un niño puede causarle la muerte.</p>

	Pueden producir dependencia física									
	<p>Los síntomas de abstinencia a opioides son:</p> <table border="0"><tr><td>✓ Dolor de estómago</td><td>✓ Temblor</td></tr><tr><td>✓ Sensación de estar nervioso</td><td>✓ Secreción nasal</td></tr><tr><td>✓ Diarrea</td><td>✓ Lagrimeo</td></tr><tr><td>✓ Dolor articular o muscular</td><td>✓ Escalofríos (vello de punta)</td></tr><tr><td>✓ Corazón acelerado</td><td>✓ Dilatación de las pupilas</td></tr></table> <p>- Puede ocurrirle si usted deja de tomar la medicación opioide bruscamente. - La abstinencia no es peligrosa, pero puede ser muy desagradable. - Su médico dirigirá la interrupción de la medicación para que no tenga estos síntomas.</p> <p><u>SI NO PUEDE CONTROLAR EL IMPULSO DE TOMAR EL FÁRMACO CONSULTE CON SU MÉDICO.</u></p>	✓ Dolor de estómago	✓ Temblor	✓ Sensación de estar nervioso	✓ Secreción nasal	✓ Diarrea	✓ Lagrimeo	✓ Dolor articular o muscular	✓ Escalofríos (vello de punta)	✓ Corazón acelerado
✓ Dolor de estómago	✓ Temblor									
✓ Sensación de estar nervioso	✓ Secreción nasal									
✓ Diarrea	✓ Lagrimeo									
✓ Dolor articular o muscular	✓ Escalofríos (vello de punta)									
✓ Corazón acelerado	✓ Dilatación de las pupilas									

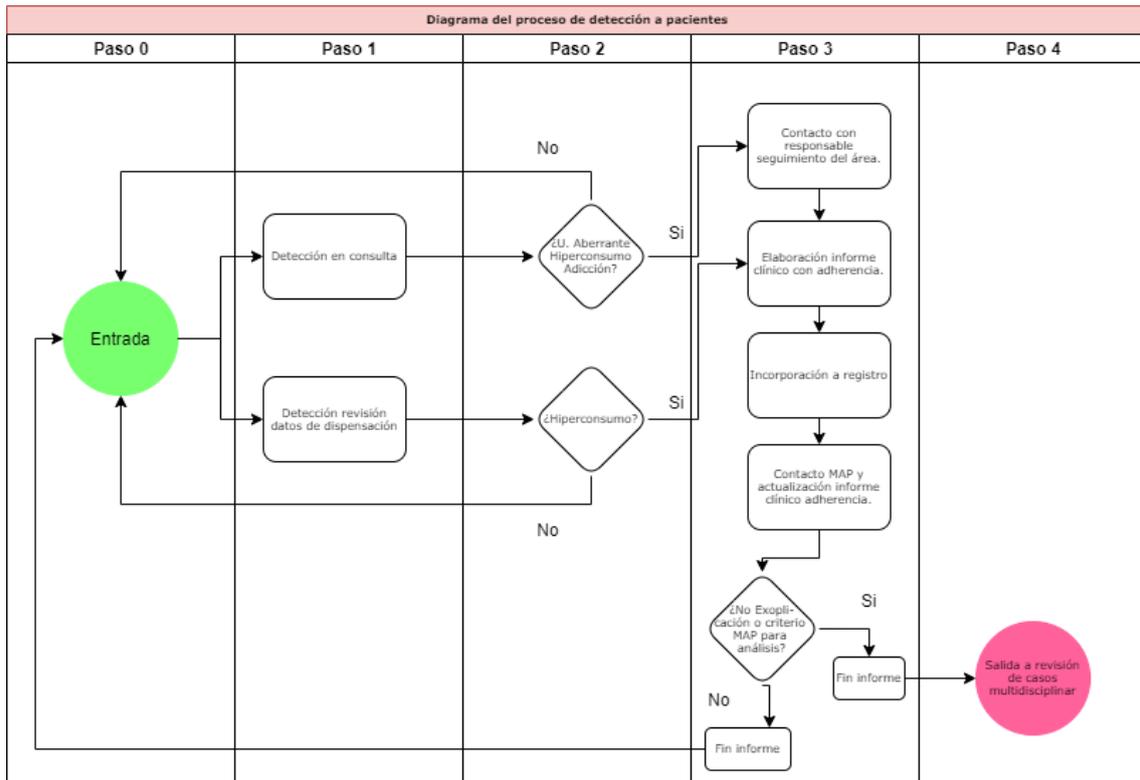
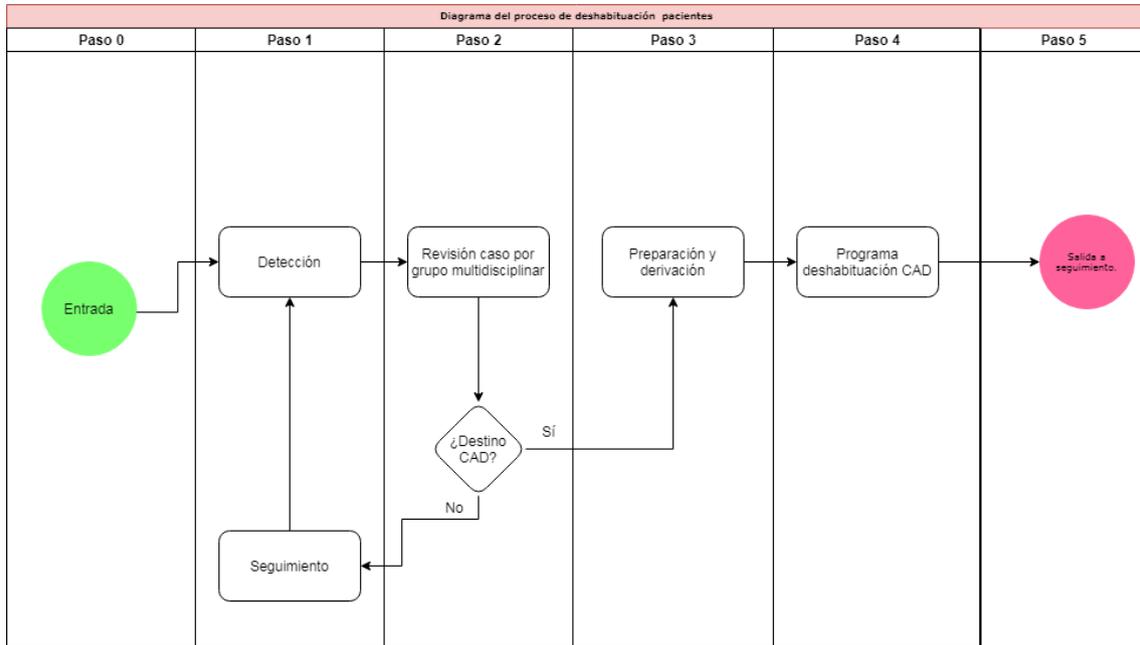
	Conducción
	<p>AFECTA DE MANERA MUY MARCADA A LA CAPACIDAD DE CONDUCIR.</p> <ul style="list-style-type: none">- No conduzca ni maneje maquinaria peligrosa, su médico le informara tras el inicio y seguimiento del tratamiento cuando puede volver a conducir.- NUNCA debe conducir ni manejar maquinaria peligrosa inmediatamente después de haber tomado el fármaco, aun cuando su médico le haya autorizado a hacerlo, debiendo esperar hasta que se pase su efecto y este seguro de que tiene plena capacidad para hacerlo, ya que le puede causar lesiones o causárselas a terceros.

