

Manuseio perioperatório de pacientes com transtorno de uso de opióides em buprenorfina / Naloxona

Drs. Alan Tung¹, Clinton Wong², Nadia Fairbairn³

¹Anesthesia Resident, St. Paul's Hospital, Canada

²Clinical Professor, Division of Acute and Interventional Pain Management, Department of Anesthesiology, St. Paul's Hospital, Canada

³Assistant Professor, British Columbia Centre on Substance Use, Division of AIDS, Department of Medicine, St. Paul's Hospital, Canada

Editado por

Dra. Amanda Baric

Anaesthetist, Department of Anaesthesia & Perioperative Medicine, Northern Health



ANAESTHESIA
TUTORIAL OF THE WEEK

www.wfsahq.org

9 Jan 2018

Correspondencia para atotw@wfsahq.org

Um teste on-line está disponível para Educação Médica Contínua auto-dirigida (CME). Um certificado será concedido após a aprovação do teste. Consulte a política de credenciamento [here](#).

Faça quiz online

PONTOS CHAVE

- O uso ilícito de opiáceos é um problema global crescente, com 0,4% do mundo usando heroína ou ópio.
- A buprenorfina é utilizada no tratamento do transtorno do uso de opióides e tem uma alta afinidade, mas baixa atividade intrínseca para o receptor μ -opióide.
- O componente naloxona é usado para evitar o desvio parental e não tem efeito clínico significativo quando tomado sublingual ou enteral.
- Continuar, reduzir ou interromper a buprenorfina / naloxona no perioperatório requer uma análise cuidadosa das expectativas agudas de dor pós-operatória, possíveis opções de analgésicos não opiáceos multimodais e fatores psicossociais como o risco de recaída.
- Uma equipe multidisciplinar de cirurgiões, anesthesiologistas e especialistas em medicina de dependência, é recomendada para o tratamento perioperatório de pacientes com transtorno de uso de opiáceos que estão tomando buprenorfina / naloxona.

Introdução- transtorno de uso de opiáceos

Estima-se que 2,1% da população dos Estados Unidos pode ter transtorno do uso de opiáceos (OUD), entretanto atualmente uma estimativa global é desconhecida (1). O diagnóstico de OUD, de acordo com o manual de estatística de diagnóstico V, exige que o paciente atinja pelo menos dois dos onze critérios dentro de doze meses, com gravidade da doença definida pelo número de critérios cumpridos (tabela 1) (2). Existem opções de gestão múltipla disponíveis para pacientes com OUD, com terapia agonista opiácea - incluindo buprenorfina / naloxona, metadona, morfina de liberação lenta e hidromorfona injetável ou diacetilmorfina (heroína) - sendo o principal suporte do tratamento (3).

A buprenorfina / naloxona (suboxone®, zubsolv® ou bunavail®), tipicamente administrada entre 8 a 24 mg de buprenorfina diariamente para OUD, é uma terapia baseada em evidências para OUD que está se tornando cada vez mais comum. Uma revisão Cochrane de 2014 sobre a eficácia da buprenorfina para OUD revelou que a buprenorfina é mais eficaz do que o placebo em todos os níveis de dose na retenção de participantes no tratamento, enquanto doses elevadas (≥ 16 mg) ajudam a suprimir o uso ilícito de opiáceos quando detectado pelo exame de drogas na urina (4). Em comparação com a metadona, a buprenorfina em doses médias (7 a 15 mg) e doses elevadas eram equivalentes às doses médias (40 - 85 mg) e doses altas (≥ 85 mg) de metadona, respectivamente, em relação à retenção de tratamento, uso de opióides autorelatado e detecção de drogas ilícitas por meio de exame de drogas na urina.

