

Abordaje de los TUS en Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares



Kevin Sevarino, MD, PhD, DFAAAP, FAPA, FASAM

Director Médico, Academia Americana de Psiquiatría de Adicciones
Profesor Clínico Asociado de Psiquiatría, Escuela de Medicina de Yale



Psychopharmacology
Institute

Hablemos sobre el manejo de los trastornos por uso de sustancias en pacientes con enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, que lamentablemente son muy frecuentes en nuestra población de pacientes.

Riesgos de ECV por uso de sustancias



El tabaco y el alcohol conllevan riesgos cardiovasculares



Entre las afecciones asociadas se incluyen hipertensión, diabetes, enfermedad renal y accidente cerebrovascular

Wadland, W. C., & Ferenchick, G. S. (2004). Medical comorbidity in addictive disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 675–687.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2004.06.006>



Psychopharmacology
Institute

¿Por qué? Las sustancias más comúnmente asociadas a trastornos por uso de sustancias, el tabaco y el alcohol, conllevan múltiples factores de riesgo cardiovascular, entre ellos hipertensión, diabetes, enfermedad vascular periférica, enfermedad renal, dislipidemia, miocardiopatía, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. Por eso no sorprende que estas enfermedades, que abreviaremos como ECV, estén tan representadas entre nuestros pacientes con trastornos por uso de sustancias.

References

- Wadland, W. C., & Ferenchick, G. S. (2004). Medical comorbidity in addictive disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 27(4), 675–687.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2004.06.006>

Riesgos Cardiovasculares por Sustancias



El cannabis se ha vinculado con la enfermedad cardiovascular



Los psicoestimulantes elevan sustancialmente el riesgo de ECV

• Jeffers, A. M., Glantz, S., Byers, A. L., & Keyhani, S. (2024). Association of cannabis use with cardiovascular outcomes among US adults. *Journal of the American Heart Association*, 13(5), e030178. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.030178>

• Kelly, B. C., & Vuolo, M. (2023). Trends in psychotropic drug-implicated cardiovascular mortality: Patterns in U.S. mortality, 1999-2020. *American Journal of Preventive Medicine*, 65(3), 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.02.016>



Psychopharmacology
Institute

Incluso el consumo de cannabis se ha vinculado de manera convincente con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. El aumento en el uso de psicoestimulantes ilícitos también se asocia, como era de esperarse, con un mayor riesgo de ECV.

References

- Jeffers, A. M., Glantz, S., Byers, A. L., & Keyhani, S. (2024). Association of cannabis use with cardiovascular outcomes among US adults. *Journal of the American Heart Association*, 13(5), e030178. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.030178>
- Kelly, B. C., & Vuolo, M. (2023). Trends in psychotropic drug-implicated cardiovascular mortality: Patterns in U.S. mortality, 1999-2020. *American Journal of Preventive Medicine*, 65(3), 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.02.016>

Causas de Hospitalización



La nicotina aumenta el riesgo de muerte cardíaca súbita



El alcohol causa fibrilación auricular

Patel, H., Patel, U. K., Chowdhury, M., Assaf, A. D., Avanthika, C., Nor, M. A., Rage, M., Madapu, A., Konatham, S., Vodapally, M., Bhat, V., Gnawali, A., Mohamed, M., Abdi, N., Malik, F. A., & Zughaib, M. (2023). Substance use disorders (SUDs) and risk of cardiovascular disease (CVD) and cerebrovascular disease (CeVD): Analysis of the Nationwide Inpatient Sample (NIS) database. *Cureus*, 15(5), e39331. <https://doi.org/10.7759/cureus.39331>



Psychopharmacology
Institute

En un análisis de 58 millones de hospitalizaciones en Estados Unidos entre 2013 y 2018, se encontraron probabilidades significativamente mayores en usuarios de nicotina de presentar infarto agudo de miocardio, muerte cardíaca súbita e ictus isquémico. En el caso del alcohol, se observó mayor riesgo de fibrilación auricular y hemorragia intracraneal. Con anfetaminas y cocaína, mayor riesgo de ictus isquémico o hemorragia intracraneal. Y con cocaína en particular, también mayor riesgo de angina e infarto agudo de miocardio. Recuerden que en urgencias, si llega un paciente joven, de unos 30 años, con un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular, es fundamental evaluar el consumo de psicoestimulantes.

