

**OPTIMIZACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE ANALGÉSICOS
OPIOIDES
EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO**

UGC Farmacia A.P. Sevilla
junio 2024

Introducción

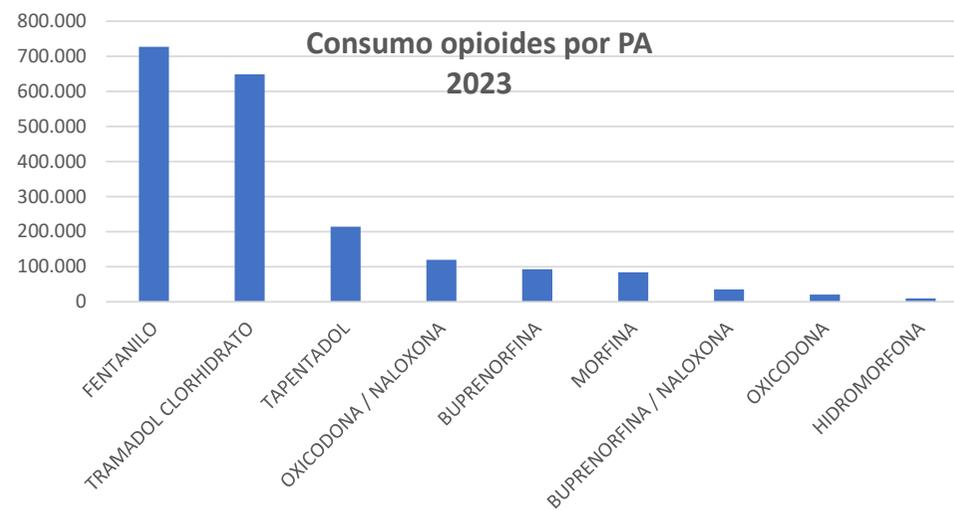
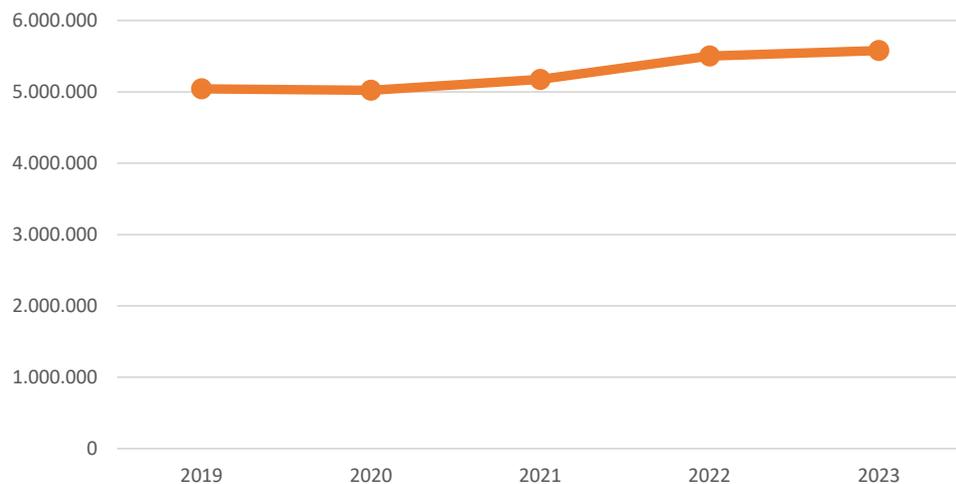
- Grave **problema de salud pública**.
- 32% de la población adulta sufre algún tipo de dolor.
- La incidencia de dolor crónico se estima entre un 11% y un 17 %
- El uso de opioides está bien establecido para el tratamiento en pacientes oncológicos y en cuidados paliativos o terminales. Sin embargo, en la literatura científica se describe la **controversia** que existe en el dolor crónico no oncológico.
- España ocupa el tercer país con mayor consumo de fentanilo, solo por detrás de EEUU y Alemania.
- Se observa un **incremento de un 53,6%** de la DHD en los últimos años en el consumo de opioides

Introducción

- El **fentanilo** es el principio activo de mayor consumo, supone el 50,2% en el uso de todos los opioides.
- En Andalucía hay pacientes que, tras una prescripción médica para combatir el dolor, han desarrollado un **patrón de abuso** o dependencia del fármaco.
- Se deben **identificar** personas que sufren TCO
- Para afrontar este problema debe de haber una **actuación conjunta** de colaboración entre los profesionales implicados, con objeto de alcanzar un control óptimo del dolor en el paciente, sin la necesidad de dosis abusivas de opioides.

En el Distrito Sevilla

Evolución en consumo de opioides
DDD



PLAN DE OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Aprobado por la Comisión Permanente de Farmacia el 13 de julio de 2021
Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 22 de septiembre
de 2021

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN CONJUNTA EN PACIENTES CON ADICCIONES A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN

OBJETIVO

Establecer un procedimiento en Andalucía para abordar el tratamiento de personas dependientes de opioides de prescripción médica, en el que participen todos los agentes implicados.

INTRODUCCIÓN

Los opioides son conocidos por su potente capacidad analgésica y poder adictivo. La capacidad adictiva de una sustancia es mayor cuanto más potente y rápido es el efecto, y menor es la vida media. El **fentanilo** es el opioide de prescripción más relacionado con la dependencia en nuestro entorno en estos momentos, en especial en la presentación de fentanilo de liberación inmediata, estando asociado a importante riesgo de sobredosis. Sin olvidar los otros analgésicos opioides que también pueden originar una adicción.

En Andalucía hay pacientes que, tras una prescripción médica para combatir el dolor, han desarrollado un patrón de abuso o dependencia del fármaco, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos. Además, puede derivar en consumo de opioides ilegales (heroína o fentanilo de origen ilícito), con las consecuencias negativas consiguientes.

Se deben identificar personas que sufren un **trastorno por consumo de opioides (TCO)**, según los criterios propuestos en los documentos de referencia. En general es un paciente que ha ido aumentando la dosis del fármaco respecto a la prescrita en la unidad de origen y frecuenta los servicios demandando nuevas recetas, sin finalidad analgésica. En la mayoría de los casos, no tiene conciencia de tener una dependencia y es posible el rechazo cuando se le plantea en la consulta.

Para afrontar este problema debe haber una actuación conjunta de colaboración entre los profesionales implicados, con objeto de alcanzar un control óptimo del dolor en el paciente, sin la necesidad de dosis abusivas de opioides.

ACTUACIONES

1.- Se establecerá un sistema de **detección** continua de pacientes a riesgo de TCO de prescripción, por alta dispensación de opioides.

Desde el **servicio de farmacia de atención primaria** se detectará, a través del sistema de información del consumo de recetas, los pacientes con dosis abusivas de opioides (se definirán criterios específicos). Sobre este listado de pacientes se excluirán aquellos que, por su situación clínica (cáncer, enfermedad avanzada, terminales...), no fueran candidatos a esta intervención.

Objetivos

- Crear **un mapa interactivo** de uso de opioides de Andalucía.
- Prevenir la **cronificación**
- Identificar **pacientes de especial riesgo con potenciales problemas de prescripción** para su revisión:
 - **duración** de tratamiento
 - tratamiento con **benzodiazepinas o gabapentinoides**
 - con **duplicidades**
 - uso de **dosis muy altas** de opioides
- Realizar **formación específica** en el uso adecuado de opioides, dirigida a profesionales.

MLMTO

Diapositiva 6

MLMT0 Pondría los mismo PPP que se abordan en las píldoras

MOLINA LOPEZ, M TERESA; 2024-05-09T07:36:18.805

Metodología

- Crear un **grupo multidisciplinar**
- Desarrollo de **píldoras farmacoterapéuticas**
- Desarrollo de **anexos**
- **Listados de pacientes** con el potencial problema de prescripción descritos, para su revisión por el médico de familia.
 - Pacientes con prescripción de opioides para más de tres meses y menos de un año
 - Pacientes con opioides + BZ/gabapentinoides
 - Pacientes con duplicidad de opioides
 - Pacientes con dosis altas
- Estrategia de **formación**:
 - Una sesión informativa / formativa en el Distrito con los **directores de las UGCs**.
 - Sesiones formativas en los **Centros de Salud** en hora de formación continuada. (MF, ENF, TS y FAC)
 - Sesiones formativas en distintos **Servicios Hospitalarios**

Esquema de la sesión

- **Píldoras farmacoterapéuticas:**
 - Duración de tratamiento
 - Interacciones
 - Duplicidades
 - Dosis altas
- **Anexos:**
 - Estrategia de reducción
 - Manejo de los síntomas en el síndrome de abstinencia
 - Protocolo de deprescripción
 - Conversaciones difíciles

Donde encontrar estos materiales

Farmacia Atención Primaria Sevilla

Búsqueda

@  

FAP **Alertas** Dispensación Actividades Visado de recetas Investigación Pruebas

Está aquí: Inicio

-  **Opioides en DCNO**
UGC FAPS.
Publicado: 05 Abril 2023
[Leer más...](#)
-  **Medicamentos y riesgo de nefritis**
Revisión.
Publicado: 31 Enero 2024
[Leer más...](#)
-  **Nefritis túbulointersticial aguda y medicamentos**
Revisión de tratamiento en polimedicados
Píldora farmacoterapéutica.
Publicado: 30 Enero 2024
[Leer más...](#)
-  **Revisión de pacientes frágiles**
Revisión.
Publicado: 06 Octubre 2023
[Leer más...](#)
-  **Anticoagular a personas con fibrilación auricular y demencia avanzada**
Nueva evidencia.
Publicado: 12 Mayo 2023
[Leer más...](#)
-  **ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS**
Revisión de tratamiento en polimedicados
Píldora farmacoterapéutica

 Ciudadanos

 **Opioides en DCNO**
Estrategia

 Portal Farmacia

 Farmapex

 **Guía**
Farmacoterapéutica
prescripción receta

 **Guía FT Atención**
Primaria al día

 **Guía de Revisión**
de la Medicación
en Primaria

 **Triptico. Revisión**
polimedicados

Farmacia Atención Primaria Sevilla

FAP Alertas Dispensación **Actividades** Visado de recetas Investigación Pruebas

Está aquí: Inicio > Actividades > Opioides en DCNO

Opioides en DCNO



- Opioides**
 - Presentación. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 1.8 MB).
 - Introducción UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 27 KB).
 - Documentación completa. (No disponible). (📄, 911 KB).
- Píldoras**
 - Duración del tratamiento. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 139 KB).
 - Interacciones UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 52 KB).
 - Duplicidades de opioide mayor con tramadol. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 40 KB).
 - Uso de dosis altas UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 78 KB).
- Anexos**
 - Anexo. Estrategia para la reducción de opioides. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 80 KB).
 - Anexo. Manejo del síndrome de abstinencia por opioides. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 140 KB).
 - Anexo. Protocolo deprescripción. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 164 KB).
 - Anexo. Conversiones difíciles. UGCFAP Sevilla. Mayo 2024. (📄, 362 KB).