	Minimizar riesgos: Siga indicaciones de su médico
	<ul style="list-style-type: none">- Tome la medicación tal como se la ha prescrito su médico.- El uso de dosis elevadas de opioides puede causar depresión respiratoria y muerte.- Si gasta más medicación de lo recetado o pierde una receta probablemente su médico no pueda hacerle otra.- Un puede dejar de tomar la medicación ni reiniciarla por su cuenta. <p>No comparta esta medicación con nadie</p> <ul style="list-style-type: none">- La medicación que le ha recetado su médico es solo para usted.- No debe darle su medicación a nadie; es ilegal y puede dañar o matar a alguien.- Alguien que no esté acostumbrado a esta medicación podría experimentar una reacción grave (incluso la muerte).

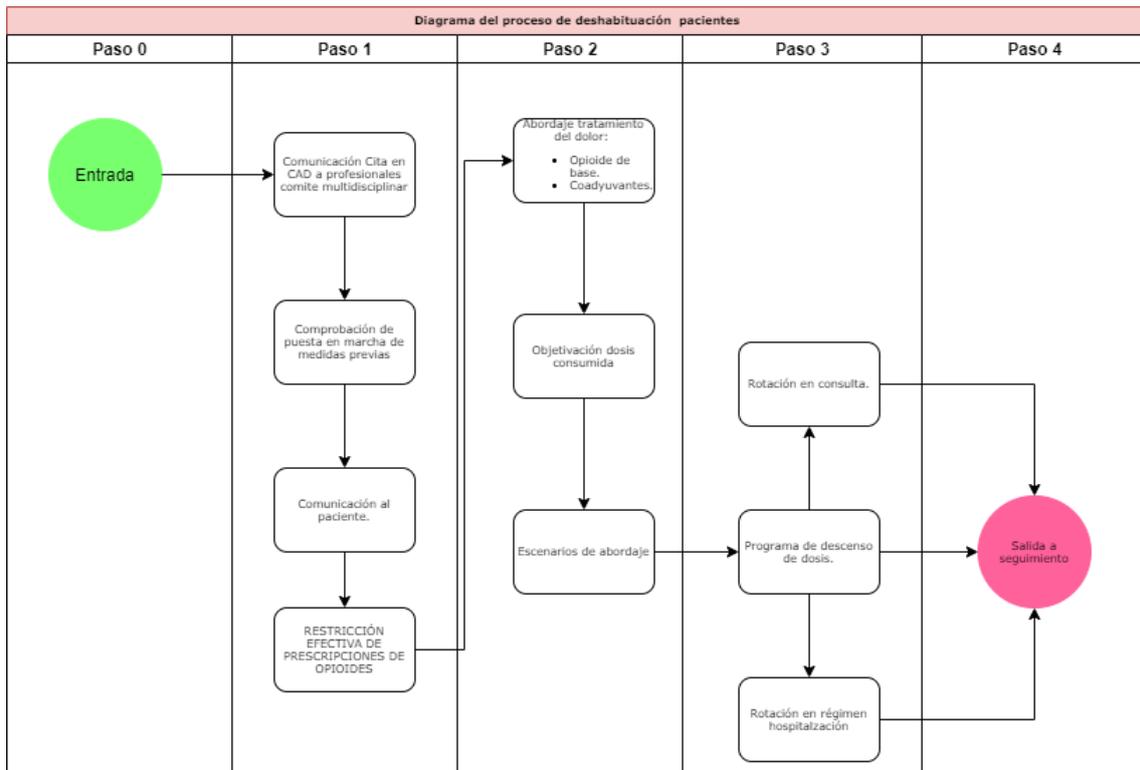
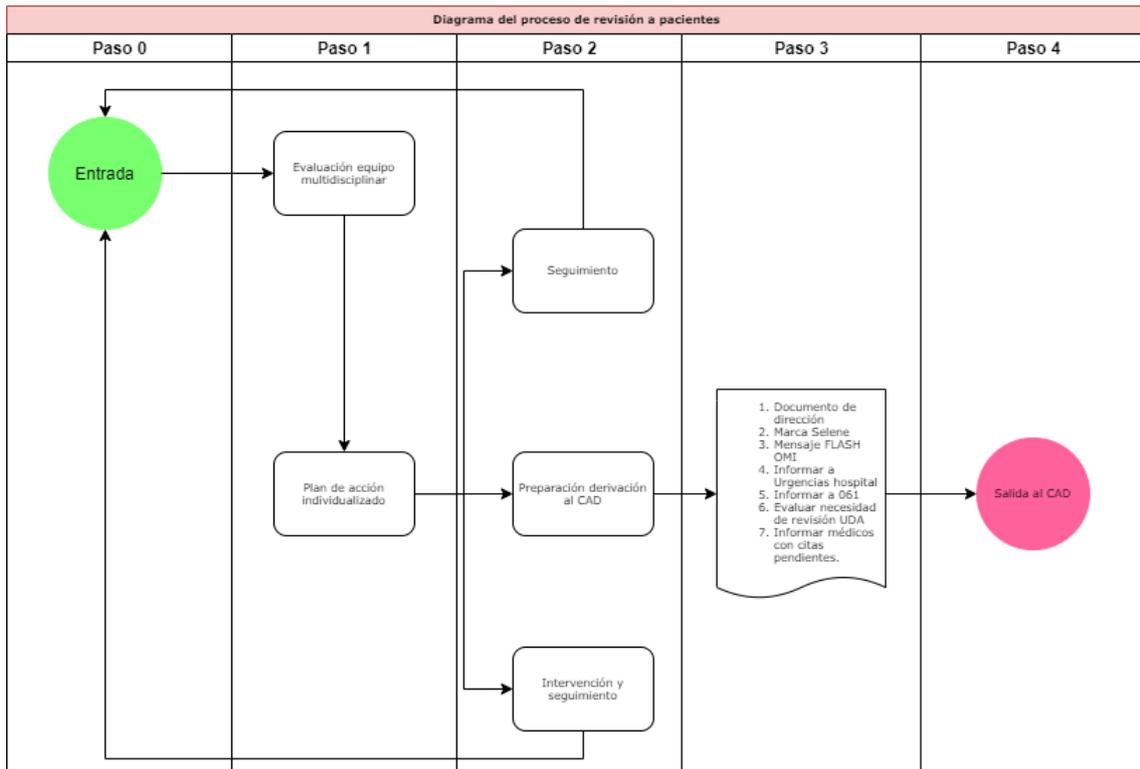
	Si tiene dolor a pesar de la medicación
	<p>Su cuerpo se puede llegar a “acostumbrar” a estos medicamentos, sintiendo más dolor al cabo de un tiempo.</p> <p>Incluso en algunos casos el tratamiento puede empeorar el dolor al cabo de un tiempo. En estos casos, NO AUMENTE LA DOSIS POR SU CUENTA, ES PELIGROSO. CONSULTE SIEMPRE CON SU MÉDICO.</p>