Embora semelhante em eficácia à metadona, a buprenorfina / naloxona (bup / n) foi recomendada como tratamento de primeira linha para OUD em relação a metadona em algumas jurisdições devido ao seu perfil de segurança relativo (3). A buprenorfina é seis vezes mais segura do que a metadona no caso de sobredosagem devido a um menor potencial de depressão respiratória (3,5,6). Outras vantagens, incluindo mais custo-eficácia do que a metadona, e uma titulação mais fácil e rápida de bup / n ao longo dos dias, em contraste com as semanas de

metadona, o que pode ajudar a diminuir as taxas de recaída. Com as crescentes crises de sobredosagem de opióides e fentanil que afetam grande parte da América do Norte, os esforços para expandir o acesso ao tratamento aos pacientes com OUD estão em andamento. Assim, os anestesiologistas provavelmente verão mais pacientes em buprenorfina / naloxona antes da cirurgia eletiva ou de emergência.

<p>Um padrão de avaliação do uso de opióides levando a deficiência clinicamente significativa, quando encontramos pelo menos dois dos seguintes critérios dentro de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Os opióides são tomados em quantidades maiores ou em períodos de tempo mais longos do que o originalmente previsto 2. Desejo persistente ou tentativas malsucedidas de reduzir ou controlar o uso de opiáceos 3. Tempo significativo gasto em atividades para obter opióides, uso de opióides e / ou recuperação de seus efeitos 4. Desejo ou forte desejo de usar opióides 5. Uso recorrente de opióides causando incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa 6. O uso contínuo de opiáceos, apesar dos problemas interpessoais sociais persistentes ou recorrentes, que são agravados pelo uso de opiáceos 7. Reduziu ou cancelou importantes atividades sociais, recreativas ou ocupacionais 8. Usando opióides em situações de risco físico 9. Uso contínuo de opióides apesar do conhecimento de ter problemas físicos ou psicossociais persistentes ou recorrentes que são agravados pelo uso de opióides 10. Tolerância aos opióides 11. Sintomas de abstinência de opióides quando estes são retirados.

Table 1. Critérios de Transtorno do uso de opioide (OUD) do Manual de Diagnostico e Estatística de doenças mentais V¹. Severidade de OUD depende do número de critérios atingidos (2-3 = leve, 4-5 = moderado, ≥6 = grave).

BUPRENORFINA E NALOXONA – FARMACOLOGIA

Farmacodinâmica da buprenorfina

A buprenorfina é um opióide baseado em tebaína com agonismo parcial de receptores μ (mu) (7). O que torna a buprenorfina única entre os opióides é a sua baixa atividade intrínseca, alta afinidade e dissociação lenta para o receptor μ (8). É 30 vezes mais potente do que a morfina, mas, supostamente, tem como efeito teto μ -agonista entre 8 e 16 mg. O início da buprenorfina após a administração sublingual é entre 30 e 60 minutos, atingindo um pico de 100 minutos (9). As doses mais elevadas resultam em duração prolongada: 4 - 12 horas para 4 - 8 mg, 24 horas para 8 - 12mg e 2 - 3 dias para ≥ 12 mg. Como a buprenorfina se liga tão fortemente ao receptor μ ($k_i = 0,22$, com um k_i inferior que significa maior afinidade de ligação), pode deslocar outros agonistas opióides completos com k_i maior (causando sintomas de abstinência) ou impedir que se liguem aos receptores μ (levando a analgesia ineficaz) (tabela 2).

Medicação	K_i (nM)
Codeína	734.2
Meperidina	450.1
Oxycodona	25.87
Methadona	3.378
Naloxona	1.518
Fentanil	1.346
Morfina	1.168
Hydromorphona	0.3654
Buprenorfina	0.2157
Sufentanil	0.1380

Tabela 2. K_i de opióides comumente utilizados e receptores de naloxona para μ -opióides (2). Baixo K_i significa maior afinidade de ligação.

A buprenorfina também possui antagonismo de receptor κ (kappa), que pode estar envolvido não só em diminuir o risco de depressão respiratória relacionada à sobredosagem de opióides, mas também no tratamento de depressão, estresse e dependência (9). No entanto, a depressão respiratória ainda pode ocorrer quando usada em conjunto com sedativos não opióides como benzodiazepínicos (7).