Píldoras
Farmacoterapéuticas



Duración del tratamiento

Píldoras Farmacoterapéuticas



UGC Farmacia Atención Primaria Sevilla

Opioides en dolor crónico no oncológico: Duración del tratamiento

El incremento de la prescripción de opioides ha aliviado el sufrimiento de muchos pacientes con dolor (principalmente oncológico). Sin embargo, ha generado graves problemas de seguridad por su uso inadecuado (utilización fuera de indicación, dosis más altas de las recomendadas, duración inapropiada o indicación en casos con mejores alternativas de tratamiento) (1). Esta píldora aborda los riesgos del tratamiento a largo plazo con opioides en el dolor crónico no oncológico (DCNO) y cómo evitarlos.

Evidencias sobre la efectividad a largo plazo:

La evidencia sobre la eficacia del tratamiento a largo plazo en estos pacientes es muy limitada. La mejora del dolor y la funcionalidad parece reducirse cuando el tratamiento se prolonga más de 3 meses. (2,3,4)

Una revisión sistemática de la agencia americana (AHRQ) sobre uso de opioides en dolor crónico observó un pequeño beneficio (<1 punto en escala de 0-10) en la mejoría del dolor y la funcionalidad frente a placebo. El beneficio se atenúa a más largo plazo (3-6 meses) viéndose contrarrestado por el mayor riesgo de efectos adversos. Al comparar los opioides con otros analgésicos no opioides no se observaron diferencias a corto plazo en la funcionalidad ni mejora a corto plazo del dolor, aunque se incrementó el riesgo de efectos adversos con los opioides. (2,3)

El ensayo de mayor duración publicado (12 meses) realizado en DCNO mostró que una estrategia escalonada de inicio con opioides se asoció a mayor intensidad del dolor a corto plazo y sin diferencias en la funcionalidad frente a fármacos no opioides. Los efectos adversos se presentaron con mayor frecuencia en el tratamiento con opioides. (2)

Un estudio observacional reciente con seguimiento a 5 años mostró una mayor mortalidad para consumidores a largo plazo de opioides, benzodiacepinas y fármacos-z. Entre los supervivientes no hubo diferencia significativa entre los grupos en su calidad de vida. (5)

Evidencias sobre la seguridad a largo plazo:

En contraposición a la limitada evidencia sobre la efectividad, encontramos evidencia de buena calidad que indica un incremento del riesgo de sufrir efectos adversos graves por la cronificación del tratamiento con estos analgésicos y que además son dosis-dependientes. (2,3,4)

Un total de 14 revisiones Cochrane fueron seleccionadas para una revisión global sobre eventos adversos asociados al uso a medio y largo plazo de opioides en DCNO. Se encontró un aumento significativo en el riesgo de presentar cualquier evento adverso con opioides comparado con placebo (42% más elevado) y frente a un comparador farmacológico activo no opioide (21% más elevado). También hubo un aumento significativo en el riesgo de presentar un evento adverso grave (el riesgo se triplica). (3,4,6)

Hay disponibles estudios observacionales que muestran incremento del uso indebido y del riesgo de sobredosis con el tiempo (2,3).

Recomendaciones HACER/NO HACER



SE RECOMIENDA

- Acordar con el paciente el inicio de un **tratamiento de prueba**. Evaluar respuesta(*) las **2-4** semanas. (improbable si no respuesta en las primeras 4 semanas de obtener beneficio a más largo plazo).
- Se recomienda una **duración** de tratamiento de **3 meses** seguidos si es necesario por otros 3 meses tras comprobar respuesta (eficacia y seguridad)
- **Reevaluar** el tratamiento cada 3 meses y comprobar respuesta en términos de eficacia y seguridad (y verificar si existen indicios de uso indebido).



NO SE RECOMIENDA

Renovar el tratamiento con opioides en DCNO más allá de **3 meses** sin evaluar efectividad y seguridad de este.

Interacción con benzodiazepinas y gabapentinoides

Píldoras Farmacoterapéuticas

Opioides en Dolor Crónico no Oncológico: Interacciones

Los problemas de seguridad y efectos adversos que pueden ocasionar el tratamiento con opioides son amplios: depresión respiratoria con la hipoventilación pulmonar resultante, inmunosupresión (codeína, morfina, fentanilo y metadona), incremento del riesgo de neumonía y de la mortalidad respiratoria, aumento del riesgo de fracturas (la somnolencia puede aumentar el riesgo de caídas; parece que afectan también al metabolismo óseo), dependencia, adicción e inducción a su uso ilegal (1). Estos problemas de seguridad se agravan con el uso de forma concomitante de opioides con otros fármacos como benzodiazepinas o gabapentinoides.

En nuestro entorno el 47% de los pacientes con opioides están en tratamiento concomitante con benzodiazepinas, de ellos el 41% son mayores de 75 años. El 19% de pacientes están en tratamiento concomitante con opioides y gabapentinoides, de ellos el 33% son mayores de 75 años.

Interacción de opioides con benzodiazepinas

- Una revisión de la FDA encontró que el aumento del consumo de opioides y benzodiazepinas ha dado lugar a efectos secundarios graves, incluido dificultad respiratoria y muerte (2).
- Un estudio prospectivo observacional de cohorte concluyó que las tasas de muerte por sobredosis entre pacientes a quienes se les prescribió conjuntamente analgésicos opioides y benzodiazepinas eran 10 veces superior que entre los pacientes a quienes se les prescribió analgésicos opioides solos (3).
- Un estudio de cohorte poblacional dedujo que el riesgo de muerte por sobredosis de medicamentos aumentó entre aquellos pacientes con prescripciones concomitantes de analgésicos opioides y benzodiazepinas (4).
- En una revisión sistemática publicada recientemente, el riesgo de mortalidad en pacientes con opioides y benzodiazepinas aumento un 50% (5).

Interacción de opioides con gabapentinoides

- Una revisión de la AEMPS puso de manifiesto que el uso concomitante de opioides y **gabapentinoides** (gabapentina y **pregabalina**) aumenta el riesgo de sobredosis de opioides, depresión respiratoria y muerte (6).
- Una revisión sistemática recientes pone de manifiesto que el uso combinado de opioides y **gabapentinoides** triplica el riesgo de depresión del SNC y mortalidad. Los **gabapentinoides** parecen reducir la tolerabilidad a opioides (7).
- Un estudio de cohortes reciente pone de manifiesto el riesgo de exacerbaciones graves en pacientes con EPOC, esto se puede agravar con el uso concomitante con opioides (8).

Conclusiones

El uso concomitante de opioides y benzodiazepinas o **gabapentinoides** puede causar efectos bastante graves en los pacientes, sobre todo relacionados con el sistema respiratorio. Incluso en muchos casos causar la muerte

Interacción con benzodiacepinas y gabapentonoideos

- Los problemas de seguridad **se agravan** con el uso de forma concomitante de opioides con otros fármacos como benzodiacepinas o gabapentinoides. Sobre todo, **a nivel respiratorio**.
- En nuestro entorno el **47%** de los pacientes con opioides están en tratamiento concomitante con benzodiacepinas, de ellos el **41%** son mayores de 75 años. El **19%** de pacientes están en tratamiento concomitante con opioides y gabapentinoides, de ellos el **33%** son mayores de 75 años.

Interacción tramadol benzodicepinas y gabapentonoides



MINISTERIO DE SANIDAD
agencia española de medicamentos y productos sanitarios

AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Marzo de 2024

Fecha de publicación: 20 de mayo de 2024

NIPO: 134-24-010-2

o **Tramadol-paracetamol: Abuso y dependencia. Interacciones**

Antes de iniciar el tratamiento con paracetamol-tramadol, debe acordarse con el paciente la duración y los objetivos del tratamiento, así como un plan de interrupción del mismo. Durante el tratamiento, debe haber un contacto frecuente entre el médico y el paciente para evaluar la necesidad de continuar el tratamiento, considerar su interrupción y ajustar las dosis si es necesario. Cuando un paciente ya no necesite el tratamiento con tramadol, puede ser aconsejable reducir la dosis gradualmente para prevenir los síntomas de abstinencia. En ausencia de un control adecuado del dolor, debe considerarse la posibilidad de hiperalgesia, tolerancia y progresión de la enfermedad subyacente.

La tolerancia, la dependencia física y psicológica así como el trastorno por consumo de opiáceos (TCO) pueden desarrollarse tras la administración repetida de opiáceos como tramadol. Una dosis más alta y una duración más prolongada del tratamiento con opiáceos pueden aumentar el riesgo de desarrollar TCO. El abuso o mal uso intencionado de tramadol puede provocar sobredosis, pudiendo ser potencialmente mortal. El riesgo de desarrollar una TCO aumenta en pacientes con antecedentes personales o familiares (padres o hermanos) de trastornos por consumo de sustancias (incluido el abuso de alcohol), en consumidores actuales de tabaco o en pacientes con antecedentes personales de trastornos de salud mental (por ejemplo, depresión mayor, ansiedad y trastornos de la personalidad).