LEA DETENIDAMENTE EL PROSPECTO Y SI NO ENTIENDE ALGO CONSULTE A SU MÉDICO O FARMACÉUTICO.

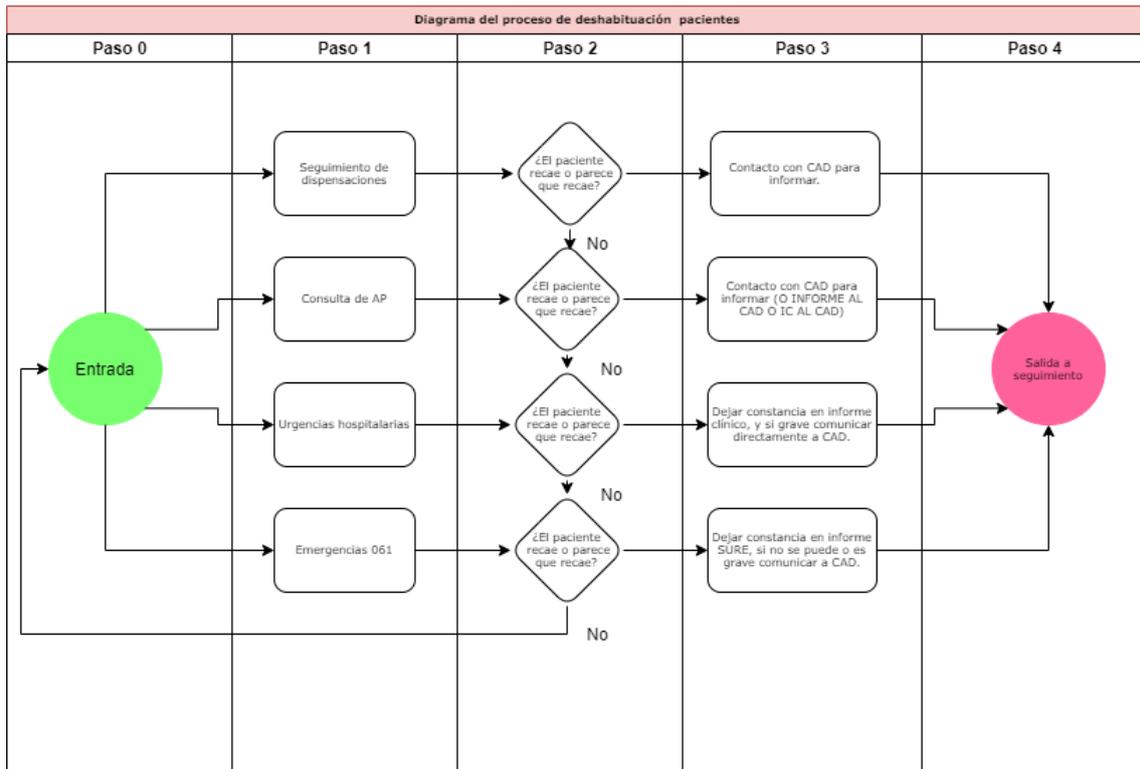
Anexo VIII Esquema actuación abordaje adicción opioides de prescripción



PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
(GC-PROT-XX). Agosto 2020. Página 50 de 66



PROCEDIMIENTO PARA LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA ADICCIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
(GC-PROT-XX). Agosto 2020. Página 51 de 66



Anexo X. Modelo de calendario de reducción de dosis de FENTANILO.