Farmacocinética da buprenorfina

A buprenorfina / naloxona existe em comprimido sublingual, filme sublingual e filme bucal, com aumento da absorção da mucosa oral e biodisponibilidade da buprenorfina, respectivamente (30 - 52%) (7,10). As formulações de buprenorfina sem naloxona (i.e., o patch transdérmico Butrans®, o comprimido sublingual Subutex®) são prescritas para outras indicações, como dor crônica, mas geralmente não são recomendadas para tratar o OUD devido ao risco de vício. A buprenorfina é altamente lipofílica, distribuindo rapidamente para os tecidos, mas liberando-se lentamente dos tecidos. Por isso, exibe um efeito semelhante ao depósito, com doses mais elevadas resultando em maior duração. 96% do fármaco liga-se a globulinas alfa e beta. No fígado, a buprenorfina utiliza o sistema CYP3A4 para metabolizar via N-desalquilação em norbuprenorfina, com modificação por glucuronidação. A norbuprenorfina liga-se aos receptores de opióides in vitro, mas não foi estudada clinicamente. A buprenorfina e seus metabolitos são eliminados e excretados através de urina (30%) e fezes (69%). A insuficiência renal ou hepática não parece afetar significativamente os efeitos da buprenorfina.

Farmacologia da naloxona

A naloxona é um antagonista do receptor μ . A naloxona é combinada com a buprenorfina para a retirada de opióides quando a buprenorfina é desviada parenteral por seus efeitos eufóricos. A proporção 1: 4 com buprenorfina (i.e., buprenorfina: naloxona 2 mg: 0,5 mg) produz sintomas intensos de abstinência quando injetado, enquanto a proporção 1: 8 é menos efetiva (7). Dado por via sublingua, a naloxona tem apenas uma biodisponibilidade de 7% a 9%, sem significância clínica (10). A naloxona passa por glucuronidação hepática direta para a naloxona-3-glucuronida para excreção urinária.

Manuseio perioperatório do paciente em uso de buprenorfina / naloxona

Decidir continuar, reduzir ou descontinuar a buprenorfina / naloxona

Se a buprenorfina prescrita para dor crônica está em doses baixas (tipicamente 150 - 900 mcg sublingual duas vezes ao dia ou patch transdérmico de 5 - 20 mcg / h) e a recomendação geral é continuar a buprenorfina perioperatória.

Para os pacientes com OUD sob BUP / N, atualmente não há diretrizes sociais nem nacionais nem ensaios para orientar o manejo perioperatório da BUP / N; somente Anderson et al publicaram o protocolo de sua instituição na gestão desta questão (9). Embora não existam provas, a decisão de continuar, reduzir ou interromper BUP / N deve ser individualizada para o paciente. As vantagens, desvantagens e indicações sugeridas para continuar, reduzir ou descontinuar BUP / N estão descritas na tabela 3.

	Vantagens	Desvantagens	Indicações sugeridas
Continuar igual dose de BUP/N	<ul style="list-style-type: none"> Nenhuma mudança na prescrição Risco mínimo de recaída de OUD Utiliza os outros efeitos de BUP / N (ou seja, redução na depressão, estresse, dependência) Não é necessário reiniciar BUP / N pós-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> Provavelmente exigem doses mais elevadas de agonistas opióides completos para superar a alta afinidade da buprenorfina para os receptores opióides μ O controle da dor pode ser um desafio se opiáceos forem necessários 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum para dor pós-operatória leve Dor moderada com adjuvantes analgésicos não opióides adequados (ou seja, bloqueios perineurais)
Reduzir a dose de BUP/N	<ul style="list-style-type: none"> Mais receptores de opióides disponíveis para agonistas completos para se ligar, possivelmente aumentando sua eficácia analgésica Menor risco de recaída de OUD (vs. descontinuação) Utiliza os outros efeitos de BUP / N (ou seja, redução na depressão, estresse, dependência) Retitulação fácil de BUP / N pós-operatório 	<ul style="list-style-type: none"> Pode experimentar alguns sintomas de abstinência de opiáceos durante a discontinuidade 	<ul style="list-style-type: none"> Dor pós-operatória moderado Dor pós-operatória significativa com adjuvantes analgésicos não opióides adequados (i.e., peridural) \pm opióides sistêmicos