Antes y durante el tratamiento, el paciente también debe ser informado sobre los riesgos y signos de TCO. Si aparecen estos signos, se debe aconsejar a los pacientes que se pongan en contacto con su médico.

Los pacientes deberán ser vigilados para detectar signos de comportamiento de búsqueda de fármacos (por ejemplo, solicitudes de reposición demasiado tempranas). Esto incluye la revisión de opiáceos y psicofármacos concomitantes (como las benzodicepinas). En el caso de pacientes con signos y síntomas de TCO, debe considerarse la posibilidad de consultar a un especialista en adicciones.

El uso repetido de tramadol puede provocar drogodependencia, incluso a dosis terapéuticas. El riesgo de drogodependencia puede variar en función de los factores de riesgo individuales del paciente, la

Interacciones con gabapentinoides: El uso concomitante de tramadol-paracetamol con otros depresores del sistema nervioso central y gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) puede dar lugar a depresión respiratoria, hipotensión, sedación profunda, coma o muerte.

Recomendaciones

- Limitar la prescripción de analgésicos opioides con benzodicepinas o gabapentinoides solo a pacientes para los que las **opciones alternativas no sean adecuadas**.
- **Evitar la asociación de opioides con otros depresores del SNC**. Si esto no es posible se recomienda ajustar dosis en los pacientes con mayor riesgo de depresión respiratoria:
 - Compromiso respiratorio o enfermedad respiratoria
 - Enfermedad neurológica
 - Insuficiencia renal
 - Tratamiento concomitante con opioides (incluido tramadol) u otros depresores del SNC
 - Mayores de 65 años
- Evitar el uso de gabapentinoides en **pacientes con EPOC** por mayor riesgo de exacerbaciones graves.
- **Evaluar minuciosamente**, paciente por paciente, la prescripción de estos fármacos de forma simultánea y valorar si los beneficios superan los riesgos comentados.

Recomendaciones

- **Limitar las dosificaciones y la duración** de cada fármaco al mínimo posible mientras se logra el efecto terapéutico deseado.
- **Advertir a los pacientes y cuidadoras** sobre el riesgo de dificultad respiratoria y sedación.
- Evitar prescribir **opioides para la tos** a pacientes que toman benzodiazepinas.
- En el caso de pacientes que reciben opioides y benzodiazepinas de forma conjunta e interesa reducir las dosis por la afectación respiratoria, se recomienda **empezar por reducir opioides** ya que la privación de benzodiazepinas comporta mayor riesgo.
- Vigilar la aparición de **efectos adversos graves** relacionados con el tratamiento y suspender de forma inmediata si esto ocurre.

Duplicidades de opioide mayor con tramadol

Píldoras Farmacoterapéutica:

Opioides en dolor crónico no oncológico: duplicidades de opioide mayor con tramadol

Con cierta frecuencia se prescribe más de un opioide en un mismo paciente. La duplicidad más frecuente es el uso de tramadol (solo o asociado a paracetamol) con fentanilo o tapentadol (5.600 casos en Andalucía a diciembre de 2023). Puede ser de manera inadvertida (más de un médico prescribiendo, por ejemplo) o intencionada.

Evidencias sobre la eficacia/seguridad de la asociación opioide mayor + tramadol:

Ninguna guía recomienda esta asociación. EL PAI Dolor crónico no oncológico (DCNO) recomienda evitar la prescripción simultánea de opioides mayores con opioides menores (1). La escalera analgésica de la OMS no está validada para el DCNO, y, en cualquier caso no contempla la asociación entre opioides débiles y fuertes (2, 3).

El uso combinado de opioides con otros medicamentos que deprimen el SNC (es decir, otro analgésico opioide) ha provocado efectos secundarios graves, como respiración lenta o difícil y muertes. Y desaconseja su uso conjunto (4).

Problema de seguridad específico de la asociación tramadol y tapentadol:

El uso concomitante de opioides tipo fenilpiperidina, tapentadol o tramadol, entre sí o con otros agentes serotoninérgicos puede potenciar el riesgo de síndrome serotoninérgico, que es una afección rara pero grave y potencialmente mortal que se cree que resulta de la hiperestimulación de los receptores 5-HT_{1A} y 2A del tronco encefálico (4, 5, 6).

Problema de seguridad específico de la asociación tramadol y buprenorfina (o pentazocina):

La buprenorfina y pentazocina son opioides agonistas/antagonistas mixtos. Puede antagonizar los efectos de los agonistas opioides (tramadol) y precipitar los síntomas de abstinencia mediante competencia/antagonismo en los sitios receptores de opioides (6).

Problemas de seguridad específicos del tramadol:

Su metabolismo está mediado por la enzima hepática CYP2D6, que puede experimentar gran variabilidad interindividual y sus efectos son difíciles de predecir. Los metabolizadores lentos experimentan principalmente los efectos serotoninérgicos y noradrenérgicos propios de su mecanismo de acción diferenciado (náuseas, vómitos, sequedad de boca, agitación, inquietud, temblor y rigidez muscular) y puede que no alcancen el efecto analgésico esperado. En cambio, los metabolizadores rápidos son más propensos a los efectos euforizantes, depresión respiratoria, dependencia, síndrome de abstinencia o sobredosis, incluso a dosis habituales (3,7).

Los resultados de varias revisiones sistemáticas en pacientes con artrosis o dolor de cualquier etiología no encuentran evidencias a favor de tramadol frente a otros opioides o AINE. Sin embargo, la probabilidad de abandono por efectos adversos o por cualquier otra causa es superior con tramadol respecto a los AINE. De hecho, en estudios observacionales se ha asociado al tramadol con eventos adversos menos conocidos y que se observan en mayor medida que con otros opioides u otros analgésicos no opioides, como son: hipoglucemia, hiponatremia, riesgo de

¿Tramadol asociado a opioide mayor?

- No recomendado en ninguna guía

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

Proceso Asistencial Integrado

Dolor Crónico No Oncológico (origen musculoesquelético)

Proceso Asistencial Integrado

SSPA PAI Atención sa

Dolor crónico no oncológico: Tratamiento farmacológico

Año 2015, 39(4) <http://dx.doi.org/10.1111/8142015-00-04>

PUNTOS CLAVE

- En el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) los medicamentos son una parte de un tratamiento multidisciplinar.
- El objetivo del tratamiento farmacológico del DCNO es mejorar el dolor y la funcionalidad y debe incluir un diálogo con el paciente basado en expectativas de alivio realistas.
- Los pacientes deben ser reevaluados regularmente y siempre que se produzcan cambios de la medicación, en el dolor y/o en las comorbilidades subyacentes.
- Los opiáceos deberían reservarse para determinados pacientes con dolor moderado o intenso con alteración significativa de su funcionalidad o calidad de vida.
- La morfina oral continúa siendo el tratamiento de referencia cuando se requiere incorporar un opiáceo mayor en el tratamiento del DCNO.
- El dolor irruptivo en DCNO es controvertido. El uso de medicación de rescate con tratamiento de liberación rápida, carece de evidencia suficiente y se asocia con riesgo de tolerancia, escalada de dosis y uso inadecuado o adictivo.
- Cuando se requiere una dosis elevada de opiáceo, se debería solicitar asesoramiento o referir al paciente a la unidad del dolor.
- Cuando no hay mejora significativa o los efectos adversos son intolerables habría que considerar la retirada del tratamiento opiáceo.

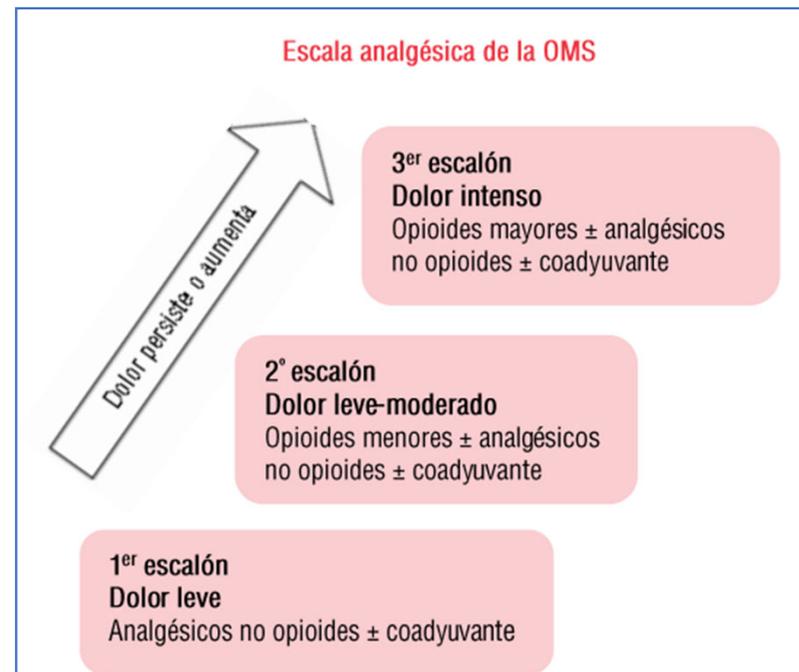
INTRODUCCIÓN

VOLUMEN 30 • N° 1 • 2022

INFAC
FARMACOTERAPIA INFORMAZIO
INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

DOLOR CRÓNICO NO-ONCOLÓGICO: ¿OPIOIDES?

- No recomendado según escalera de la OMS



Recomendaciones HACER/NO HACER



SE RECOMIENDA

- Plantear la reducción gradual de uno de los dos opioides prescritos simultáneamente.
- Plantear la posibilidad de suspender directamente el tramadol, especialmente si la dosis del opioide mayor prescrito es comparativamente, alta.
- De ser preciso tratamiento para dolor irruptivo, substituir tramadol por un opioide fuerte de liberación rápida (por ejemplo, morfina a dosis equipotente).