References

- Patel, H., Patel, U. K., Chowdhury, M., Assaf, A. D., Avanthika, C., Nor, M. A., Rage, M., Madapu, A., Konatham, S., Vodapally, M., Bhat, V., Gnawali, A., Mohamed, M., Abdi, N., Malik, F. A., & Zughaib, M. (2023). Substance use disorders (SUDs) and risk of cardiovascular disease (CVD) and cerebrovascular disease (CeVD): Analysis of the Nationwide Inpatient Sample (NIS) database. *Cureus*, 15(5), e39331. <https://doi.org/10.7759/cureus.39331>

NHANES: Patrones de Consumo de Sustancias



La nicotina encabezó el consumo de sustancias entre los pacientes con ECV

Chelikam, N., Vyas, V., Dondapati, L., Iskander, B., Patel, G., Jain, S., Singla, T., Bombaywala, A., Zarrate, D., Debnath, N., Jain, N. K., Peela, A. S., Patel, U. K., & Sharma, A. (2022). Epidemiology, burden, and association of substance abuse amongst patients with cardiovascular disorders: National cross-sectional survey study. *Cureus*, 14(7), e27016. <https://doi.org/10.7759/cureus.27016>



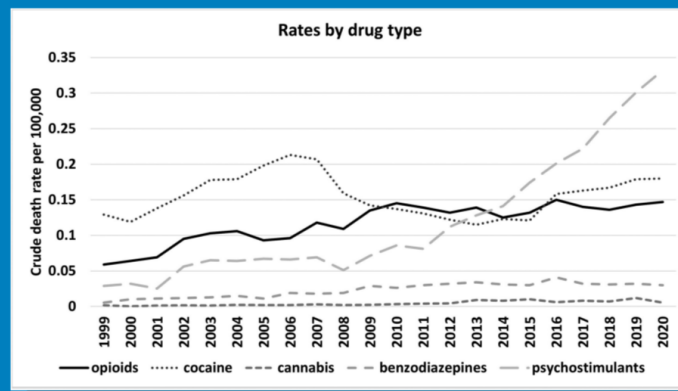
Psychopharmacology
Institute

De 263,000 participantes en encuestas nacionales de salud y nutrición con ECV, se encontró un mayor porcentaje de consumidores de las siguientes sustancias, en orden: nicotina en todas sus formas; cannabis; metanfetamina, cocaína y heroína; y uso de drogas inyectables.

References

- Chelikam, N., Vyas, V., Dondapati, L., Iskander, B., Patel, G., Jain, S., Singla, T., Bombaywala, A., Zarrate, D., Debnath, N., Jain, N. K., Peela, A. S., Patel, U. K., & Sharma, A. (2022). Epidemiology, burden, and association of substance abuse amongst patients with cardiovascular disorders: National cross-sectional survey study. *Cureus*, 14(7), e27016. <https://doi.org/10.7759/cureus.27016>

Mortalidad Cardiovascular Relacionada con Drogas



Kelly, B. C., & Vuolo, M. (2023). Trends in psychotropic drug-implicated cardiovascular mortality: Patterns in U.S. mortality, 1999-2020. *American Journal of Preventive Medicine*, 65(3), 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.02.016>