<p>Descontinuar BUP/N completamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Libera os receptores opióides para permitir que outros opiáceos se liguem, possivelmente aumentando sua eficácia agonista completa 	<ul style="list-style-type: none"> • Requer min. 1-5 dias de uso • Pode ter sintomas graves de abstinência de opiáceos quando descontinuados, provavelmente exigem câmbio para opióides de ação curta • Maior risco de recaída • A tolerância a opióides continuará a ser um problema para o tratamento da dor com base em opióides • Indução desafiadora de BUP / N (na determinação de exigência de narcóticos para o manejo da dor, com risco de retirada precipitada durante a indução), levando a um planejamento de alta com dificuldade 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor pós-operatória significativa que requer quantidades significativas de opióides sistêmicos • Quando não é possível usar adjuvantes analgésicos não opioides para controlar a dor
---	--	---	--

Tabela 3. Vantagens, desvantagens e indicações sugeridas para continuar, reduzir ou interromper a buprenorfina / naloxona perioperativamente. (BUP/N = buprenorfina/naloxona, OUD = transtorno de uso de opioide)

O que torna difícil o manejo perioperatório do BUP / N são as múltiplas considerações, incluindo BUP / N em si e a população de pacientes. Embora complexo, o gerenciamento perioperatório do BUP / N pode ser resumido em duas questões:

1. A dor desse paciente pode ser administrada perioperatoriamente quando em uso de buprenorfina / naloxona (na mesma dose ou em doses reduzidas)?
2. Se a buprenorfina / naloxona é interrompida, existe um plano bem definido para reiniciar a buprenorfina / naloxona no pós-operatório quando apropriado para evitar a recaída?

As doses elevadas de BUP / N utilizadas para OUD representam uma preocupação significativa quanto à interferência da buprenorfina com a analgesia baseada em opióides. A alta afinidade e a dissociação lenta da buprenorfina podem impedir que agonistas opióides completos com Ki superior se liguem aos receptores μ e aliviem a dor, mas a baixa atividade intrínseca da buprenorfina pode não fornecer uma analgesia suficiente por si só. Embora seja improvável que impacte em procedimentos com dor pós-operatória mínima, BUP / N pode fazer o controle da dor um desafio para cirurgias associadas a dor significativa que requer opioides. Por exemplo, um paciente do BUP / N que sofreu uma descompressão de emergência e a estabilização da fratura com C6-C7 apresentaram maiores requisitos anestésicos e analgésicos do que durante uma artrodese C5-T11 subsequente com instrumentação posterior após abster-se de BUP / N por 5 dias (11). Anderson et al recomendam a interrupção da BUP / N para cirurgias com dor pós-operatória moderada a severa para melhor eficácia dos analgésicos opióides agonistas completos (9).

Esta questão é complicada pelos próprios pacientes: os pacientes com OUD geralmente são tolerantes aos opióides, ansiosos e mais sensíveis à dor, seja por diminuição do limiar da dor ou hiperalgesia secundária à exposição crônica aos opióides (9,12). Para ilustrar isso, Chern et al encontraram requisitos analgésicos elevados semelhantes em um paciente que estava em BUP / N para sua primeira cirurgia ginecológica versus BUP / N antes de sua segunda operação. MacIntyre et al relataram que os pacientes com buprenorfina que não receberam a dose na manhã da cirurgia necessitaram de mais analgésicos nas primeiras 24 horas pós-operatório (13). Consequentemente, a interrupção do BUP / N não simplifica necessariamente o tratamento da dor posteriormente.