NO SE RECOMIENDA

Mantener la duplicidad

Uso de dosis altas

Píldoras Farmacoterapéuticas

Opioides: uso de dosis altas

El uso de opioides lleva asociado efectos secundarios y, además, graves riesgos de adicción, abuso y sobredosis. Uno de los factores de riesgo para la sobre dosis es el uso de dosis altas.

¿Qué dosis diaria se considera dosis alta?

- No hay ninguna dosis totalmente segura; el riesgo de los opioides es dosis-dependiente y durante los últimos años las guías han ido disminuyendo paulatinamente las dosis máximas recomendadas. Dosis por encima de 50 mg de morfina/ día o su equivalente (DEM: dosis equivalente de morfina) no produce en muchos de los pacientes un beneficio en reducción del dolor o mejora de la funcionalidad, pero sin embargo va situado al paciente en una situación de riesgo de eventos adversos conforme se aumenta la dosis. Por ello recomienda que, llegado a este nivel, se reevalúe los beneficios individuales que el paciente está obteniendo y disminuir la dosis a la menor posible.
- La dosis máxima que se debe evitar sobrepasar o, en su caso, justificar la decisión muy cuidadosamente, son 90 DEM/día. En personas con un tratamiento ya instaurado a dosis ≥ 90 DEM, se debe reevaluar su necesidad, discutir con el paciente los riesgos y beneficios y plantear la retirada o la disminución de dosis.

Para saber si un paciente se encuentra en esta situación hemos de calcular el consumo total diario de opioides que el paciente hace en miligramos de equivalentes de morfina (DEM/día) (1, 2).

¿Cómo calcular la dosis equivalente de morfina que un paciente utiliza?

En la tabla siguiente se muestran los factores de conversión y las equivalencias aproximadas entre fármacos (ver adicionalmente *Píldora sobre desprescripción de opioides*). Para determinar la dosis en DEM, se multiplica la dosis de cada opioide por el factor de conversión (3).

Los cálculos obtenidos a partir de estas tablas no sustituyen el criterio y la experiencia clínica y en todos los casos hay que tener en cuenta el estado clínico del paciente, sus funciones renal y hepática, la intensidad y la naturaleza del dolor y las posibles interacciones farmacológicas. Las conversiones de dosis **convulsivas** son sólo estimaciones ya que no pueden tener en cuenta la variabilidad individual (3).

Equivalencias orientativas de dosis entre analgésicos opioides	10 mg	30 mg	60 mg	90 mg	120 mg	180 mg	240 mg	360 mg	Factor
MORFINA oral (mg/24 h)									x 1
MORFINA SUBCUTÁNEA (mg/24h)	5 mg	15 mg	30 mg	45 mg	60 mg	90 mg	120 mg	180 mg	x 2
FENTANILO TRANSDÉRMICO (μ g/24 h)*		12 μ g	25 μ g	37 μ g	50 μ g	75 μ g	100 μ g	150 μ g	x 2,4
OXICODONA ORAL (mg/24h)		15 mg	30 mg	45 mg	60 mg	80-100 mg	120-135 mg	180 mg	x 2
HIDROMORFONA ORAL (mg/24h)		4 mg	8 mg	12 mg	16 mg	24 mg	32 mg	40 mg	x 2,5
BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA (μ g/24 h)*				35 μ g	52,5 μ g	70 μ g	105 μ g	140 μ g	x 1,7
BUPRENORFINA SUBLINGUAL (mg/24 h)				0,8 mg	1,2 mg	1,6 mg	2,4 mg		x 2,5
TAPENTADOL RETARD ORAL (mg/24 h)	25 mg	75 mg	150 mg		300 mg				x 0,4
TRAMADOL ORAL (mg/24)		150 mg	300 mg	450 mg	Dosis máxima en ficha técnica: 400 mg/24 h				x 0,2

La información recogida en la tabla es útil para conocer la situación del paciente y planificar su seguimiento, pero no debe usarse para determinar las dosis a usar al convertir un opioide en otro directamente: al convertir los opioides, el nuevo opioide generalmente se dosifica sustancialmente más bajo que la dosis calculada de DEM para evitar una sobredosis accidental debido a una tolerancia cruzada incompleta y una variabilidad individual en la farmacocinética de los opioides (3).

¿Qué dosis diaria se considera dosis alta?

- no hay ninguna dosis totalmente segura
- riesgos de opioides son dosis-dependiente
- durante los últimos años las guías han ido disminuyendo paulatinamente las dosis máximas recomendadas

**50 mg de morfina
o DEM/día**

No produce mejoras en dolor/funcionalidad, pero sí aumento del riesgo de EA

**90 mg de morfina
o DEM/día**

No sobrepasar: reevaluar necesidad, informar al paciente, deprescribir

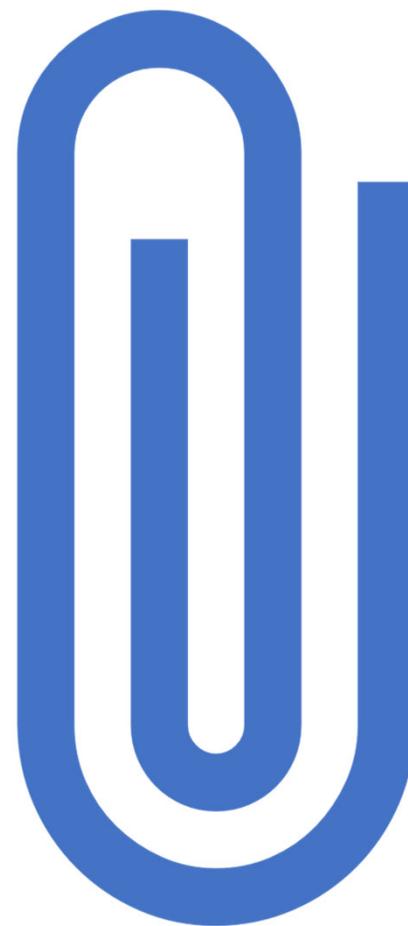
Recomendaciones

Calcular el consumo total diario de opioides que el paciente hace en miligramos de equivalentes de morfina (**DEM/día**).

Si decide iniciar la desprescripción en la consulta, acuerde con el paciente un plan, informe que puede durar varios meses y ofrezca la información sobre cómo le va a apoyar durante este tiempo. Remitimos al **anexo sobre desprescripción de opioides y Conversaciones difíciles**.

Consultar en el **Protocolo de Distrito**, los casos en los que el plan acordado con el paciente podría requerir la derivación a un Centro de Tratamiento de Adicciones.

Anexos



ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE OPIOIDES

ANEXO. Estrategia para la reducción de opioides

Como realizar la reducción

Adaptar el plan de prescripción en función de las características clínicas, objetivos y preferencias del paciente. Considerar:

Opioide	Forma Farmacéutica	Como reducir
Fentanilo	Parches: 12/25/50/75/100 $\mu\text{cg}/\text{h}$	- Disminuir un escalón de dosis cada 9 días, si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 5 semanas si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la dosis de 12 $\mu\text{cg}/\text{h}$, y sea necesario seguir reduciendo la dosis, convertir la dosis de fentanilo parches a morfina oral. Reducir entre 10-25%, cada 7 días si lleva menos de 3 meses o cada 4 semanas si lleva más de 3 meses. Utilizar morfina solución oral a 10, 20 mg/ml.*
	Comprimidos sublinguales: 30/67/100/133/200/267/300/400/ 533/600/800 μcg	- Disminuir un escalón de dosis cada 7 días si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 4 semanas si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la menor dosis comercializada, retirar poco a poco espaciando posología, hasta retirada completa.
	Transmucoso: 100/200/400/600/800/1200/1600 μcg	
	Pulverizador nasal: 50/100/200/400 μcg	
Buprenorfina	Parches: 35/52.5/70 $\mu\text{cg}/\text{h}$	- Disminuir un escalón de dosis cada 8 días si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 32 días si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la dosis de 35 $\mu\text{cg}/\text{h}$. Convertir la dosis de buprenorfina parches a morfina oral. Reducir entre 10-25%, cada 7 días si lleva menos de 3 meses o cada 4 semanas si lleva más de 3 meses. Utilizar morfina solución oral a 10, 20 mg/ml.*
	Comprimidos sublinguales: 0.2/0.3 mg	- Disminuir un escalón de dosis cada 7 días si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 4 semanas si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la dosis de 0.2 mg. Convertir la dosis de buprenorfina a morfina oral. Reducir entre 10-25%, cada 7 días si lleva menos de 3 meses o cada 4 semanas si lleva más de 3 meses. Utilizar morfina solución oral a 10 mg/ml.*

Adaptar el plan de prescripción MLMTO en función de las características clínicas, objetivos y preferencias del paciente

Diapositiva 26

MLMT0 Es prescripción o deprescripción?