Apellidos				Nombre		NHC		
Fecha Inicio							Porcentaje reducción inicial	
Dosis diaria de partida		Dosis toma inicial			Frecuencia toma inicial			
MEDICAMENTO				Observaciones				
	Fecha Inicio	Fecha Fin	Semanas	Dosis	Frecuencia	Dosis diaria	Porcentaje reducción*	Presentaciones necesarias/semana.
0	01/01/1001	15/01/1001	2 semanas	XXX mcg alternando XX con XXXX	Cada hora con descanso nocturno (XX tomas)	XXXXX mcg	2.5%	XXX mcg X uds XXX mcg X uds
1								
2								
3								
4								
5								
6								

*La reducción de dosis recomendada es entre el 5-10% cada 2-4 semanas son apropiadas para algunos pacientes, sin embargo hasta descensos del 2,5% han sido necesarios en algunos pacientes. Una vez alcanzada 1/3 de la dosis de partida, se desciende la velocidad de reducción a por ejemplo cada 4-8 semanas. Será siempre preferible bajar la dosis por toma antes que el número de comprimidos día.

Anexo XI. Directorio de recursos relacionados con la atención a pacientes con adicción a fármacos de prescripción.

Unidad de Hospitalización

HGURS

4ª Planta centro UTX

Dra. Isabel Peñalver Garcerán/ Dr. Julián Oñate Gómez

Teléfono: 910199/359447

Unidad de Conductas Adictivas

Área 1,6 y 7.

Coordinador: Rosa Mª Gómez

Rosam.gomez@carm.es

Teléfono: 968 35 90 62

Fax: 968 35 93 91

Dirección: Avda La Fama 1 30003 Murcia

Unidad de Conductas Adictivas de Mula

Coordinador:

Antonio.micol@carm.es

Teléfono: 968 66 05 50 - 968 63 70 43

Fax: 968 66 20 55

Dirección: Avda Viñegla s/n.CP 30170. Mula

U.T.O. de Mula

Coordinador:

Teléfono: 968 66 07 44

Fax: 968 66 20 55

Unidad de Conductas Adictivas de Cartagena
Coordinador (drogas): D. Ricardo Ortega Ricardol.ortega@carm.es Teléfono: 968 32 66 99 Teléfono metadona: 968 32 67 17 Fax: 968 52 77 56
U.T.O. de Cartagena
Teléfono: 968 32 66 99 Dirección: Plaza de San Agustín nº3. 30201 Cartagena
U.T.O. de Mazarrón
Coordinador: D. Ricardo Ortega Dirección: Centro de Salud del Puerto de Mazarrón
U.T.O. de La Unión
Coordinador: D. Ricardo Ortega Dirección: Centro de Salud de La Unión
U.T.O. de Fuente Álamo
Coordinador: D. Ricardo Ortega Dirección: Centro de Salud de Fuente Álamo
Unidad de Conductas Adictivas de Lorca
Coordinador: D. Alvaro Crespo Portero Teléfono: 968 46 91 79 - 968 46 83 08 - 968 46 00 65 - 968 46 00 63 Dirección: C/ Tenor Mario Gabarrón nº 4 , 30800 - Lorca Fax: 968 47 04 05
U.T.O. de Lorca

Teléfono: 968 46 15 96

Dirección: C/ Tenor Mario Gabarrón nº 4 , 30800 - Lorca

U.T.O. de Totana

Dirección: Centro de Salud de Totana

Teléfono: 968 42 03 87

Fax: 968 42 45 58

Unidad de Conductas Adictivas de Águilas

Coordinador: D. Fernando Lojo Frischi

fernandom.lojo@carm.es

Consultorio Casa del Mar. C/ Explanada del Muelle s/nº CP 30880 Aguilas

Teléfono: 968 92 70 15

Fax: 968 44 94 55

U.T.O. de Aguilas

Dirección: Consultorio Casa del Mar. C/ Explanada del Muelle s/nº CP 30880 Aguilas

Teléfono: 968 92 70 15

Fax: 968 44 94 55

Unidad de Conductas Adictivas de Caravaca

Coordinador: Antonio Micol Torres

Antonio.micol@carm.es

Teléfono: 968 70 83 22

Dirección: C/ Junquico, s/n (Recinto Hº Comarcal Noroeste) 30400

Fax: 968 70 52 75

U.T.O. de Caravaca

Teléfono: 968 70 83 22

Dirección: C/ Junquico, s/n (Recinto Hº Comarcal Noroeste) 30400.