O gerenciamento da dor pós-operatória com BUP / N ainda é viável. Kornfeld et al descreveram sete desses casos que foram submetidos a cirurgias importantes (por exemplo, colectomia direita, artroplastias do joelho, mastectomias bilaterais, etc.) e trataram a dor de forma satisfatória usando analgesia perineural, neuraxial e / ou intravenosa controlada pelo paciente (IV-PCA) (14). As vantagens de continuar a BUP / N incluem evitar a necessidade e a dificuldade de reiniciar a buprenorfina em um paciente com dor aguda e utilizar os potenciais efeitos do antagonismo κ para reduzir a depressão e a redução do estresse.

O risco de recaída também pode ser minimizado se a BUP / N for continuada no perioperatório. Taxas de recaída após descontinuar BUP / N atinge acima de 90% (3). A interrupção de BUP / N vários dias no pré-operatório resultará em sintomas de abstinência, geralmente exigindo uma substituição por opióides de ação curta durante a susepensão. Além disso, a cirurgia, a dor pós-operatória, o medo de serem julgados e a configuração hospitalar são estressantes e podem desencadear um paciente com OUD a deixar o médico para procurar opiáceos ilícitos (15). A continuação de BUP / N

pode ajudar a mitigar o risco de recaída sob o estresse psicossocial e, portanto, melhorar o sucesso pós-cirúrgico de longo prazo do paciente.

A literatura médica atual está focada na continuação ou na interrupção da BUP / N perioperatoriamente (ou seja, " Parar ou Não, Essa é a Pergunta" (9)), mas existe uma terceira opção: diminuindo a BUP / N para uma dose menor. Curiosamente, essa escolha não é freqüentemente mencionada na literatura, com um relato de caso de um paciente que desenvolveu dor refratária severa após o fechamento da janela de Clagett e conseguiu um conforto adequado, uma vez que sua dose BUP / N foi reduzida para 8 mg (16). Diminuir a dose de BUP / N oferece múltiplas vantagens. Uma dose menor de BUP / N irá expor mais receptores de μ para outros opióides se ligarem, potencialmente melhorando a eficácia analgésica como sugerido pelo relato do caso. Além disso, ter um pouco de BUP / N permite uma fácil valorização das doses pré-cirúrgicas, evitando o risco de retirada precipitante. Os pacientes ainda podem sofrer sintomas de abstinência de opióides em uma dose baixa de BUP / N antes da cirurgia, mas é improvável que tenha a mesma gravidade que a interrupção completa do BUP / N. Conseqüentemente, a redução BUP / N pode ser considerada em vez da descontinuação.

Por último e, o mais importante, o valor de uma equipe multidisciplinar e uma abordagem biopsicossocial para o paciente em uso de BUP / N perioperatório e o gerenciamento da dor não podem ser subestimados. Consultar especialistas em medicina de dependência precocemente pode ajudar com a tomada de decisão de continuar, reduzir ou interromper a BUP / N no pré-operatório e pós-operatório durante o tratamento de dor pós-operatória em pacientes com OUD. A colaboração com cirurgiões, médicos de família de pacientes e equipe de apoio clínico, como assistentes sociais e enfermeiras, auxiliará no planejamento cirúrgico para otimizar a analgesia pós-operatória e minimizar o sofrimento emocional.