MOLINA LOPEZ, M TERESA; 2024-05-09T07:44:46.539

ANEXO. Estrategia para la reducción de opioides

Como realizar la reducción

Adaptar el plan de prescripción en función de las características clínicas, objetivos y preferencias del paciente. Considerar:

Opioide	Forma Farmacéutica	Como reducir
Fentanilo	Parches: 12/25/50/75/100 mcg /h	- Disminuir un escalón de dosis cada 9 días, si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 5 semanas si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la dosis de 12 mcg /, y sea necesario seguir reduciendo la dosis, convertir la dosis de fentanilo parches a morfina oral. Reducir entre 10-25%, cada 7 días si lleva menos de 3 meses o cada 4 semanas si lleva más de 3 meses. Utilizar morfina solución oral a 10, 20 mg/ml.*
	Comprimidos sublinguales: 30/67/100/133/200/267/300/400/ 533/600/800 mcg .	- Disminuir un escalón de dosis cada 7 días si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 4 semanas si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la menor dosis comercializada, retirar poco a poco espaciando posología, hasta retirada completa.
	Transmucoso: 100/200/400/600/800/1200/1600 mcg .	
	Pulverizador nasal: 50/100/200/400 mcg .	
Buprenorfina	Parches: 35/52.5/70 mcg /h	- Disminuir un escalón de dosis cada 8 días si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 32 días si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la dosis de 35 mcg /h. Convertir la dosis de buprenorfina parches a morfina oral. Reducir entre 10-25%, cada 7 días si lleva menos de 3 meses o cada 4 semanas si lleva más de 3 meses. Utilizar morfina solución oral a 10, 20 mg/ml.*
	Comprimidos sublinguales: 0.2/0.3 mg	- Disminuir un escalón de dosis cada 7 días si lleva menos de 3 meses tomando el opioide o cada 4 semanas si más de 3 meses. Si lleva tomado opioide más de un año aumentar el periodo de disminución según estado del paciente. - Cuando se llegue a la dosis de 0.2 mg. Convertir la dosis de buprenorfina a morfina oral. Reducir entre 10-25%, cada 7 días si lleva menos de 3 meses o cada 4 semanas si lleva más de 3 meses. Utilizar morfina solución oral a 10 mg/ml.*

Como reducir con morfina oral

*Como realizar la reducción con morfina solución oral

1. Calcular la dosis equivalente de cualquier opioide a morfina oral

- Multiplicar la dosis de opioide que se administra el paciente en 24 horas por el factor de conversión, según tabla

Vía de administración	Opioide	Factor de conversión
Oral	Oxicodona (mg/24 horas)	1.5
	Hidromorfona (mg/24 horas)	5
	Tramadol (mg/24 horas)	0.1
	Tapentadol (mg/24 horas)	0.4
Sublingual	Buprenorfina (mg/24 horas)	50
	Fentanilo (mcg/24 horas)	0.1
Transmucoso	Fentanilo (mcg/24 horas)	0.1
Transdérmica*	Buprenorfina (mcg/24 horas)	1.2
	Fentanilo (mcg/24 horas)	2.4

Datos obtenidos de: https://anescalc.github.io/opioids_m.html

* En las formulaciones transdérmicas que se administran cada 3 o 4 días, la dosis prescrita corresponde con la cantidad de fármaco que se libera al día.

2. Fórmulas para reducción de dosis:

Para reducir el 10%:

$$\frac{\text{mg de morfina oral} \times 0.90}{\text{Concentración de morfina oral solución en mg}} = \text{n}^{\circ} \text{ de ml a administrar al paciente en cada reducción}$$

La solución oral de morfina está disponible en concentraciones de 10/20 mg por ml

Para reducir el 25%:

$$\frac{\text{mg de morfina oral} \times 0.75}{\text{Concentración de morfina oral solución en mg}} = \text{n}^{\circ} \text{ de ml a administrar al paciente en cada reducción}$$

La solución oral de morfina está disponible en concentraciones de 10/20 mg por ml

Conversión de mililitros de morfina oral a gotas

- Presentación de 10 mg/ml
 - 1 ml = 20 gotas
- Presentación de 20 mg/ml
 - 1 ml = 16 gotas

Por tanto, para convertirlo en gotas:

- $\text{n}^{\circ} \text{ ml a administrar} \times 20$ (si es la concentración de 10 mg/ml) = $\text{n}^{\circ} \text{ de gotas a administrar}$
- $\text{n}^{\circ} \text{ ml a administrar} \times 16$ (si es la concentración de 20 mg/ml) = $\text{n}^{\circ} \text{ de gotas a administrar}$

Ejemplo

Paciente con 12 mcg de fentanilo en parches y queremos seguir la reducción con morfina oral

- $12 \text{ mcg fentanilo} \times 2,4 \text{ (factor de conversión)} = 28,8 \text{ DEM}$
- $28,8 \times 0,90 \text{ (si vamos a reducir el 10\%)} = 25,92 \text{ mg de morfina oral}$
- $25,92 / 10 \text{ (si vamos a utilizar la dosis de 10 mg/ml de morfina)} = 2,6 \text{ ml de morfina en solución}$
- $2,6 \text{ ml} \times 20 = 52 \text{ gotas}$

Seguimiento

El éxito de la deprescripción de opioides se puede medir valorando la evolución en relación con los objetivos alcanzados a lo largo del tiempo.

Valorar:

- Estado cognitivo y funcional, síntomas conductuales y psicológicos, y cómo estos han cambiado con el tiempo.
- Parámetros que incluyen en el estado funcional, dolor, sueño, estado de ánimo, efectos de abstinencia y dependencia.
- Informar del mayor riesgo de sobredosis si se vuelve de forma rápida a una dosis más alta previamente prescrita después de dejar de prescribirla.
- Considerar la prescripción de naloxona para personas que toman opioides en riesgo de sufrir una sobredosis de opioides al recetarlos o deprescribirlos.
- Considerar la prescripción de laxantes en pacientes en tratamiento con opioide mayores.

Manejo del síndrome de abstinencia

Manejo del síndrome de abstinencia por opioides

Síndrome de abstinencia o retirada:

El síndrome de abstinencia de opioides se caracteriza por signos y síntomas de estimulación simpática (debido a la disminución del antagonismo simpático por los opioides): ansiedad, hipertensión, taquicardia, inquietud, midriasis, diaforesis, temblor, piloerección, náuseas, calambres abdominales, diarrea, anorexia, mareos, sofocos, escalofríos, mialgias o artralgias, rinorrea, estornudos, lagrimeo, insomnio y bostezos. También se informa con frecuencia disforia.

Los síntomas comienzan 2 a 3 vidas medias después de la última dosis de opioide (p. ej., para la oxycodona, que tiene una vida media de 3 a 4 horas; los síntomas comenzarían después de 6 a 12 horas).

En esta situación, los síntomas alcanzarían su punto máximo aproximadamente a las 48 a 72 horas y se resolverían en un plazo de 7 a 14 días, con una variabilidad que depende de la dosis específica, la velocidad de reducción gradual y la duración del uso.

Es de destacar que estos síntomas subjetivos pueden verse intensificados por la ansiedad, o los síntomas de ansiedad pueden interpretarse como abstinencia.

Herramientas para medir los síntomas de abstinencia:

A corto plazo, es mejor utilizar la observación clínica y un instrumento estructurado con un sistema de puntuación estandarizado para evaluar el progreso y la gravedad de la abstinencia y guiar la administración de medicamentos.

Proponemos la Escala clínica de abstinencia de opioides (COWS) debido a su facilidad de uso y sensibilidad; califica la gravedad de 11 signos y síntomas de abstinencia de opioides en una escala de 0 a 5. Incluida al final de este documento.

Tratamiento farmacológico sintomático:

- Un ambiente tranquilo y silencioso con personal de apoyo y tranquilidad puede ser fundamental para ayudar a los pacientes a superar la mayoría de los síntomas de la abstinencia aguda de opioides y disminuye la necesidad de intervenciones farmacológicas.
- No utilizar analgésicos opioides fuertes/débiles como codeína o tramadol para tratar el cuadro.
- Evitar el uso de benzodiazepinas para tratar la ansiedad, la inquietud y los espasmos musculares, si es posible. Son adictivas, generan dependencia y aumentan la posibilidad de supresión respiratoria.
- Los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de pánico, deben reconocerse y abordarse adecuadamente. El riesgo de suicidio es elevado en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y debe evaluarse constantemente durante el curso de la retirada.
- Los pacientes que tienen diarrea, vómitos o sudoración requieren seguimiento estrecho para detectar deshidratación y mantener los niveles de líquidos con líquidos orales y/o intravenosos.

Herramientas para medir los síntomas de abstinencia

A corto plazo, es mejor utilizar la observación clínica y un instrumento estructurado con un sistema de puntuación estandarizado para **evaluar el progreso y la gravedad** de la abstinencia y guiar la administración de medicamentos.

Proponemos la **Escala clínica de abstinencia de opioides (COWS)** debido a su facilidad de uso y sensibilidad; califica la gravedad de 11 signos y síntomas de abstinencia de opioides en una escala de 0 a 5. Incluida al final de este documento.

Tratamiento farmacológico sintomático

Síntoma	Fármaco	Dosis	Comentarios
Dolor, síntomas pseudo-gripales	Paracetamol	650 a 1000 mg por vía oral cada 6 a 8 horas según sea necesario (máximo 3000 mg diarios)	Analgésico apropiado para la mayoría de los pacientes. Reducir dosis (máximo 2 g diarios) o evitar en insuficiencia hepática o desnutrición
	Ibuprofeno	400 mg por vía oral cada 4 a 6 horas según sea necesario (máximo 2400 mg diarios)	El paciente debe estar bien hidratado y sin enfermedad renal significativa. Usar con precaución en insuficiencia hepática o renal leve a moderada.
	Naproxeno	500 mg por vía oral dos veces al día con las comidas	Evitar todos los AINE en caso de insuficiencia renal o hepática grave o cirrosis.