Unidad de Conductas Adictivas de Yecla
Coordinador: D. Selman Franco Salonia Amín selmanf.salonia@carm.es Teléfono: 968 75 00 00- 968 75 16 50 Dirección: C/ Pintor Juan Albert nº 2 (junto a Centro de salud "La Herratilla") 30510-Yecla Fax: 968 79 31 31
U.T.O. de Yecla
Teléfono: 968 75 00 00 - 968 75 16 5 Dirección: C/ Pintor Juan Albert nº 2 (Junto al Centro de Salud "La Herratilla").
Unidad de Conductas Adictivas de Jumilla
Coordinadora: D ^a Ana María García Herrero anam.garcia38@carm.es Teléfono: 968 78 22 61 Dirección: C/ Barón del Solar, s/n, 30520-Jumilla Fax: 968 78 35 88
U.T.O. de Jumilla
Dirección: C/ Barón del Solar, s/n. CP 30520. Jumilla Teléfono: 968 78 22 61
Unidad de Conductas Adictivas Mar Menor
Coordinadora: D ^a Pilar Galindo Piñana mariap.galindo@carm.es Teléfono: 868 10 76 04 Dirección: Paraje Torre de Octavio 54, 30739, Pozo Aledo - San Javier Fax: 868 10 76 15
U.T.O. Mar Menor

Dirección: Paraje Torre de Octavio 54, 30739, Pozo Aledo - San Javier

Teléfono: 868 10 76 04

Unidad de Conductas Adictivas de Cieza

Coordinador: Desiderio Mejias Verdú

desiderio.mejias@carm.es

Teléfono: 968 45 35 08

Dirección: Avda. Italia s/nº, 30500 Cieza

Fax:968 45 35 08

U.T.O. de Cieza

Teléfono: 968 45 35 08

Dirección: Avda. Italia s/nº, 30500 Cieza

Acogida de enfermería

La enfermera hará una valoración general de los patrones funcionales, siguiendo el procedimiento que le marca el formulario de Selene para acogida de pacientes en la Unidad de Adicciones.

Donde se explorarán cuestiones como:

- Quien lo ha derivado.
- Si sabe por qué viene.
- Indagación sobre la autopercepción de conducta adictiva.
- Recabar todos los tóxicos que toma y la historia con los mismos.
- Cuando y como empezaron.
- Si han dejado de consumir en algún momento y como lo hizo.
- Cuando se ha tomado la última dosis.
- Sueño, alimentación, actividad física ansiedad depresión, irritabilidad, ideación de muerte, intentos autolíticos.
- Otros tóxicos.
- Conductas de riesgo.
- Antecedentes salud mental y/o consumo de la familia.

Consulta del paciente con el equipo multidisciplinar

Será la primera entrevista del paciente con el equipo multidisciplinar, que como mínimo estará formado por Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Enfermera y Farmacéutico. Una vez examinado el paciente, el equipo ratificará o rectificará el plan de acción individualizado consensuándolo con el paciente y adaptándolo a sus necesidades y preferencias, siempre dentro de un marco dirigido por los profesionales.

En ningún momento se debe asumir que el paciente toma el medicamento estrictamente como se le ha prescrito, y debe objetivarse si usa más o menos de lo que consta en sus informes por el medio más eficaz a nuestro alcance (3).

Se puede plantear el alta temporal en la unidad del dolor, salvo para consultas específicas, mientras el paciente es atendido en el contexto del equipo, de modo que desde la unidad de adicciones se hará una interconsulta a la unidad del dolor cuando se estime oportuno.

Cuando sea pertinente se considerará “PACIENTE ADICTO CON DIAGNOSTICO DUAL”, en cuyo caso se priorizará el abordaje de la comorbilidad psiquiátrica en el dolor crónico.

Anexo XII. Modelo propuesto para registro de pacientes en Salud Pública

Se creará un registro de pacientes hiperconsumidores de Fentanilo Transmucoso Regional, siguiendo los criterios de inclusión propuestos anteriormente, debiendo comunicarse la incorporación de cada paciente al servicio de Gestión Farmacéutica para su coordinación ¿Quién debe mantener este registro?

NHC	-
CIP SNS	-
NOMBRE	-
APELLIDOS	-
SERVICIO RESPONSABLE DE LA INDICACIÓN	-
DIAGNÓSTICO PARA LA INDICACIÓN	-
USO FUERA DE INDICACIÓN	Sí/No
TRATAMIENTO PRESCRITO DE BASE	-
TRATAMIENTO PRESCRITO DE RESCATE	-
RETIRADA DE OPIOIDE DE BASE	MPR % ¹
RETIRADA DE OPIOIDE DE RESCATE	Unidades/mes
SEGUIMIENTO UNIDAD POR UNIDAD DEL DOLOR	Sí/No
ASISTENCIA A CONSULTA DE UNIDAD DEL DOLOR	Ultima fecha
FECHA CAPTURA SEGUIMIENTO CONSUMO	
FECHA INICIO DISPENSACIÓN CONTROLADA	-
FECHA INICIO TRATAMIENTO SUSTITUTIVO	-
SEGUIMIENTO DE DISPENSACION OPIOIDES POST TRATAMIENTO SUSTITUTIVO	No debe haber retirada posterior.

¹ MPR = medicine possession ratio:
$$MPR = \left(\frac{\text{Sum of days' supply for all fills in period}}{\text{Number of days in period}} \right) \times 100\%$$

Su diseño y mantenimiento deben permitir seguimiento y la evaluación de las actuaciones.

Anexo XIII. Funcionamiento de la prescripción de opioides

Se prescribirán en receta electrónica, teniendo en cuenta que:

1. La prescripción electrónica dispensará un envase completo para ajustar el pico de medicación que se calcula para el intervalo señalado (Ejemplo Si el envase es de 28 comprimidos y se prescriben 29 comprimidos en el periodo dispensarán 2 envases completos, es decir un exceso de 27 comprimidos).
2. El paciente puede llegar a retirar de la farmacia el contenido para un mes si la duración de la prescripción es igual o mayor a un mes, lo que en pautas altas hace que el paciente pueda retirar muchos envases a la vez (Ejemplo 28 comprimidos al día de envases de 28 comprimidos, para un mes, puede retirar 28 cajas en los primeros 20 días del mes, y 10 días antes de que llegue el mes puede retirar los 28 del mes siguiente, produciéndose un riesgo para la escalada de dosis sin control del médico).
3. En ocasiones la única solución es prescribir a diario los envases en una nueva receta, para que el paciente no tenga acceso a cantidades no controladas de estupefacientes.