Continuar ou reduzir a buprenorfina / naloxona em cirurgia eletiva

A história padrão, o exame físico, um breve histórico de uso de drogas ilícitas (incluindo tipos de drogas e última exposição), consequências médicas (por exemplo, uso de drogas intravenosas: HIV, endocardite infecciosa, hepatite viral, etc.) e dose de buprenorfina / naloxona e a duração do tratamento deve ser obtida. A criação de relatórios é particularmente importante para os pacientes com OUD. Evitar palavras com conotações de julgamento como "viciado", "hábito" e "abuso", e usar terminologia médica objetiva - "uso de drogas ilícitas" e "transtorno de uso de opiáceos" - ajudarão a alcançar isso. Conforme enfatizado acima, o envolvimento de provedores de cuidados relevantes (ou seja, médico prescritor de BPR / N e especialistas em medicina de dependência) ajudará no desenvolvimento de um plano perioperatório individualizado e abordando as preocupações do paciente. A entrevista pré-anestésica deve informar o paciente de expectativas reais de dor, curso típico de dor aguda e opções analgésicas, com garantia de que a dor será tratada. Por último, deve-se considerar a prescrição de acetaminofeno pré-operatório, antiinflamatórios não esteróides (AINEs) e / ou gabapentina quando não contraindicados.

No intraoperatório, podem ser necessárias doses anestésicas mais elevadas (11). Para o tratamento da dor, os analgésicos multimodais não opióides devem ser totalmente escolhidos e administrados se apropriado, incluindo, mas não exclusivamente, medicamentos intravenosos, bloqueios do nervo perineural e neuraxial (Tabela 4). Se forem necessários opióides, deverá esperar um maior consumo de opióides do que o paciente típico não-OUD. Olhando para as afinidades de ligação (Tabela 2), o sufentanil e a hidromorfona são os opióides ideais para competir com a buprenorfina nos sítios de ligação aos receptores μ .

Antagonistas de NMDA (ketamina, magnésio)
Antiinflamatórios não esteróides (AINEs) (ibuprofeno, diclofenaco, cetorolac)
Esteróides (dexametasona)
Alfa-2 agonistas (clonidina, dexmedetomidina)
Anestesia local (lidocaína intravenosa, infiltração SC de ferida com bupivacaína)
Bloqueios perineurais (dose única, contínuo)
Bloqueio neuraxial (espinhal, peridural)

Tabela 4. Opções analgésicas não opióides

Pós-operatório, serviço de dor aguda e / ou especialistas em medicina de dependência devem ser recrutados para o tratamento pós-operatório da dor. Pode-se considerar dividir a BUP / N em três a quatro vezes por dia (6/6 ou 8/ 8 horas) para maximizar as propriedades analgésicas da buprenorfina (9,12). Os analgésicos não opióides devem ser prescritos se não estiverem contraindicados: acetaminofeno e AINEs regulares, infusão intravenosa de lidocaína ou cetamina e / ou analgesia perineural ou peridural contínua. Se necessário um curto período de ventilação pós-operatória por outros motivos, considere a dexmedetomidina quanto aos efeitos sedativos e analgésicos.

Se forem necessários opióides, o IV-PCA deve ser fornecido, com antecipação de doses mais elevadas do que os pacientes com ingestão de opiáceos. A hidromorfona é preferida e o fentanil é uma alternativa adequada dada a sua alta potência. A morfina em altas doses, apesar do maior valor de K_i , também foi utilizada com sucesso (14,17). Se a analgesia multimodal não for bem-sucedida, deve-se considerar a redução ou, como último recurso, a interrupção da dose de BUP / N (16). Uma vez terminada a fase de dor aguda, os próximos passos são diminuir os opióides e retornar à dose original de BUP / N (se reduzida).

Muitos prestadores de cuidados de saúde suscitam preocupações quanto ao alto consumo de opióides de pacientes com OUD e "alimentando seu hábito" ou dependência. A dor é uma percepção subjetiva. Conforme mencionado acima, não só os pacientes com OUD são tolerantes a opióides, mas também possuem níveis mais baixos de dor ou hiperalgesia. Quando os pacientes sofrem dor, os opióides proporcionam alívio da dor e euforia mínima (12). Nossa instituição tomou a abordagem de redução de danos: preferimos tratar a dor, do que arriscar os pacientes a deixar o hospital em busca de alívio usando opiáceos ilícitos e recidivas, ou desenvolver complicações por falta de cuidados. As medidas para evitar o desvio (ou seja, opióides na solução oral, bomba PCA bloqueada) e avaliações frequentes para sedação de opióides excessivos devem ser cuidados de rotina. Com isso em mente, uma maior monitoração da acuidade precoce no pós-operatório (ou seja, 6 a 12 horas) pode ser necessária para administrar altas doses de opióides.

