

## TABLA DE EQUIVALENCIA APROXIMADA ENTRE OPIOIDES

### DOSIS EQUIPOTENTES

<b>BUPRENORFINA PARCHE TRANSDÉRMICO</b>	8,75 µg/h (0,2 mg)	17,5 µg/h (0,4 mg)		35 µg/h (0,8 mg)		52,5 µg/h (1,2 mg)	70 µg/h (1,6 mg)		105 µg/h (2,4 mg)	122,5 µg/h (2,8mg)	140 µg/h (3,2mg)	-	-
<b>FENTANILO PARCHE TRANSERMICO</b>		12,5 µg/hor a		25 µg/hor a		37,5 µg/hor a	50 µg/hor a		75 µg/hor a		100 µg/hor a		
<b>TRAMADOL ORAL /cada 24 horas</b>		150 mg	200 mg	300 mg		450 mg	600 mg	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES					
<b>TRAMADOL PARENTERAL /cada 24 horas</b>				200 mg		300 mg	400 mg	NO ADMINISTRAR DOSIS SUPERIORES					
<b>MORFINA ORAL /cada 24 horas</b>	15 mg	30 mg	40 mg	60 mg	80 mg	90 mg	120 mg	160 mg	180 mg	210 mg	240 mg	270 mg	360 mg
<b>MORFINA SUBCUTÁNEA /cada 24 horas</b>		15 mg		30 mg		45 mg	60 mg		90 mg		120 mg		180 mg
<b>MORFINA INTRAVENOSA /cada 24 horas</b>		10 mg		20 mg		30 mg	40 mg		60 mg	70 mg	80 mg	90 mg	120 mg
<b>BUPRENORFINA SUBLINGUAL /cada 24 horas</b>				0,8 mg		1,2 mg	1,6 mg				3,2 mg	-	-
<b>OXICODONA ORAL /cada 24 horas</b>		15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	45 mg	60 mg	80 mg					
<b>OXICODONA/ NALOXONA ORAL /cada 24 horas</b>			20/10 mg		40/20 mg		60/30 mg	80/40 mg					
<b>HIDROMORFON A ORAL / cada 24 horas</b>		4 mg		8 mg			16 mg		24 mg		32 mg		40 mg
<b>TAPENTADOL RETARD ORAL /cada 24 horas</b>			100 mg		200 mg		300 mg	400 mg					

Los factores de conversión y dosis equivalente son sólo orientativos, existen diferencias importantes entre las diferentes referencias utilizadas, por lo que hemos utilizado las de equivalencias de menor potencia y, además, es necesario monitorizar la respuesta al pasar de un opiode a otro

Las dosis pueden ser aumentadas o reducidas en casos individuales y según indicación de su médico.

Arrieta M, Balagué L et al. Guía práctica de cuidados paliativos. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco, 2008. Guía Salud, Guías de práctica clínica Sistema Nacional de Salud. [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

Guía de práctica clínica. Uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal. Consellería de Salud. Junta de Andalucía. [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_458\\_Opioides\\_terminal\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_458_Opioides_terminal_compl.pdf)

Guía de prescripción terapéutica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

Boletín Terapéutico Andaluz: Uso de Opioides en el tratamiento del dolor oncológico 2007; 23 (3).

Torrejón M, Fernández J, Sacristán A. Uso de fentanilo en pacientes oncológicos terminales. ¿Está justificado su amplio uso? Inf Ter Sist Nac Salud 2005; 29: 69-73.

Torres LM. Tapentadol retard en el dolor crónico intenso. Rev Soc Esp Dolor 18; 5: 2011

## **DOSIFICACIÓN CON MORFINA ORAL**

Es el opioide de elección.

Para ajustar la dosis se recomienda dos tipos de opción:

### ***1.- Empezar con comprimidos o solución de liberación inmediata:***

***Sustitución de un analgésico de menor potencia*** dosis de 5-10 mg/4 horas y

***Sustituir un opioide débil*** a dosis de 10-20 mg ó más.

Se va subiendo la dosis en un 25-50% de la dosis diaria hasta que controlen los síntomas. Cuando el paciente lleve 2-3 días sin dolor, se recomienda pasar a morfina de liberación retardada (calculando la dosis total diaria y administrándola en dos tomas día).

Se deben pautar dosis de rescate de morfina de liberación inmediata (15% de la dosis diaria)

### ***2.- Comenzar con los comprimidos de liberación retardada:***

***Sustitución de un analgésico de menor potencia*** dosis de 10-20 mg/12 horas y

***Sustituir un opioide débil*** a dosis de 20-30 mg/12 horas.

Aunque no es la opción más recomendada

Para pasar de la vía oral a la subcutánea la dosis total se divide entre dos.

## **DOSIFICACIÓN CON FENTANILO TRANSDÉRMICO**

### ***Son útiles cuando:***

La vía oral no es adecuada

No tolera la morfina (estreñimiento, somnolencia, confusión, etc.)