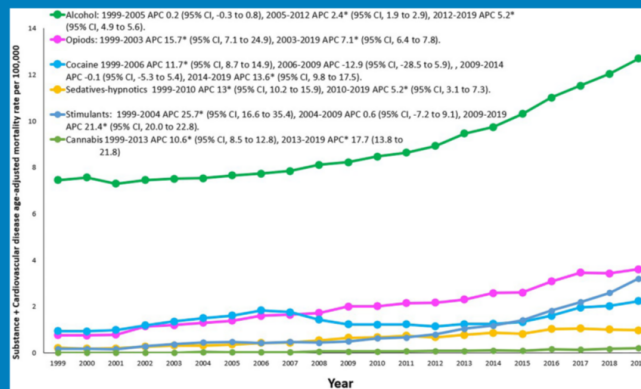


¿Qué muertes cardiovasculares se atribuyen a trastornos específicos por uso de sustancias? En primer lugar, la mortalidad circulatoria ajustada por edad disminuyó en la población general entre 1999 y 2020. Sin embargo, las muertes relacionadas con drogas se duplicaron, con los psicoestimulantes mostrando el mayor incremento, representados por las líneas sólidas, mientras que las líneas punteadas corresponden a opioides y alcohol. Los psicoestimulantes han sido un factor determinante en los últimos 10 años.

References

- Kelly, B. C., & Vuolo, M. (2023). Trends in psychotropic drug-implicated cardiovascular mortality: Patterns in U.S. mortality, 1999-2020. *American Journal of Preventive Medicine*, 65(3), 377-384. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2023.02.016>

Alcohol y tabaco



• Minhas, A. M. K., Abramov, D., Shi, S. M., Fortin, T., Tsao, C. W., Koyama, A. K., & Wadhwa, R. K. (2024). Temporal trends in substance use and cardiovascular disease-related mortality in the United States, 1999–2019. *Journal of the American Heart Association*, 13(3), e030969. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.030969>

• Centers for Disease Control and Prevention. (2025, February 24). Smoking and heart disease, stroke, and peripheral artery disease. <https://tinyurl.com/yxnmjdbdd>



Psychopharmacology
Institute

Pero no olvidemos el alcohol y el tabaco. El tabaco es responsable de 1 de cada 4 muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares al año. Y el alcohol, representado por la línea verde en el siguiente gráfico, supera a todas las demás sustancias como causa de enfermedad cardiovascular en Estados Unidos. Estos son datos del gobierno de los CDC.

References

- Minhas, A. M. K., Abramov, D., Shi, S. M., Fortin, T., Tsao, C. W., Koyama, A. K., & Wadhwa, R. K. (2024). Temporal trends in substance use and cardiovascular disease-related mortality in the United States, 1999–2019. *Journal of the American Heart Association*, 13(3), e030969. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.030969>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025, February 24). Smoking and heart disease, stroke, and peripheral artery disease. <https://tinyurl.com/yxnmjdbdd>

Farmacoterapia para Dejar de Fumar



Tanto la terapia de reemplazo de nicotina como el Wellbutrin pueden empeorar la enfermedad cardiovascular



Existe una contraindicación durante los 30 días posteriores a un infarto de miocardio

Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>



Psychopharmacology
Institute

Dada la importancia del tabaco, hablemos sobre los ajustes en la farmacoterapia para dejar de fumar en presencia de enfermedades cardiovasculares. Muchos profesionales se preocupan por el hecho de que la terapia de reemplazo de nicotina y el bupropión, al elevar los niveles de dopamina, puedan empeorar la enfermedad cardiovascular. Esto se debe a que existe una advertencia de no usar estos agentes dentro de los 30 días posteriores a un infarto de miocardio. Sin embargo, la enfermedad cardiovascular abarca mucho más que ese período de 30 días.

References

- Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>

Hallazgos del Estudio EAGLE



Sin aumento de eventos cardiovasculares con la terapia de cesación



Continuar fumando aumenta el riesgo de ECV grave

Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>



Psychopharmacology
Institute

Existe un estudio llamado EAGLE, descrito por Benowitz en 2018. En una extensión de ese estudio con 8,000 fumadores, no se encontró evidencia de que las farmacoterapias para dejar de fumar aumenten los eventos cardiovasculares adversos graves durante o después del tratamiento. Esto es importante porque si alguien continúa fumando, está en riesgo de progresión o desarrollo de ECV grave.

