

Augment de la dosi d'opioides i dolor crònic no oncològic

En pacients amb dolor crònic no oncològic que rebin tractament amb opioides, no es recomana augmentar-ne la dosi sense haver analitzat i revisat els beneficis i riscos individuals.

Abril 2023

- En el tractament del dolor crònic no oncològic, s'han d'optimitzar el tractament no farmacològic i el farmacològic de primer esglaó abans d'iniciar el tractament amb opioides.
- No hi ha una dosi d'opioides completament segura, per això, s'han d'avaluar de manera periòdica els riscos. Hi ha estudis que mostren que augmentar la dosi d'opioides per sobre d'una dosi equivalent de morfina (DEM) de 50 mg /dia, no produeix una millora substancial en el dolor o la funcionalitat i, en canvi, els pacients poden estar exposats a augments progressius de riscos.
- A Catalunya, un estudi longitudinal retrospectiu realitzat a l'atenció primària que va incloure 22.691 pacients amb dolor crònic no oncològic mostra que un total de 19.804 (87,4%) pacients van rebre una dosi superior de 50 mg de morfina equivalent per dia i 14.365 (63,4%) d'ells de més de 90 mg.

Quina és la pràctica clínica de poc valor i per què?

En pacients amb dolor crònic no oncològic (DCNO), es considera una pràctica clínica de poc valor augmentar la dosi d'opioides sense avaluar els beneficis i els riscos individuals. Els/les professionals de la salut han de tenir precaució al moment de prescriure opioides a qualsevol dosi i se n'ha d'evitar l'increment quan sigui possible.¹

Hi ha estudis en pacients amb DCNO que mostren que augmentar la dosi d'opioides per sobre d'una dosi equivalent de morfina (DEM) de 50 mg/dia no produeix una millora substancial en el dolor o la funcionalitat i, en canvi, els/les pacients poden estar exposats a augments progressius de riscos.¹

Què diu l'evidència sobre la pràctica clínica de poc valor?

En el tractament del DCNO, s'han d'optimitzar el tractament no farmacològic i el farmacològic de primer esglaó abans d'iniciar el tractament amb opioides². Les guies de pràctica clínica recomanen que quan s'iniciï un tractament amb opioides es faci amb la dosi mínima efectiva o tolerada.^{1,3,4,5}

Si s'instaura el tractament, els/les professionals han de tenir precaució a qualsevol dosi d'opioides, ja que no hi ha una dosi completament segura, i s'han d'avaluar acuradament els beneficis i riscos individuals quan es planteja augmentar-la.^{1,4,6,7} A més, és important considerar que les condicions individuals dels pacients poden canviar al llarg del tractament.⁷

Els beneficis dels opioides a dosis altes en el tractament del DCNO no estan ben establerts.¹ Les DEM de 50-90 mg/dia s'associen amb una millora mínima de la intensitat del dolor en comparació amb les DEM menors a 50 mg/dia i no hi ha cap diferència en la millora de la funcionalitat. Així mateix, pocs assajos clínics han avaluat DEM superiors a 90 mg/dia. Un assaig clínic que va comparar dosis de més de 90 amb dosis de menys de 50 DEM/dia i un assaig clínic que va comparar dosis de més de 90 amb dosis entre 50 i 90 DEM/dia van trobar major efecte sobre el dolor per a la dosi més alta, tot i que la diferència només va ser estadísticament significativa en el primer estudi. Així mateix, aquest últim assaig (dosi de més de 90 comparat amb dosi entre 50 i 90 DEM/dia) no va trobar diferències en la millora de la funcionalitat.⁸

Abans d'augmentar la dosi d'opioides a més de 50 DEM/dia, els/les professionals de la salut han de reavaluar els beneficis i riscos individuals de les pacients i els pacients. Si es pren la decisió d'augmentar la dosi s'ha de tenir precaució i augmentar la menor dosi eficaç.¹ A més, es recomana revisar totes les pacients i tots els pacients que reben dosis d'opioides > 50 DEM/dia regularment per detectar possibles danys i avaluar si es manté l'eficàcia.⁹

Així mateix, és important revisar el motiu pel qual s'està considerant augmentar la dosi d'opioides. Hi ha causes en què l'augment de la dosi potencialment no milloraria l'estat de la persona, com poden ser la tolerància, la progressió de la malaltia, que el dolor no respongui als opioides, la hiperalgèsia induïda per opioides, o les conductes aberrants.¹⁰