Descontinuação de buprenorfina / naloxona para cirurgia eletiva

Nessa situação, é ainda mais importante estabelecer contato com o provedor da BUP / N do paciente e com o serviço de dependência para diminuir com segurança o uso de BUP / N pré-operatório. O tempo para parar BUP / N está diretamente relacionado com a dose: 24 horas pré-operatório se em 0 - 4 mg de buprenorfina, 48 horas para 4 -8 mg, 72 horas para 8 - 12 mg e 3 - 5 dias se ≥ 12 mg (9). Para mudança para opióides de ação curta durante a descontinuidade da BUP/N, deve ser discutido com o paciente, provedor e especialista, as alternativas, que incluem morfina, hidromorfona e metadona (9,12).

As considerações intraoperatórias e pós-operatórias são semelhantes às do paciente em uso de BUP / N, com a expectativa de que mesmo os pacientes com OUD que não estão usando a BUP / N ainda tenham requisitos elevados de opióides. A nova questão complicadora é reiniciar a buprenorfina / naloxona. Reintroduzir BUP / N muito cedo pode precipitar a retirada e piorar a dor aguda (levando a recaída e desconfiança do sistema de saúde), enquanto a liberação de pacientes em uso descontinuado de BUP / N deixa-os vulneráveis à recaída e à sobredosagem de opióides. Mais uma vez, trabalhar com medicamentos de dependência e / ou o prescritor de BUP / N ajudará a gerenciar esse problema. Geralmente, BUP / N pode ser reiniciado uma vez que a dor é tolerável e requer opióides mínimos. O paciente deve, idealmente, reiniciar a BUP / N antes da alta, o que pode significar o prolongamento da internação hospitalar. Se a BUP / N não pode ser iniciado no hospital e o paciente precisa de opióides, aplicam-se práticas de prescrição de opióides seguras: número limitado de narcóticos orais prescritos para levar para casa, testemunho diário de ingestão por um farmacêutico ou parente de confiança e acompanhamento próximo da comunidade, em última análise, com o objetivo de reiniciar a BUP / N com urgência antes do paciente recaída.

Manejo de buprenorfina / naloxona em cirurgia urgente ou emergente

Pesquisar sobre o tempo e a quantidade da última dose de BUP / N é crucial para avaliar seu impacto na retirada de opióides e nos requisitos anestésicos. Possíveis fontes desta informação incluem o paciente, a farmácia que libera o medicamento para o paciente e a lista de medicamentos liberados para comunidade, se disponível.

O manuseio da BUP / N durante a cirurgia urgente ou de emergência não está claro. Anderson et al recomendam parar BUP / N e fornecer IV-PCA no pós-operatório (9). No entanto, em nossa instituição, sugerimos continuar a BUP / N perioperatoriamente. Os requisitos analgésicos pós-operatórios ainda serão afetados pela buprenorfina devido à sua longa duração de ação. No momento em que a buprenorfina é eliminada vários dias depois, a dor aguda pós-operatória deve melhorar de qualquer maneira, com o problema adicional de reintroduzir BUP / N. A eliminação gradual da buprenorfina torna-se uma variável imprevisível que afeta a titulação de opióides. Se o controle da dor não for gerenciável, então a redução da dose BUP / N deve ser considerada. É sugerida a disposição para um local de alta acuidade monitorada para titulação de opióides.

CONCLUSÃO

Com a farmacologia única da buprenorfina / naloxona e a complexa natureza psicossocial de tolerância aos opióides em pacientes com transtorno do uso de opiáceos, uma abordagem de equipe multidisciplinar composta por cirurgiões, anestesistas, prescritores de buprenorfina / naloxona e especialistas em medicina de dependência podem ajudar a alcançar o controle de dor satisfatório e um curso perioperatório suave.