References

- Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>

Terapias de Reemplazo de Nicotina



Aumento de síntomas cardiovasculares



Sin eventos cardiovasculares mayores

• Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>

• Mills, E. J., Thorlund, K., Eapen, S., Wu, P., & Prochaska, J. J. (2014). Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*, 129(1), 28–41. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003961>



Psychopharmacology
Institute

En cuanto a las terapias de reemplazo de nicotina, los ensayos en pacientes con enfermedades cardiovasculares encontraron un aumento de síntomas cardiovasculares como taquicardia y arritmia, es decir, palpitaciones, pero sin aumento en los eventos cardiovasculares mayores.

References

- Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>
- Mills, E. J., Thorlund, K., Eapen, S., Wu, P., & Prochaska, J. J. (2014). Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*, 129(1), 28–41. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003961>

Perfil de Seguridad de la Vareniclina



Sin eventos cardiovasculares en pacientes estables



Usar con precaución en síndrome coronario agudo

Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>



Psychopharmacology
Institute

Con respecto a la vareniclina, los estudios de seguridad en pacientes con ECV estable no muestran aumento en los eventos cardiovasculares, aunque en aquellos con síndrome coronario agudo, es decir, dentro de los 30 días posteriores a un infarto, los datos no son del todo concluyentes. La vareniclina puede usarse de forma segura en pacientes con ECV estable. Se debe usar con precaución en aquellos con síndrome coronario agudo.

References

- Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>

Seguridad cardiovascular del bupropión



Sin preocupaciones cardiovasculares significativas

Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>



Psychopharmacology
Institute

Con el bupropión, en pacientes con enfermedad cardiovascular, no existen estudios clínicos que respalden preocupaciones significativas de seguridad con este agente. En realidad, es seguro de usar. Esto contrasta con estudios más antiguos que sugerían una asociación entre el uso de ayudas para dejar de fumar y eventos cardiovasculares adversos. Los invito a consultar los estudios más recientes, que en general concluyen que las farmacoterapias para dejar de fumar son seguras en pacientes con enfermedad cardiovascular.

References

- Benowitz, N. L., Pipe, A., West, R., Hays, J. T., Tonstad, S., McRae, T., Lawrence, D., St Aubin, L., & Anthenelli, R. M. (2018). Cardiovascular safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(5), 622–631. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0397>

Ajustes en la Medicación para el TUA



Las reacciones graves alcohol-disulfiram representan riesgos cardiovasculares



Usar con extrema precaución en ECV moderada a grave

Bernstein, E. Y., Lebin, J. A., Hoppe, J., et al. (2025). Variation in initiation of medications for alcohol use disorder during alcohol withdrawal hospitalizations in a large health system: A retrospective cohort study. *Journal of Hospital Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jhm.70201>



Psychopharmacology
Institute

Hablemos ahora sobre los ajustes en la medicación para el trastorno por uso de alcohol. En el caso del disulfiram, debido al riesgo de reacciones graves entre el alcohol y el disulfiram, que pueden causar colapso cardiovascular, hipotensión, infarto de miocardio, entre otros, se debe usar con extrema precaución en pacientes con ECV moderada a grave.