Protocolo deprescripción opioides (I)

Paciente que toma opioides

Solicita
reducción/
supresión

Causa del
dolor no
resuelta

Consecución
de objetivos
terapéuticos

No mejora
significativa
(dolor/
funcionalidad)

No adherencia o
adherencia
inadecuada

Efectos
adversos
intolerables

Riesgo de
daños que
supera
beneficios
potenciales

Tratamiento
>12 meses sin
claros beneficios

Sin
indicación
clara

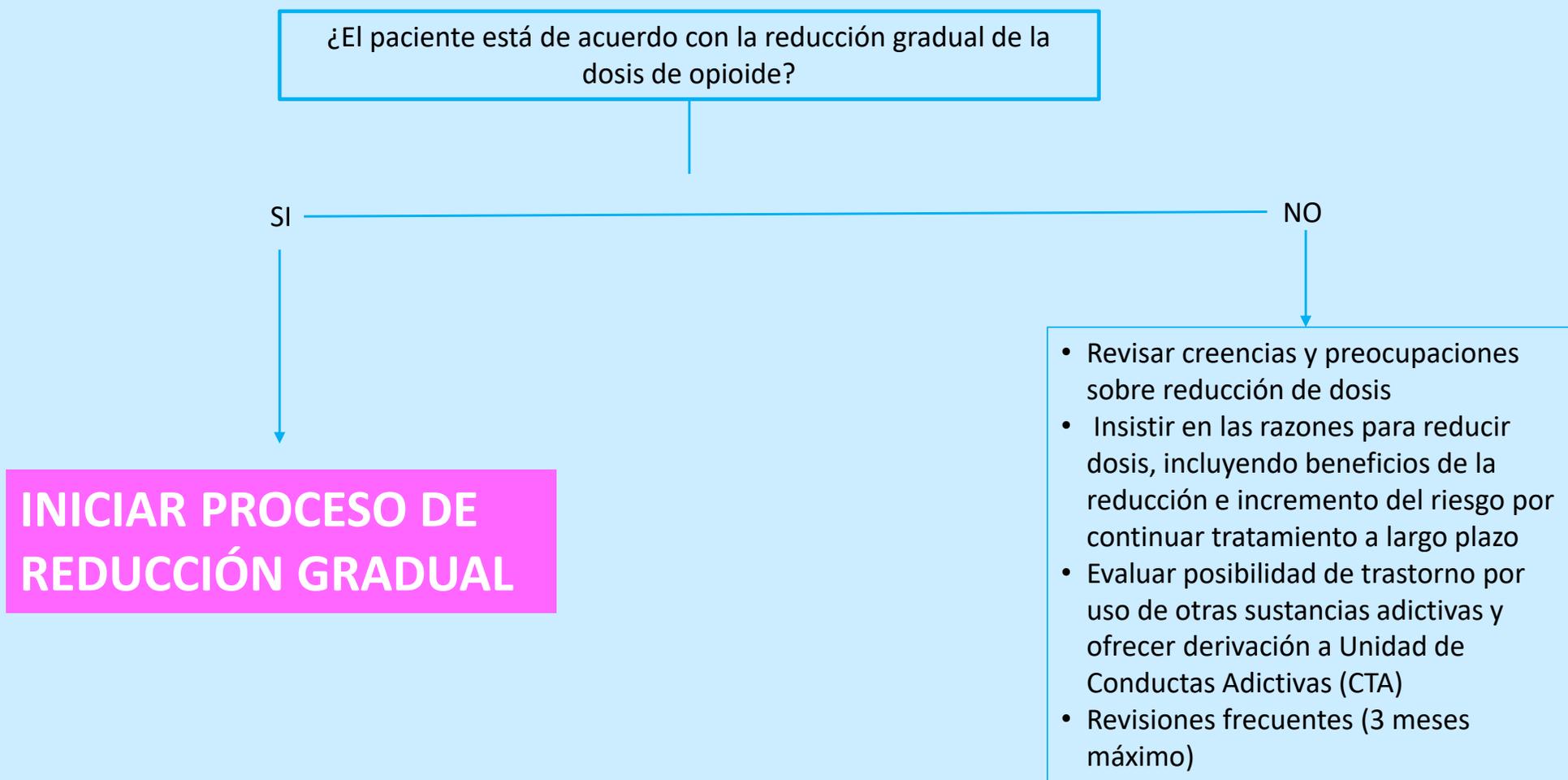
Protocolo deprescripción opioides (II)

Paso 2: Preguntar al paciente

- Hable sobre la conveniencia de reducir dosis
- Pregunte sobre objetivos/metas del tratamiento y sobre riesgos y beneficios
- Escuche creencias, preocupaciones y motivaciones sobre la reducción de dosis
- Comente beneficios de la reducción, posibles riesgos y cómo minimizarlos
- Informe de la duración de la reducción (meses o años)
- Tranquilice al paciente y ofrézcale apoyo y seguimiento estrecho con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos

Protocolo deprescripción opioides (IV)

Paso 4: Diálogo con el paciente
(Escucha activa)



Conversaciones difíciles

Tema: Dominación de la dosis de opiáceos

❖ ¿Por qué debo reducir mi dosis actual?

- "Me preocupa su seguridad si continuamos con sus opiáceos en la dosis actual".
- "El conocimiento que tenemos ahora sobre estos medicamentos es mayor. Hemos aprendido en los últimos años que el riesgo de sufrir daños aumenta con la cantidad de opiáceos que se toman y con el tiempo que se toman. Quiero reducir el riesgo asociado a su dosis de opiáceos mientras nos centramos en un plan a largo plazo para controlar su dolor y mejorar su función."
- "También sabe ahora que el consumo prolongado de opiáceos conduce a una reducción de las funciones e incluso puede provocar discapacidad. No quiero que le ocurra eso, sobre todo cuando hay otras opciones para tratar el dolor."
- "También es importante que pensemos en sus necesidades a largo plazo. Si sigues tomando opiáceos, con el tiempo tendrá que tomar dosis cada vez más altas sólo para mantener el mismo nivel de alivio del dolor. Su cuerpo se volverá tolerante a la medicación. Con el tiempo, puede alcanzar dosis peligrosas y la medicación dejará de aliviarle. ¿Qué ocurre si en el futuro necesita opiáceos después de una intervención quirúrgica o para controlar el dolor del cáncer? No quiero que no tengas ninguna opción para controlar el dolor, cuando podemos trabajar juntos para reducir ahora tu dosis actual y controlar tu dolor con otras opciones."
- "Es sano y bueno probar de vez en cuando cuánto realmente necesita esta dosis. Puede que le sorprenda que le vaya tan bien o mejor con una dosis menor".
- "Te apoyaré en tu esfuerzo por reducir la dosis. Podemos trabajar en esto lentamente y reducir gradualmente la cantidad que tomas con el tiempo."
- "Es un proyecto a largo plazo en el que trabajaremos juntos".

❖ No tengo antecedentes de adicción y soy responsable con mi medicación. ¿Por qué tenemos que hablar de la reducción progresiva?

- "Los opiáceos suponen muchos riesgos, aparte de la dependencia y la adicción, que me preocupan. Ahora sabemos que los opiáceos:
 - Empeoran la apnea del sueño.
 - Disminuyen la testosterona.
 - Causan neumonía.
 - Afectan a su respiración, especialmente si padece asma o EPOC.
 - Deterioran el sistema inmunitario
 - Causan accidentes de coche y caídas".
- "Solo el hecho de tomar opiáceos es un factor de riesgo de dependencia y adicción".
- "La dependencia es un estado adaptativo asociado a un síndrome de abstinencia al terminar la exposición repetida a un estímulo".
- "La adicción -trastorno por consumo de opiáceos- es una enfermedad crónica del cerebro que incluye un comportamiento compulsivo para obtener la recompensa de la droga, aunque haya otros resultados adversos."

Diapositiva 38

MLMT0 Yo esto lo adelantaría al protocolo. La entrevista clínica es una herramienta mas.

MOLINA LOPEZ, M TERESA; 2024-05-09T07:49:00.654

Resumen

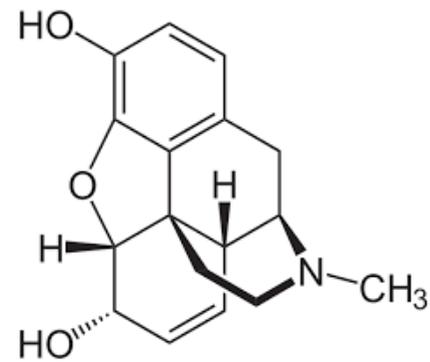
- Duración de tratamiento: reevaluar a **3 meses**
- Interacciones graves con **BZ y gabapentinoides**
- Dosis altas: más de **90 mg** de morfina DEM/día
- Duplicidades: **evitar**

Diapositiva 39

MLMT0 Yo esto lo adelantaría al protocolo. La entrevista clínica es una herramienta mas.

MOLINA LOPEZ, M TERESA; 2024-05-09T07:49:00.654

Casos clínicos



Diapositiva 40

MLMT0 Yo esto lo adelantaría al protocolo. La entrevista clínica es una herramienta mas.

MOLINA LOPEZ, M TERESA; 2024-05-09T07:49:00.654

Jesús 40 años

En tratamiento con opioides desde abril 2017

Problemas activos del usuario:

Centro	F. inicio	F. cierre	Descripción
🌿	09/11/2021		ARTROSIS ENCIPIENTE MANOS RAQUIS PIES
🌿	09/11/2021		OSTEOPOROSIS DENSITOMETRICA
🌿	09/11/2021		ARTROMIALGIA GENERALIZADA
🌿	01/10/2021		DERRAME ARTICULAR RODILLA IZ
🌿	01/10/2021		CONDROMALACIA ROTULIANA G IV
🌿	01/10/2021		FRACTURA PLATAFORMA TIBIAL
🌿	01/10/2021		TURBINOPLASTIA
🌿	01/10/2021		RINITIS CRONICA
🌿	01/10/2021		DERMATITIS ATOPICA
🌿	01/10/2021		ASMA BRONQUIAL
🌿	01/10/2021		DEPRESION MAYOR
🌿	11/12/2017		COLON IRRITABLE
🌿	11/12/2017		DIABETES TIPO II
🌿	11/12/2017		GASTRITIS CRONICA
🌿	11/12/2017		HERNIA DE HIATO
🌿	17/11/2017		LITIASIS BILIAR
🌿	03/10/2017		ARTROMIALGIAS REFRACTARIA A MORFICOS
🌿	03/10/2017		RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA
🌿	31/05/2017		FIBROMIALGIA
🌿	29/03/2017		E.PYLORI+
🌿	29/03/2017		COLELITIASIS
🌿	02/02/2017		SIFILIS