Una opción para casos excepcionales, es usar el mismo circuito que el resto de opioides dispensados desde la Unidad de Adicciones, previo acuerdo con el Servicio de farmacia del área.

Envase de 28 comp	28																											
Comprimidos/día	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24						
Cajas																												
1	9,3	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	3,1	2,8	2,5	2,3	2,2	2,0	1,9	1,8	1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2	1,2						
2	18,7	14,0	11,2	9,3	8,0	7,0	6,2	5,6	5,1	4,7	4,3	4,0	3,7	3,5	3,3	3,1	2,9	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3						
3	28,0	21,0	16,8	14,0	12,0	10,5	9,3	8,4	7,6	7,0	6,5	6,0	5,6	5,3	4,9	4,7	4,4	4,2	4,0	3,8	3,7	3,5						
4	37,3	28,0	22,4	18,7	16,0	14,0	12,4	11,2	10,2	9,3	8,6	8,0	7,5	7,0	6,6	6,2	5,9	5,6	5,3	5,1	4,9	4,7						
5	46,7	35,0	28,0	23,3	20,0	17,5	15,6	14,0	12,7	11,7	10,8	10,0	9,3	8,8	8,2	7,8	7,4	7,0	6,7	6,4	6,1	5,8						
6	56,0	42,0	33,6	28,0	24,0	21,0	18,7	16,8	15,3	14,0	12,9	12,0	11,2	10,5	9,9	9,3	8,8	8,4	8,0	7,6	7,3	7,0						
7	65,3	49,0	39,2	32,7	28,0	24,5	21,8	19,6	17,8	16,3	15,1	14,0	13,1	12,3	11,5	10,9	10,3	9,8	9,3	8,9	8,5	8,2						
8	74,7	56,0	44,8	37,3	32,0	28,0	24,9	22,4	20,4	18,7	17,2	16,0	14,9	14,0	13,2	12,4	11,8	11,2	10,7	10,2	9,7	9,3						
9	84,0	63,0	50,4	42,0	36,0	31,5	28,0	25,2	22,9	21,0	19,4	18,0	16,8	15,8	14,8	14,0	13,3	12,6	12,0	11,5	11,0	10,5						
10	93,3	70,0	56,0	46,7	40,0	35,0	31,1	28,0	25,5	23,3	21,5	20,0	18,7	17,5	16,5	15,6	14,7	14,0	13,3	12,7	12,2	11,7						
11	102,7	77,0	61,6	51,3	44,0	38,5	34,2	30,8	28,0	25,7	23,7	22,0	20,5	19,3	18,1	17,1	16,2	15,4	14,7	14,0	13,4	12,8						
12	112,0	84,0	67,2	56,0	48,0	42,0	37,3	33,6	30,5	28,0	25,8	24,0	22,4	21,0	19,8	18,7	17,7	16,8	16,0	15,3	14,6	14,0						
13	121,3	91,0	72,8	60,7	52,0	45,5	40,4	36,4	33,1	30,3	28,0	26,0	24,3	22,8	21,4	20,2	19,2	18,2	17,3	16,5	15,8	15,2						
14	130,7	98,0	78,4	65,3	56,0	49,0	43,6	39,2	35,6	32,7	30,2	28,0	26,1	24,5	23,1	21,8	20,6	19,6	18,7	17,8	17,0	16,3						
15	140,0	105,0	84,0	70,0	60,0	52,5	46,7	42,0	38,2	35,0	32,3	30,0	28,0	26,3	24,7	23,3	22,1	21,0	20,0	19,1	18,3	17,5						
16	149,3	112,0	89,6	74,7	64,0	56,0	49,8	44,8	40,7	37,3	34,5	32,0	29,9	28,0	26,4	24,9	23,6	22,4	21,3	20,4	19,5	18,7						
17	158,7	119,0	95,2	79,3	68,0	59,5	52,9	47,6	43,3	39,7	36,6	34,0	31,7	29,8	28,0	26,4	25,1	23,8	22,7	21,6	20,7	19,8						
18	168,0	126,0	100,8	84,0	72,0	63,0	56,0	50,4	45,8	42,0	38,8	36,0	33,6	31,5	29,6	28,0	26,5	25,2	24,0	22,9	21,9	21,0						
19	177,3	133,0	106,4	88,7	76,0	66,5	59,1	53,2	48,4	44,3	40,9	38,0	35,5	33,3	31,3	29,6	28,0	26,6	25,3	24,2	23,1	22,2						
20	186,7	140,0	112,0	93,3	80,0	70,0	62,2	56,0	50,9	46,7	43,1	40,0	37,3	35,0	32,9	31,1	29,5	28,0	26,7	25,5	24,3	23,3						
21	196,0	147,0	117,6	98,0	84,0	73,5	65,3	58,8	53,5	49,0	45,2	42,0	39,2	36,8	34,6	32,7	30,9	29,4	28,0	26,7	25,6	24,5						
22	205,3	154,0	123,2	102,7	88,0	77,0	68,4	61,6	56,0	51,3	47,4	44,0	41,1	38,5	36,2	34,2	32,4	30,8	29,3	28,0	26,8	25,7						
23	214,7	161,0	128,8	107,3	92,0	80,5	71,6	64,4	58,5	53,7	49,5	46,0	42,9	40,3	37,9	35,8	33,9	32,2	30,7	29,3	28,0	26,8						
24	224,0	168,0	134,4	112,0	96,0	84,0	74,7	67,2	61,1	56,0	51,7	48,0	44,8	42,0	39,5	37,3	35,4	33,6	32,0	30,5	29,2	28,0						
25	233,3	175,0	140,0	116,7	100,0	87,5	77,8	70,0	63,6	58,3	53,8	50,0	46,7	43,8	41,2	38,9	36,8	35,0	33,3	31,8	30,4	29,2						
26	242,7	182,0	145,6	121,3	104,0	91,0	80,9	72,8	66,2	60,7	56,0	52,0	48,5	45,5	42,8	40,4	38,3	36,4	34,7	33,1	31,7	30,3						
27	252,0	189,0	151,2	126,0	108,0	94,5	84,0	75,6	68,7	63,0	58,2	54,0	50,4	47,3	44,5	42,0	39,8	37,8	36,0	34,4	32,9	31,5						
28	261,3	196,0	156,8	130,7	112,0	98,0	87,1	78,4	71,3	65,3	60,3	56,0	52,3	49,0	46,1	43,6	41,3	39,2	37,3	35,6	34,1	32,7						