References

- Bernstein, E. Y., Lebin, J. A., Hoppe, J., et al. (2025). Variation in initiation of medications for alcohol use disorder during alcohol withdrawal hospitalizations in a large health system: A retrospective cohort study. *Journal of Hospital Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jhm.70201>

Ajustes de los MAUD



El topiramato requiere solo monitorización



Los demás medicamentos no requieren ajustes

• Bernstein, E. Y., Lebin, J. A., Hoppe, J., et al. (2025). Variation in initiation of medications for alcohol use disorder during alcohol withdrawal hospitalizations in a large health system: A retrospective cohort study. *Journal of Hospital Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jhm.70201>

• Sposito, A. C., Bonilha, I., Luchiani, B., Benchimol, A., Hohl, A., Moura, F., Cercato, C., Geloneze, B., Nadruz, W., Aguilar-Salinas, C., & Carvalho, L. S. F. (2021). Cardiovascular safety of naltrexone and bupropion therapy: Systematic review and meta-analyses. *Obesity Reviews*, 22(6), e13224. <https://doi.org/10.1111/obr.13224>



Psychopharmacology
Institute

Con el topiramato, no es necesario ajustar la dosis, pero hay que vigilar la acidosis metabólica, que puede empeorar las arritmias cardíacas. En cuanto a la naltrexona, el acamprosato, la gabapentina y el baclofeno, no se requieren ajustes de dosis.

References

- Bernstein, E. Y., Lebin, J. A., Hoppe, J., et al. (2025). Variation in initiation of medications for alcohol use disorder during alcohol withdrawal hospitalizations in a large health system: A retrospective cohort study. *Journal of Hospital Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jhm.70201>
- Sposito, A. C., Bonilha, I., Luchiani, B., Benchimol, A., Hohl, A., Moura, F., Cercato, C., Geloneze, B., Nadruz, W., Aguilar-Salinas, C., & Carvalho, L. S. F. (2021). Cardiovascular safety of naltrexone and bupropion therapy: Systematic review and meta-analyses. *Obesity Reviews*, 22(6), e13224. <https://doi.org/10.1111/obr.13224>

Ajustes de MOUD: Metadona



La prolongación del QTc es la principal preocupación



Las dosis más altas aumentan las complicaciones cardíacas

Bart, G., Wyman, Z., Wang, Q., Hodges, J. S., Karim, R., & Bart, B. A. (2017). Methadone and the QTc interval: Paucity of clinically significant factors in a retrospective cohort. *Journal of Addiction Medicine*, 11(6), 489-493. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000353>



Psychopharmacology
Institute

¿Qué hay de los ajustes en los medicamentos para el trastorno por uso de opioides? Con la metadona, el principal problema es la prolongación del intervalo QTc, que es un indicador de torsades de pointes, aunque no siempre. Este fenómeno se ha observado durante el tratamiento con metadona, especialmente en pacientes tratados por dolor con dosis múltiples diarias elevadas que superan los 200 mg al día. Sin embargo, también lo he visto claramente en pacientes con dosis de 100 mg al día o menos.

References

- Bart, G., Wyman, Z., Wang, Q., Hodges, J. S., Karim, R., & Bart, B. A. (2017). Methadone and the QTc interval: Paucity of clinically significant factors in a retrospective cohort. *Journal of Addiction Medicine*, 11(6), 489-493. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000353>

Monitoreo del Riesgo de TdP



Monitorear la coexistencia de factores de riesgo de torsades de pointes



Considerar las interacciones con tricíclicos y antipsicóticos

Bart, G., Wyman, Z., Wang, Q., Hodges, J. S., Karim, R., & Bart, B. A. (2017). Methadone and the QTc interval: Paucity of clinically significant factors in a retrospective cohort. *Journal of Addiction Medicine*, 11(6), 489-493. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000353>



Psychopharmacology
Institute

Se debe monitorear de cerca cuando existe riesgo concomitante de torsades de pointes, como en pacientes con hipertrofia cardíaca, en tratamiento con diuréticos, con hipopotasemia, hipomagnesemia, antecedentes de alteraciones de la conducción y en aquellos que toman medicamentos que afectan la conducción cardíaca, clásicamente los antidepresivos tricíclicos y algunos antipsicóticos.