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CLGADSEO	550129 DOMPERIDONA 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGTCSEQ	557672 PARACETAMOL 1G, 40 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGUCSET	553525 NAPROXENO 550MG, 40 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGVCSEW	554246 LORAZEPAM 5MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGWCSEC	554319 CLORAZEPATO DIPOTASICO 10MG, 30 CAPSULAS - VÍA ORAL	3 CAPSULA cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGXCSEF	554226 ALPRAZOLAM 1MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGYCSEI	553897 FENTANILO 50MCG 5 PARCHES - VÍA TRANSDÉRMICA	1 PARCHES cada 72 Horas	05/04/2024	04/06/2024
CLGZCSEL	553896 FENTANILO 100MCG 5 PARCHES - VÍA TRANSDÉRMICA	1 PARCHES cada 72 Horas	05/04/2024	04/06/2024
CIPALBOA	556037 OMEPRAZOL 40MG, 28 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CLDIZATG	554819 EBASTINA 20MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	01/04/2024	31/10/2024
CLDJZATJ	551810 KETOCONAZOL 20MG/G 100G GEL - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 48 Horas	01/04/2024	31/10/2024
CIPNLBOQ	552005 CLOBETASOL PROPIONATO 500MCG/G 30G POMADA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPOLBOT	561795 NISTATINA 100MILES UI / NEOMICINA 2,50MG / TRIAMCINOLONA 1MG (POR G) 60G UNGÜENTO - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPWKBOL	554425 TRAZODONA CLORHIDRATO 100MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPQLBOC	555581 NISTATINA 500MILES UI/5ML 60ML SUSPENSION ORAL - VÍA ORAL	10 ML cada 8 Horas	03/11/2023	31/10/2024

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CIPMLBON	551872 MUIROCINA 20MG/G 30G POMADA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 12 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPPLBOW	551957 METILPREDNISOLONA 1MG/G 60G CREMA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPGLBOS	550183 CINITAPRIDA 1MG, 50 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	2 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPLLBOK	552023 HIDROCORTISONA 1,27MG/G 60G CREMA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 12 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPDLBOJ	550581 FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	2 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPFLBOP	550148 CLEBOPRIDA 500MCG / SIMETICONA 200MG, 45 CAPSULAS - VÍA ORAL	2 CAPSULA cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPXKBOO	554433 SERTRALINA 100MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPVKBOI	656706 VENTOLIN 100MCG/INHAL SUSP PARA INHALAC ENV PRESION 1 INHALAD 200 DOSIS - VÍA INHALATORIA	2 DOSIS cada 8 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPZKBOU	798462 OPTOVITE B12 1000MCG 5 AMPOLLAS 2ML - VÍA ORAL	1 INYECTABLE cada 30 Dias	03/11/2023	31/10/2024

Jesús 40 años

En tratamiento con opioides desde abril 2017

Problemas activos del usuario:

Centro	F. inicio	F. cierre	Descripción
09/11/2021			ARTROSIS ENCIPIENTE MANOS RAQUIS PIES
09/11/2021			OSTEOPOROSIS DENSITOMETRICA
09/11/2021			ARTROMIALGIA GENERALIZADA
01/10/2021			DERRAME ARTICULAR RODILLA IZ
01/10/2021			CONDROMALACIA ROTULIANA G IV
01/10/2021			FRACTURA PLATAFORMA TIBIAL
01/10/2021			TURBINOPLASTIA
01/10/2021			RINITIS CRONICA
01/10/2021			DERMATITIS ATOPICA
01/10/2021			ASMA BRONQUIAL
01/10/2021			DEPRESION MAYOR
11/12/2017			COLON IRRITABLE
11/12/2017			DIABETES TIPO II
11/12/2017			GASTRITIS CRONICA
11/12/2017			HERNIA DE HIATO
17/11/2017			LITIASIS BILIAR
03/10/2017			ARTROMIALGIAS REFRACTARIA A MORFICOS
03/10/2017			RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA
31/05/2017			FIBROMIALGIA
29/03/2017			E.PYLORI+
29/03/2017			COLELITIASIS
02/02/2017			SIFILIS

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLÓGIA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CLGADSEO	550129 DOMPERIDONA 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGTCSEQ	557672 PARACETAMOL 1G, 40 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGUCSET	553525 NAPROXENO 550MG, 40 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGVCSEW	554246 LORAZEPAM 5MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGWCSEC	554319 CLORAZEPATO DIPOTASICO 10MG, 30 CAPSULAS - VÍA ORAL	3 CAPSULA cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGXCSEF	554226 ALPRAZOLAM 1MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2024	04/07/2024
CLGYCSEI	553897 FENTANILO 50MCG 5 PARCHES - VÍA TRANSDÉRMICA	1 PARCHES cada 72 Horas	05/04/2024	04/06/2024
CLGZCSEL	553896 FENTANILO 100MCG 5 PARCHES - VÍA TRANSDÉRMICA	1 PARCHES cada 72 Horas	05/04/2024	04/06/2024
CIPALBOA	556037 OMEPRAZOL 40MG, 28 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CLDIZATG	554819 EBASTINA 20MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	01/04/2024	31/10/2024
CLDJZATJ	551810 KETOCONAZOL 20MG/G 100G GEL - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 48 Horas	01/04/2024	31/10/2024
CIPNLBOQ	552005 CLOBETASOL PROPIONATO 500MCG/G 30G POMADA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPOLBOT	561795 NISTATINA 100MILES UI / NEOMICINA 2,50MG / TRIAMCINOLONA 1MG (POR G) 60G UNGÜENTO - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPWK BOL	554425 TRAZODONA CLORHIDRATO 100MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPQLBOC	555581 NISTATINA 500MILES UI/5ML 60ML SUSPENSION ORAL - VÍA ORAL	10 ML cada 8 Horas	03/11/2023	31/10/2024

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLÓGIA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CIPMLBON	551872 MUPIROCINA 20MG/G 30G POMADA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 12 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPPLBOW	551957 METILPREDNISOLONA 1MG/G 60G CREMA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPGLBOS	550183 CINITAPRIDA 1MG, 50 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	2 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPLLBOK	552023 HIDROCORTISONA 1,27MG/G 60G CREMA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 12 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPDLBOJ	550581 FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	2 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPFLBOP	550148 CLEBOPRIDA 500MCG / SIMETICONA 200MG, 45 CAPSULAS - VÍA ORAL	2 CAPSULA cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPXKBOO	554433 SERTRALINA 100MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPVKBOI	656706 VENTOLIN 100MCG/INHAL SUSP PARA INHALAC ENV PRESION 1 INHALAD 200 DOSIS - VÍA INHALATORIA	2 DOSIS cada 8 Horas	03/11/2023	31/10/2024
CIPZKBOU	798462 OPTOVINE B12 1000MCG 5 AMPOLLAS 2ML - VÍA ORAL	1 INYECTABLE cada 30 Dias	03/11/2023	31/10/2024

Juan Carlos 51 años
En tratamiento con opioides desde mayo 2015

Problemas activos del usuario:

Centro F. inicio F. cierre Descripción

24/07/2017	LUMBALGIA CRONICA
24/07/2017	RADICULOPATIA S1 DERECHA
20/10/2016	Distimia.Proceso cronico
22/03/2016	Incontinencia orina
11/03/2016	Espondilodiscitis
21/01/2016	ESPONDILODISCITIS
04/04/2012	HERNIA DISCAL L5-S1

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO		NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN				FECHA INICIO	FECHA FIN
BNQDXUGE	557624 PREGABALINA 300MG, 56 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 12 Horas	03/06/2019	20/09/202					
BNQEXUGH	554425 TRAZODONA CLORHIDRATO 100MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/202	BZVZYPPK	568907 OMEPRAZOL 40MG, 56 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	17/03/2022	20/09/2024
BNQVWUGD	555161 ENALAPRIL 10MG, 56 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/202	BYXFYKLI	562225 FENTANILO 200MCG/DOSIS 40PULVERIZACION PULVERIZADOR NASAL - VÍA NASAL	1 DOSIS cada 6 Horas	12/01/2022	06/06/2024
BNQFXUGK	557672 PARACETAMOL 1G, 40 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	03/06/2019	20/09/202					
BNQRWUGO	561945 AGOMELATINA 25MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	2 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2024					
BNQTWUGU	554258 DIAZEPAM 10MG, 25 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	03/06/2019	08/09/2024					
BQXMPKWU	553936 METAMIZOL 575MG, 20 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	19/02/2020	08/06/2024					
CGKPRPSO	553850 MORFINA 60MG, 60 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	24/05/2023	08/06/2024					
CGKORPSL	553891 MORFINA 15MG, 60 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	24/05/2023	08/06/2024					
CAFYPBUO	550133 DOMPERIDONA 5MG/5ML 200ML SUSPENSION ORAL - VÍA ORAL	1 ML cada 8 Horas	13/04/2022	20/09/2024					
BNQZWUGP	567125 MIRABEGRON 50MG, 30 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2024					
BNQSWUGR	554366 AMITRIPTILINA 25MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2024					
BXYMOGKW	550581 FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	29/10/2021	20/09/2024					
CAFZPBUR	554791 LORATADINA 10MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	13/04/2022	20/09/2024					
BPSGOAGC	561504 FUROATO DE FLUTICASONA 27.50MCG/DOSIS 120PULVERIZACION PULVERIZADOR NASAL - VÍA NASAL	2 DOSIS cada 24 Horas	25/11/2019	20/09/2024					

Juan Carlos 51 años
 En tratamiento con opioides desde mayo 2015

Problemas activos del usuario:

Centro	F. inicio	F. cierre	Descripción
	24/07/2017		LUMBALGIA CRONICA
	24/07/2017		RADICULOPATIA S1 DERECHA
	20/10/2016		Distimia.Proceso cronico
	22/03/2016		Incontinencia orina
	11/03/2016		Espondilodiscitis
	21/01/2016		ESPONDILODISCITIS
	04/04/2012		HERNIA DISCAL L5-S1