DIAS QUE DURAN LAS CAJAS DISPENSADAS
 Siempre que haya decimales, REC dispensará una caja MÁS aunque le sobre al paciente medicación, por eso hay que indicar la parte entera de los días que queremos dispensar.

Ilustración 6 Modelo de duración del tratamiento prescrito en función a los comprimidos diarios y el número de cajas dispensadas para un envase de 28 comprimidos.

Anexo XIV. Justificación e instrucciones del uso de la marca “deshabitación en cad” en selene

Una vez que un paciente adicto a opioides de prescripción se incorpora a un programa de deshabituación gestionado por una unidad de adicciones, se encuentra en un nuevo escenario clínico. Se requiere, a partir de ese momento, un cambio de actitud del personal sanitario que lo atienda en relación al uso de opioides, de modo que se tenga en cuenta la nueva situación.

Existe un vacío en la evidencia científica respecto a las consecuencias específicas de la adicción de fármacos de prescripción y su tratamiento. Aplicando el principio de prudencia, veremos los datos publicados para la adicción en general y especialmente a opioides, por ser la más afín.

Los episodios de sobredosis en pacientes en deshabituación, especialmente en usuarios de opioides, son comunes (31), incluso se sugiere que pacientes que se sometieron a desintoxicaciones con ingreso hospitalario, tenían una mayor probabilidad de fallecer en el primer año (32).

Está descrito que la retención en tratamiento de deshabituación protege de la mortalidad por sobredosis, haciendo que medidas como educación para la salud de los pacientes y Establecimiento de medidas para prevenir la recaída y la sobredosis(33) .

La complejidad de la enfermedad, el riesgo de recaídas y la pérdida de la tolerancia a los efectos adversos más peligrosos de los opioides, son la base fisiopatológica de la presentación de la sobredosis y la muerte.

Dada la baja incidencia global de este tipo de adicción, es importante informar a los profesionales no especializados en el tratamiento de la adicción que pueden encontrarse con casos en sus consultas, de los riesgos de estos pacientes, para lo que es fundamental dotarlos de herramientas prácticas y eficaces para su sencilla identificación en la práctica clínica.

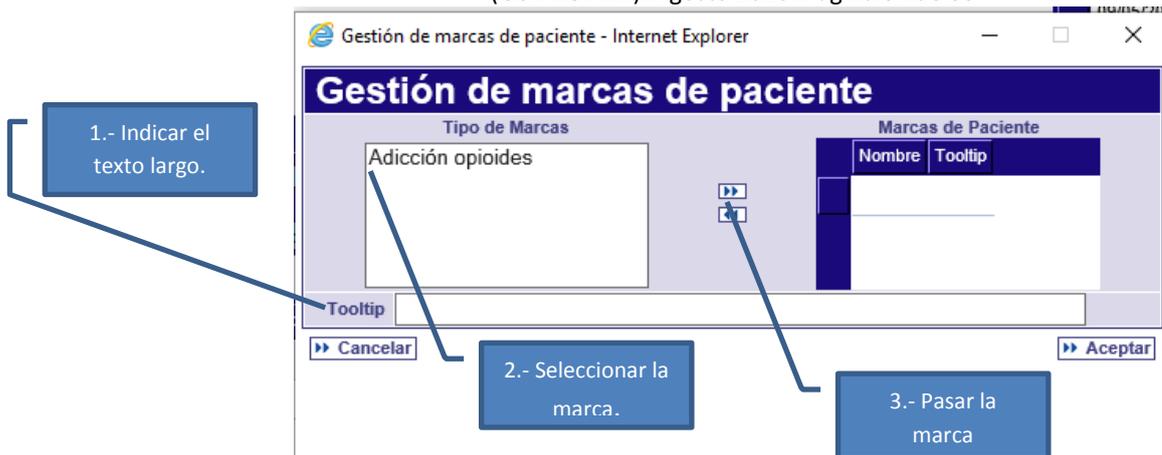
Así el National Institute on Drug Abuse en su documento “Misuse of Prescription Drugs Research Report: How can prescription drug misuse be prevented?” (34) nos informa de que los médicos deben estar prevenidos de que los pacientes que abusan de fármacos de prescripción, pueden tener un comportamiento tipo “ir de compras” entre distintos médicos, y en un intento de conseguir más medicación, ir de médico en médico para obtener fármaco que ansían conseguir, en el contexto de su adicción.

Por lo tanto, se ha puesto en marcha una marca en SELENE, donde bajo el símbolo de la Ilustración 7 Icono de la marca de tratamiento de deshabituación:



Ilustración 7 Icono de la marca de tratamiento de deshabituación

El lugar para indicar la marca es la cruz verde que aparece en la Ilustración 1, que nos permite acceder al siguiente cuadro de diálogo:



Donde intuitivamente se puede activar y desactivar la marca.