References

- Bart, G., Wyman, Z., Wang, Q., Hodges, J. S., Karim, R., & Bart, B. A. (2017). Methadone and the QTc interval: Paucity of clinically significant factors in a retrospective cohort. *Journal of Addiction Medicine*, 11(6), 489-493. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000353>

Beneficios del Tratamiento



La metadona muestra una relación riesgo-beneficio favorable



Beneficiosa para pacientes estables y aquellos que no responden a la buprenorfina

• Bart, G., Wyman, Z., Wang, Q., Hodges, J. S., Karim, R., & Bart, B. A. (2017). Methadone and the QTc interval: Paucity of clinically significant factors in a retrospective cohort. *Journal of Addiction Medicine*, 11(6), 489-493. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000353>

• Chou, R., Cruciani, R. A., Fiellin, D. A., Compton, P., Farrar, J. T., Haigney, M. C., Inturrisi, C., Knight, J. R., Otis-Green, S., Marcus, S. M., Mehta, D., Meyer, M. C., Portenoy, R., Savage, S., Strain, E., Walsh, S., & Zeltzer, L. (2014). Methadone safety: A clinical practice guideline from the American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence, in collaboration with the Heart Rhythm Society. *The Journal of Pain*, *15*(4), 321-337. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.494>



Psychopharmacology
Institute

Por lo general, la relación riesgo-beneficio es favorable para el uso de metadona en el tratamiento del trastorno por uso de opioides y el dolor, en comparación con considerar que los riesgos superan los beneficios del medicamento. Esto es especialmente cierto en pacientes que están estables con metadona o en aquellos que no han respondido adecuadamente a ensayos apropiados con buprenorfina.

References

- Bart, G., Wyman, Z., Wang, Q., Hodges, J. S., Karim, R., & Bart, B. A. (2017). Methadone and the QTc interval: Paucity of clinically significant factors in a retrospective cohort. *Journal of Addiction Medicine*, 11(6), 489-493. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000353>
- Chou, R., Cruciani, R. A., Fiellin, D. A., Compton, P., Farrar, J. T., Haigney, M. C., Inturrisi, C., Knight, J. R., Otis-Green, S., Marcus, S. M., Mehta, D., Meyer, M. C., Portenoy, R., Savage, S., Strain, E., Walsh, S., & Zeltzer, L. (2014). Methadone safety: A clinical practice guideline from the American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence, in collaboration with the Heart Rhythm Society. *The Journal of Pain*, *15*(4), 321-337. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.494>

Ajustes Cardiovasculares con Buprenorfina

- La prolongación del QTc afecta solo al 2% de los pacientes
- El límite por vía bucal es de 900 mcg cada 12 horas
- El límite transdérmico es de 20 mcg por hora

• Kumar, R., Viswanath, O., & Saadabadi, A. (2024, June 8). Buprenorphine. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>

• U.S. Food and Drug Administration. (2023). SUBLOCADE (buprenorphine extended-release) injection: Prescribing information. <https://tinyurl.com/5ah7zjib>



Psychopharmacology
Institute

¿Qué hay de la buprenorfina y los ajustes en presencia de enfermedad cardiovascular? Formalmente, la prolongación del QTc superior a 400 milisegundos solo se ha presentado en aproximadamente el 2% de los pacientes con dolor crónico que reciben buprenorfina bucal en dosis de hasta 900 mcg cada 12 horas, o en formulación transdérmica a dosis superiores a 40 mcg por hora. Por ello, la recomendación es no superar los 900 mcg por vía bucal cada 12 horas ni los 20 mcg por hora en la formulación transdérmica, y esto aplica para pacientes en manejo del dolor.