Existen problemas de cumplimiento

### ***Consideraciones***

Los parches no son adecuados en pacientes con dolor inestable o de componente irruptivo

Su inicio de acción es más lento, lo que obliga a cubrir las necesidades de analgésicos en la fase inicial (12-15 h)

Su acción residual persiste hasta 17 horas después de retirar el parche, lo que es un inconveniente en caso de toxicidad

### ***Dosificación en pacientes sin tratamiento previo con opiodes:***

Deberá iniciarse el tratamiento con un parche de 25 microgramos/hora cada 3 días y pautar rescate con morfina de liberación rápida (15% de la dosis equivalente en morfina) o fentanilo oral transmucoso.

Si el dolor no se controla bien o requiere más de 3 dosis de rescate al día, se incrementa la dosis en 12-25 mcg/h, y así sucesivamente hasta alcanzar la dosis eficaz.

Es importante la rotación en las zonas cutáneas de aplicación, colocarlo en superficies lisas, limpias, secas y poco pilosas.

### ***Dosificación en pacientes previamente tratados con morfina***

Calcular las necesidades analgésicas de morfina de las 24 horas previas

Convertir estas cantidades a la dosis de fentanilo equianalgésica utilizando la tabla de conversión general o está particular.

<b><i>na oral 24 /horas(mg/día)</i></b>	<b><i>de fentanilo transdérmico (mcg/hora)</i></b>
< 135	25
135-224	50
225-314	75
315-404	100
405-494	125
495-584	150
585-674	175
675-764	200
765-854	225
855-944	250
945-1034	275
1035-1124	300

El parche tarda 12 horas en hacer efecto. Por ello, junto al primer parche se debe de administrar la última dosis de morfina retardada o tres dosis cada 4 horas si estaba tratando con morfina de liberación inmediata.

### ***Manejo del dolor irruptivo con fentanilo oral transmucoso (OT):***

Indicado sólo en el dolor irruptivo en pacientes que reciben opioides

Su acción es rápida y corta (15 minutos-4 horas)

No existe correlación entre la dosis de mantenimiento y la dosis eficaz de fentanilo OT.

Rango de dosis: 200-1600 mcg

La dosis adecuada para cada paciente se determina de forma individual y no puede predecirse a partir de la dosis de mantenimiento del opioide. Generalmente se comienza con 200 mcg. Se recomienda controlar al paciente hasta una dosis que ofrezca analgesia adecuada y utilizar después una unidad de dosis por episodio de dolor irruptivo ("dosis eficaz"). Si requiere más de 4 unidades (dosis máxima): Ajustar el tratamiento de fondo.

### ***Para retirar los parches de fentanilo y pasar a morfina***

Tras la retirada del parche, permanece un reservorio que continúa liberando el fármaco durante 17 horas

Para las primeras 12-24 horas se recomienda utilizar únicamente medicación de rescate, y después pasar a morfina oral retardada. Vigilar posibles signos de toxicidad.

Si se va a utilizar una bomba de infusión, esperar al menos 12 horas y después utilizar una dosis reducida durante las siguientes 12 horas.

Ejemplo: en un paciente que esté con parches de fentanilo "25", la dosis total diaria equivalente es de 90 mg. Se administrará 90 mg de morfina oral retardada en dos dosis. Si se va a pasar a vía subcutánea, se divide la dosis oral entre dos (45 mg/día)

### ***Fentanilo en pacientes en fase agónica***

En el caso de pacientes en fase agónica con dolor no controlado y que no pueden tomar medicación por vía oral, se recomienda:

Continuar cambiando los parches de fentanilo cada 3 días

Si se requiere analgesia adicional, utilizar además morfina por vía subcutánea

## **DOSIFICACIÓN CON BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA:**

### ***Consideraciones:***

No es el opioide de elección.

Tiene techo analgésico

No es adecuado para el dolor agudo

Retirada del parche: Como regla general no debe administrarse otro opioide en las 24 horas posteriores a su retirada

### ***Dosificación en pacientes sin tratamiento previo con opioides:***

Deberá iniciarse el tratamiento con un parche de 35 mcg/hora cada 3 días.

Si a las 72 horas la analgesia es insuficiente, debe aumentarse la dosis a dos parches de la misma concentración o cambiarlo a la siguiente concentración.

Si se requiere medicación de rescate, pautar buprenorfina sublingual (1 ó 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche). Si es necesario añadir entre 0,4-0,6 mg de buprenorfina sublingual (2-3 comprimidos) debe utilizarse la siguiente concentración del parche

### ***Dosificación en pacientes previamente tratados con morfina:***

Calcular las necesidades analgésicas de las 24 horas previas

Convertir estas cantidades a las dosis de buprenorfina epianalgésica utilizando la tabla de conversión.

Pautar medicación de rescate, utilizando buprenorfina sublingual (1 ó 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg cada 24 horas además del parche)

## **DOSIFICACIÓN DE OXICODONA**

No es el opioide de elección

10 mg de oxycodona equivalen a 20 mg de morfina oral

En pacientes que no han tomado opioides, la dosis inicial es de 10 mg cada 12 horas. Se deberá titular la dosis, con incrementos del 25-50%. La necesidad de una medicación de rescate de más de dos veces al día indica que debe aumentarse la dosis.

### **Bibliografía.**

Arrieta M, Balagué L et al. Guía práctica de cuidados paliativos. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco, 2008. Guía Salud, Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. [www.guiasalud.es](http://www.guiasalud.es)

Boletín Terapéutico Andaluz: Uso de Opioides en el tratamiento del dolor oncológico 2007;23 (3).