Este tutorial é estimado para ser feito em 1 hora.

Grave o tempo gasto e relate isso ao seu organismo de acreditação se desejar reivindicar pontos do CME.

RESUMO

- **O uso ilícito de opiáceos é um problema global crescente e existem várias terapias de agonista de opióides descritas.**
- **A buprenorfina é um agonista μ -opióide parcial com longa duração de ação e uma maior afinidade de ligação**
- **Quando não contraindicado, maximize as opções analgésicas não opióides descritas na Tabela 4.**

REFERENCES AND FURTHER READING

1. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA psychiatry* 2016;73:39-47.
2. Substance-Related and Addictive Disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.* American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm16> (accessed on August 22, 2017)
3. Provincial Opioid Use Disorder Treatment Guideline Committee. A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder. 2017. <http://www.bccsu.ca/care-guidance-publications/> (accessed on July 15, 2017)
4. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M, Rp M, Breen C, et al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane database Syst Rev* 2014;2:CD002207.
5. Marteau D, McDonald R, Patel K. The relative risk of fatal poisoning by methadone or buprenorphine within the wider population of England and Wales. *BMJ Open* 2015;5:e007629.
6. Bell JR, Butler B, Lawrance A, Batey R, Salmelainen P. Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug Alcohol Depend* 2009;104:73-7.
7. Suboxone monograph. 2017. <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM227949.pdf> (accessed on August 20, 2017)
8. Volpe DA, Tobin GAM, Mellon RD, Katki AG, Parker RJ, Colatsky T, et al. Uniform assessment and ranking of opioid Mu receptor binding constants for selected opioid drugs. *Regul Toxicol Pharmacol Elsevier Inc.*; 2011;59:385-90.
9. T. Anderson T, Quaye A, Ward N, Wilens T, Hilliard P BC. To Stop or Not, That Is the Question. *Acute Pain Management for the Patient on Chronic Buprenorphine. Anesthesiology* 2017;126:1180-6.
10. Chiang CN, Hawks RL. Pharmacokinetics of the combination tablet of buprenorphine and naloxone. *Drug Alcohol Depend* 2003;70:39-47.
11. Khelemsky Y, Schauer J, Loo N. Effect of buprenorphine on total intravenous anesthetic requirements during spine surgery. *Pain Physician* 2015;18:E261-4.
12. Alford DP, Compton P, Samet JH. *Annals of Internal Medicine Perspective Acute Pain Management for Patients Receiving Maintenance Methadone or Buprenorphine Therapy. Ann Intern Med* 2006;149:698-707.
13. MacIntyre PE, Rusel RA, Usher KAN, Gaughwin M, Huxtable CA. Pain relief and opioid requirements in the first 24 hours after surgery in patients taking buprenorphine and methadone opioid substitution therapy. *Anaesth Intensive Care* 2013;41:222-30.
14. Kornfeld H, Manfredi L. Effectiveness of full agonist opioids in patients stabilized on buprenorphine undergoing major surgery: a case series. *Am J Ther* 2010;17:523-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19918165>
15. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M, Weir MR. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. *Qual Saf Health Care* 2010;19:420-4.
16. Huang A, Katznelson R, de Perrot M, Clarke H. Perioperative management of a patient undergoing Clagett window closure stabilized on Suboxone(®) for chronic pain: a case report. *Can J Anaesth* 2014;61:826-31.
17. Mercadante S, Villari P, Ferrera P, Porzio G, Aielli F, Verna L, et al. Safety and Effectiveness of Intravenous Morphine for Episodic Breakthrough Pain in Patients Receiving Transdermal Buprenorphine. *J Pain Symptom Manage* 2006;32:175-9.



This work by WFSA is licensed under a Creative Commons Attribution- NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>