References

- Kumar, R., Viswanath, O., & Saadabadi, A. (2024, June 8). Buprenorphine. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>
- U.S. Food and Drug Administration. (2023). SUBLOCADE (buprenorphine extended-release) injection: Prescribing information. <https://tinyurl.com/5ah7zjib>

Recomendaciones de Monitoreo con Buprenorfina



Electrocardiogramas periódicos para pacientes de alto riesgo



Evitar con medicamentos que prolongan el QTc

• Kumar, R., Viswanath, O., & Saadabadi, A. (2024, June 8). Buprenorphine. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>

• U.S. Food and Drug Administration. (2023). SUBLOCADE (buprenorphine extended-release) injection: Prescribing information. <https://tinyurl.com/5ah7zjib>



Psychopharmacology
Institute

En pacientes con mayor riesgo de torsades de pointes por cualquier causa, como hipopotasemia, hipomagnesemia o enfermedad cardíaca clínicamente inestable, se recomienda realizar electrocardiogramas periódicos. Se debe evitar su uso en pacientes con antecedentes personales o familiares directos de síndrome de QT prolongado, en combinación con antiarrítmicos de clase IA o clase III, y con otros medicamentos conocidos por prolongar el QTc. Personalmente, siempre me preocupó el uso concomitante de quetiapina con buprenorfina, por lo que en esos casos siempre solicitaba electrocardiogramas.

References

- Kumar, R., Viswanath, O., & Saadabadi, A. (2024, June 8). Buprenorphine. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>
- U.S. Food and Drug Administration. (2023). SUBLOCADE (buprenorphine extended-release) injection: Prescribing information. <https://tinyurl.com/5ah7zjib>

Consideraciones de Seguridad con Buprenorfina



Puede causar hipotensión en pacientes vulnerables



Usar con precaución junto a depresores del SNC y anestésicos

• Kumar, R., Viswanath, O., & Saadabadi, A. (2024, June 8). Buprenorphine. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>

• U.S. Food and Drug Administration. (2023). SUBLOCADE (buprenorphine extended-release) injection: Prescribing information. <https://tinyurl.com/5ah7zjib>



Psychopharmacology
Institute

Dado que la buprenorfina puede causar hipotensión e hipotensión ortostática en pacientes con volumen sanguíneo disminuido y en quienes usan ciertos depresores del sistema nervioso central, como las fenotiazinas y los anestésicos generales, se debe usar con precaución en estos casos.

References

- Kumar, R., Viswanath, O., & Saadabadi, A. (2024, June 8). Buprenorphine. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459126/>
- U.S. Food and Drug Administration. (2023). SUBLOCADE (buprenorphine extended-release) injection: Prescribing information. <https://tinyurl.com/5ah7zjib>

Puntos Clave

- Los trastornos por uso de sustancias aumentan los riesgos cardiovasculares
- Las farmacoterapias no aumentan los eventos adversos



Psychopharmacology
Institute

Como puntos clave: los trastornos por uso de sustancias conllevan un riesgo cardiovascular marcadamente elevado. Las farmacoterapias para dejar de fumar no aumentan el riesgo de eventos adversos graves durante o después del tratamiento, aunque algunas deben usarse con precaución o evitarse en los 30 días posteriores a un evento coronario agudo.

Puntos Clave

- El disulfiram requiere extrema precaución en casos de enfermedad cardiovascular
- La metadona causa complicaciones cardíacas dependientes de la dosis



El disulfiram debe usarse con extrema precaución en casos de enfermedad cardiovascular moderada a grave. Y la metadona puede asociarse con prolongación del intervalo QTc y torsades de pointes de manera dependiente de la dosis.

Puntos Clave

- Evitar la buprenorfina en pacientes con antecedentes de síndrome de QT largo
- Evaluar cuidadosamente los beneficios frente a los riesgos



Psychopharmacology
Institute

Finalmente, con la buprenorfina, se debe evitar su uso en pacientes con antecedentes personales o familiares directos de síndrome de QT largo, en combinación con antiarrítmicos de clase IA o III, y con otros medicamentos conocidos por prolongar el QTc. Sin embargo, recuerden que si se evalúa la opción de no usar un medicamento para el trastorno por uso de opioides frente a usarlo, la balanza puede inclinarse a favor del beneficio de utilizar ese agente. Solo hay que monitorear de cerca y, si es necesario, solicitar la opinión de un cardiólogo consultor.