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO		NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN				FECHA INICIO	FECHA FIN
BNQDXUGE	557624 PREGABALINA 300MG, 56 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 12 Horas	03/06/2019	20/09/2022					
BNQEXUGH	554425 TRAZODONA CLORHIDRATO 100MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2022	BZVZYPPK	568907 OMEPRAZOL 40MG, 56 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	17/03/2022	20/09/2024
BNQVWUGD	555161 ENALAPRIL 10MG, 56 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2022	BYXFYKLN	662225 FENTANILO 200MCG/DOSIS 40PULVERIZACION PULVERIZADOR NASAL - VÍA NASAL	1 DOSIS cada 6 Horas	12/01/2022	06/06/2024
BNQFXUGK	557672 PARACETAMOL 1G, 40 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	03/06/2019	20/09/2022					
BNQRWUGO	561945 AGOMELATINA 25MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	2 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2024					
BNQTWUGU	554258 DIAZEPAM 10MG, 25 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	03/06/2019	08/09/2024					
BQXMPKWJ	553936 METAMIZOL 575MG, 20 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	19/02/2020	08/06/2024					
CGKPRPSO	553850 MORFINA 60MG, 60 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	24/05/2023	08/06/2024					
CGKORPSL	553891 MORFINA 15MG, 60 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	24/05/2023	08/06/2024					
CAFYPBUO	550133 DOMPERIDONA 5MG/5ML 200ML SUSPENSION ORAL - VÍA ORAL	1 ML cada 8 Horas	13/04/2022	20/09/2024					
BNQZWUGP	567125 MIRABEGRON 50MG, 30 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2024					
BNQSWUGR	554366 AMITRIPTILINA 25MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	03/06/2019	20/09/2024					
BXYMOGKW	550581 FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	29/10/2021	20/09/2024					
CAFZPBUR	554791 LORATADINA 10MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	13/04/2022	20/09/2024					
BPSGOAGC	561504 FURATO DE FLUTICASONA 27.50MCG/DOSIS 120PULVERIZACION PULVERIZADOR NASAL - VÍA NASAL	2 DOSIS cada 24 Horas	25/11/2019	20/09/2024					

Juan Miguel 53 años

En tratamiento con opioide desde mayo 2023

Problemas activos del usuario:

Centro	F. inicio	F. cierre	Descripción
	22/02/2024		EX-COMSUMIDOR DE COCAÍNA
	22/02/2024		SAOS
	21/02/2024		OBESIDAD
	21/02/2024		HTA
	30/08/2023		TRASTORNO ADAPTATIVO
	15/12/2014		Cardiopatía isquémica (SCACEST)
	10/06/2013		ARTROPATIA PSORISICA
	10/06/2013		PSORIASIS
	01/05/2010		VIH

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CMANGYGU	569868 FLUTICASONA 50MCG / AZELASTINA 137MCG (POR DOSIS) 120PULVERIZACION PULVERIZADOR NASAL - VÍA NASAL	2 DOSIS cada 12 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMAOYGA	563619 TAPENTADOL 50MG, 60 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMALGYGO	568907 OMEPRAZOL 40MG, 56 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMAMGYGR	550183 CINITAPRIDA 1MG, 50 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 8 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMAPGYGD	568070 TRAMADOL CLORHIDRATO 75MG / PARACETAMOL 650MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CFAYGCDB	550581 FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 7 Dias	01/02/2024	31/01/2025
CJFZIUZE	557409 ETORICOXIB 90MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	13/12/2023	12/12/2024
CLSZZKZQU	551759 BISOPROLOL HEMIFUMARATO 10MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	02/05/2024	29/10/2024
CHTWUMJG	568498 ATORVASTATINA 80MG / EZETIMIBA 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/09/2023	31/07/2024
CFQNXGKP	550513 ACETILSALICILICO ACIDO 100MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2023	01/07/2024
CDSZLTF	551555 ENALAPRIL 20MG / HIDROCLOROTIAZIDA 12.50MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	15/12/2022	01/07/2024
CDSBMTL	551403 AMLODIPINO 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	15/12/2022	01/07/2024
CDSAMTTI	551733 BISOPROLOL HEMIFUMARATO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	15/12/2022	01/07/2024
CBSFKQCK	552035 BETAMETASONA 500MCG / SALICILICO ACIDO 20MG (POR ML) 60ML SOLUCION TOPICA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	21/07/2022	01/07/2024
CHCLRGEJ	554263 ALPRAZOLAM 2MG, 50 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 8 Horas	12/07/2023	03/11/2024

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CFRFEWXH	554424 TRAZODONA CLORHIDRATO 100MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	11/04/2023	04/05/2025
CIFMFQVT	571964 DULOXETINA 90MG, 28 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	09/10/2023	04/05/2025
CJTGXNM	554360 ZOLPIDEM 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	12/01/2024	03/11/2024
CJKFRFHV	554351 MIDAZOLAM 7,50MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	22/12/2023	03/11/2024
CKMJXRLS	561283 TRAMADOL CLORHIDRATO 100MG, 20 CAPSULAS DE LIBERACION MODIFICADA(12 HORAS) - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	21/02/2024	10/07/2024
CJFFHTZA	729531 METHOPELLIN 17,5MG/0,35ML 4 PLUMAS PREC SOLUCION INYECTABLE EFG - VÍA SUBCUTÁNEA	1 PLUMA cada 7 Dias	13/12/2023	12/12/2024
CJGQHWRI	720603 BANDOL 12,5 MG/PULSACION SUSPENSION ORAL, 1 FRASCO DE 30 ML - VÍA ORAL	1 PULSACIONES cada 24 Horas	14/12/2023	11/06/2024
CLHJUSXV	779678 DUSPATALIN 135MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 8 Horas	09/04/2024	26/10/2024
CIKMHYMD	724529 ILMAGO 0,5/0,4MG 30 CAPSULAS DURAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	20/10/2023	19/10/2024
CFNNUCGA	726634 DELTIUS 25.000UI 4 CAPSULAS DURAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 30 Dias	29/03/2023	01/07/2024

Juan Miguel 53 años
En tratamiento con opioide desde mayo 2023

Problemas activos del usuario:

Centro F. inicio F. cierre Descripción

22/02/2024	EX-COMSUMIDOR DE COCAÍNA
22/02/2024	SAOS
21/02/2024	OBESIDAD
21/02/2024	HTA
30/08/2023	TRASTORNO ADAPTATIVO
15/12/2014	Cardiopatía isquémica (SCACEST)
10/06/2013	ARTROPATIA PSORISICA
10/06/2013	PSORIASIS
01/05/2010	VIH

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CMANGYGU	569868 FLUTICASONA 50MCG / AZELASTINA 137MCG (POR DOSIS) 120PULVERIZACION PULVERIZADOR NASAL - VÍA NASAL	2 DOSIS cada 12 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMAOYGA	563619 TAPENTADOL 50MG, 60 COMPRIMIDOS LIBERACION MODIFICADA - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMALGYGO	568907 OMEPRAZOL 40MG, 56 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMAMGYGR	550183 CINITAPRIDA 1MG, 50 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 8 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CMAPGYGD	568070 TRAMADOL CLORHIDRATO 75MG / PARACETAMOL 650MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	17/05/2024	15/08/2024
CFAYGDB	550581 FOLICO ACIDO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 7 Dias	01/02/2024	31/01/2025
CJFZIUZE	557409 ETORICOXIB 90MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	13/12/2023	12/12/2024
CLSZKZQU	551759 BISOPROLOL HEMIFUMARATO 10MG, 60 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	02/05/2024	29/10/2024
CHTWUMJG	568498 ATORVASTATINA 80MG / EZETIMIBA 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/09/2023	31/07/2024
CFQNXGKP	550513 ACETILSALICILICO ACIDO 100MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	05/04/2023	01/07/2024
CDSZLTF	551555 ENALAPRIL 20MG / HIDROCLOROTIAZIDA 12.50MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	15/12/2022	01/07/2024
CDSBMTL	551403 AMLODIPINO 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	15/12/2022	01/07/2024
CDSAMTTI	551733 BISOPROLOL HEMIFUMARATO 5MG, 28 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 12 Horas	15/12/2022	01/07/2024
CBSFKQCK	552035 BETAMETASONA 500MCG / SALICILICO ACIDO 20MG (POR ML) 60ML SOLUCION TOPICA - USO CUTÁNEO	1 APLICACION cada 24 Horas	21/07/2022	01/07/2024
CHCLRGEJ	554263 ALPRAZOLAM 2MG, 50 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 8 Horas	12/07/2023	03/11/2024

NÚMERO PRESCRIPCIÓN	PRESCRIPCIONES / INSTRUCCIONES AL PACIENTE	POSOLOGÍA	TRATAMIENTO	
			FECHA INICIO	FECHA FIN
CFRFEWXH	554424 TRAZODONA CLORHIDRATO 100MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	11/04/2023	04/05/2025
CIFMFQVT	571964 DULOXETINA 90MG, 28 CAPSULAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	09/10/2023	04/05/2025
CJTGZXNM	554360 ZOLPIDEM 10MG, 30 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	12/01/2024	03/11/2024
CJKFRFHV	554351 MIDAZOLAM 7.50MG, 20 COMPRIMIDOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 24 Horas	22/12/2023	03/11/2024
CKMJXRLS	561283 TRAMADOL CLORHIDRATO 100MG, 20 CAPSULAS DE LIBERACION MODIFICADA(12 HORAS) - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	21/02/2024	10/07/2024
CJFFHTZA	729531 METHOPELLIN 17.5MG/0.35ML 4 PLUMAS PREC SOLUCION INYECTABLE EFG - VÍA SUBCUTÁNEA	1 PLUMA cada 7 Dias	13/12/2023	12/12/2024
CJGOHWRI	720603 BANDOL 12.5 MG/PULSACION SUSPENSION ORAL, 1 FRASCO DE 30 ML - VÍA ORAL	1 PULSACIONES cada 24 Horas	14/12/2023	11/06/2024
CLHJUSXV	779678 DUSPATALIN 135MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS - VÍA ORAL	1 COMPRIMIDO cada 8 Horas	09/04/2024	26/10/2024
CIKMHYMD	724529 ILMAGO 0.5/0.4MG 30 CAPSULAS DURAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 24 Horas	20/10/2023	19/10/2024
CFNNUCGA	726634 DELTIUS 25.000UI 4 CAPSULAS DURAS - VÍA ORAL	1 CAPSULA cada 30 Dias	29/03/2023	01/07/2024

Gracias!