TEXTO: “No prescribir opioides salvo indicación imperativa. Remitir al CAD.”

Quedando finalmente así:



Una vez un paciente tenga ese aviso establecido, los facultativos que lo atienden deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

RECOMENDACIONES OPCIÓN BREVE

- Solo el CAD puede prescribirle opioides a estos pacientes.
- En situaciones donde la indicación es imperativa (IAM, politraumatizados y otros) se pueden administrar dosis puntuales.
- Si el paciente reclama fármacos opioides por:
 1. La pérdida de las dosis suministradas por el CAD.
 2. Presentar abstinencia objetivable.

NOTA: El CAD siempre entrega al paciente medicación suficiente para la siguiente cita, y cualquier demanda de opioides puede implicar que el paciente está usando más dosis de la prescrita por el CAD.

NOTA: Está pendiente de resolver que se pueda consultar el tratamiento prescrito en el CAD cuando este está cerrado.

¿Cuándo se pondrá la marca en SELENE y quién lo hará? En el momento del inicio del tratamiento en el CAD. Preferiblemente 24 horas antes para evitar que el paciente acumule medicación previa al inicio del tratamiento. Podrá hacerlo el médico del CAD para su área de salud, pero para el resto de las áreas donde el paciente tenga historia de SELENE se llevará a cabo desde el Servicio de Gestión farmacéutica.

¿Cuándo se retirará la marca y quien lo hará? Cuando se considere que la situación del paciente no justifica su presencia en SELENE de igual manera que se puso.

Anexo XV. Apartados del Informe de Selene emitido por el comité multidisciplinar:

- 1.- Diagnóstico principal que causa el uso de opioide.
- 2.- Tratamiento actualmente prescrito para el dolor y retirada con receta de oficina de farmacia.
- 3.-Historia de uso aberrante, adicción e intentos de descenso de dosis realizados.

El MAP debe exponer los distintos intentos de abordaje con el paciente para controlar el consumo incesante de rescates de fentanilo y la respuesta obtenida a las distintas propuestas.

- 4.- Propuesta del tratamiento de dolor con el que debe continuar el paciente.

A la vista del tratamiento actualmente prescrito y la retirada de medicación por parte de la paciente, ajustar el tratamiento que se considere más oportuno para la paciente.

- 5.- Conclusiones y calendario:

Si se opta por SEGUIMIENTO:

- *Emitir el presente informe.*
- *Fecha de la próxima evaluación*
- *Condiciones que se deben cumplir en la evaluación.*

Si se opta por DERIVACIÓN a CAD:

- *Emitir el presente informe.*
- *Preparar carta de dirección.*
- *Marca Selene.*
- *Marca FLASH OMI*
- *Informar a urgencias y resto de consultas hospitalarias pendientes.*
- *Informar a 061.*
- *Alta unidad del dolor.*

Anexo XVI. Documento de la dirección donde indica que únicamente el CAD podrá llevar a cabo prescripciones de opioides a partir del día de la cita en dicha unidad.

Modelo A

Documento de la dirección del área

“Debido a los datos clínicos recabados, donde se objetiva un uso de fármacos opioides compatible con la adicción.

Y a que los distintos y continuados intentos de regular el hiperconsumo de opioides han sido infructuosos por parte de los médicos que le han prestado asistencia al paciente en distintas ocasiones.

Por recomendación del equipo multidisciplinar que ha revisado el caso, el tratamiento del paciente con opioides requiere, ineludiblemente, un especial control por parte de especialistas en el manejo de adicciones adscritos al centro de atención a drogodependencias.

*Dado el riesgo al que se expone al paciente de continuar con el consumo que actualmente se ha detectado, para evitar sobredosis accidentales y en aras de garantizar la adherencia del paciente a la consulta del CAD: **únicamente podrán emitir recetas de estupefacientes a este paciente los facultativos adscritos al CAD de referencia del Área de Salud.***

*A partir de la consulta con el CAD que tendrá lugar el día__ de__ de __ a las ____ horas, **no se le harán prescripciones de opioides desde ningún otro ámbito asistencial al paciente,** quedando únicamente justificada la prescripción de opioides fuera del CAD a situaciones donde la indicación de opioides es ineludible (infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón, politraumatismos graves, anestesia, etc.)”*

Modelo B

Documento de la dirección del área

“Debido a los datos clínicos recabados por el equipo multidisciplinar: [ENUMERAR vr. gr. Consumos de hasta 30 comp al día de fentanilo.]

Y a que los distintos y continuados intentos de regular el hiperconsumo han sido infructuosos por parte de los médicos que le han prestado asistencia al paciente en distintas ocasiones: [INCLUIR EL FRACASO DE DISTINTOS INTENTOS DE REGULAR EL CONSUMO DE OPIOIDES vr. gr. Frecuente urgencias para demandar más dosis de las prescritas, ha sido remitido al CAD sin que haya comparecido, etc.]

Llegados a este punto, el tratamiento del paciente con opioides requiere, ineludiblemente, un especial control por parte de especialistas en el manejo de adicciones adscritos al centro de atención a drogodependencias.

*Dado el riesgo al que se expone al paciente de continuar con el consumo que actualmente se ha detectado, para evitar sobredosis accidentales y en aras de garantizar la adherencia del paciente a la consulta del CAD: **únicamente podrán emitir recetas de estupefacientes a este paciente los facultativos adscritos al CAD de referencia del Área de Salud.***

*A partir de la consulta con el CAD que tendrá lugar el día__ de__ de __ a las ____ horas, **no se le harán prescripciones de opioides desde ningún otro ámbito asistencial al paciente,** quedando únicamente justificada la prescripción de opioides fuera del CAD a situaciones donde la indicación de opioides es ineludible (infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón, politraumatismos graves, anestesia, etc.)”*