D'altra banda, hi ha estudis observacionals de qualitat moderada que indiquen que el risc de sobredosi i de mort per sobredosi augmenta a mesura que s'incrementa la dosi d'opioides.¹¹ Les DEM de 50 a < 100 mg/dia, en comparació amb les DEM < 20 mg/dia, s'han associat amb un augment de risc de sobredosi d'1,9 a 4,6 vegades, i les DEM ≥100 mg/dia a un risc de 2,0 a 8,9 vegades.¹

Cal recordar que hi ha disponibles taules d'equivalències entre la morfina i els altres opioides al nostre context, però no existeix una dosi equivalent estandarditzada i s'ha d'individualitzar cada cas.^{3,2,5}

Quin és l'abast de la pràctica clínica de poc valor al nostre context?

A Catalunya, un estudi longitudinal retrospectiu realitzat a l'atenció primària que va incloure 22 691 pacients amb dolor crònic no oncològic, als quals se'ls va dispensar opioides forts durant més de tres mesos, mostra que la mitjana de DEM va ser de 83,09 mg/dia. Un total de 19 804 (87,4%) pacients van rebre una DEM/dia superior a 50 mg i 14 365 (63,4%) d'ells de més de 90 mg.¹²

Quins esdeveniments adversos s'associen a la pràctica clínica de poc valor?

Tot i que no s'ha establert un llindar de dosi per sota del qual no existeixi risc de sobredosi, els estudis que es recullen a una revisió realitzada per la Food and Drug Administration (FDA) conclouen que, el risc de conductes abusives, sobredosi i mort està relacionat amb la dosi d'opioides¹³.

Així mateix, en un estudi amb pacients als Estats Units que patien dolor crònic i als quals se'ls va prescriure opioides, la dosi DEM que rebien els/les pacients que van morir per sobredosi va ser de 98 mg/dia. Per contra, la mitjana per a la resta de pacients va ser de 48 mg/dia.¹⁴

Hi ha excepcions?

No s'ha trobat evidència al respecte.

En conclusió

Cal evitar l'augment de la dosi d'opioides sense haver analitzat i revisat els beneficis i riscos individuals. Els/les professionals de la salut han de tenir precaució al moment de prescriure opioides a qualsevol dosi i se n'ha d'evitar l'increment quan sigui possible.

Amb la col·laboració de

- Societat Catalana del Dolor
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

Amb el suport de

- Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya
- Societat Catalana de Farmàcia Clínica
- Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
- Societat Catalana de Qualitat Assistencial
- Societat Catalana de Reumatologia
- Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
- Programa d'harmonització farmacoterapèutica - Gerència del Medicament - Servei Català de la Salut

Fonts

1. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. MMWR Recomm Rep. 2022 Nov 4;71(3):1-95.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9639433/>
2. Dolor crònic no-oncològic: ¿opioides?. INFAC. 2022;30(1):1-10.
https://www.euskadi.eus/contenido/informacion/cevime_infac_2022/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_30_1_OPIOIDES-DCNO.pdf
3. Guia de atención a los pacientes con dolor crónico no oncológico utilizando analgésicos opioides. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018.
https://aguas.gencat.cat/web/contenut/minisite/aguas/publicacions/2018/guia_atencion_pacientes_dolor_opioides_vc_aguas2018.pdf
4. The Opioid Therapy for Chronic Pain Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Opioid Therapy for Chronic Pain. Washington, DC (USA): US Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2017. p. 1–198.
https://www.va.gov/HOMELESS/nchav/resources/docs/mental-health/substance-abuse/VA_DoD-CLINICAL-PRACTICE-GUIDELINE-FOR-OPIOID-THERAPY-FOR-CHRONIC-PAIN-508.pdf
5. Batet C, Ferrándiz M, Limon E, Manresa A, Perelló Bratescu A, Samper Bernal D. Consens català de dolor crònic no oncològic. Barcelona: Societat Catalana de Dolor (SCD). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC); 2017.
http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_7957.pdf
6. Rosenquist R. Use of opioids in the management of chronic non-cancer pain. UpToDate; 2022.
<https://www.uptodate.com/contents/use-of-opioids-in-the-management-of-chronic-non-cancer-pain>
7. Washington State Agency Medical Directors' Group (AMDG). Interagency Guideline on Prescribing Opioids for Pain. Washington DC (USA): AMDG; 2015.
<https://www.agencymeddirectors.wa.gov/files/2015amdgopioidguideline.pdf>
8. Chou R, Hartung D, Turner J, et al. Opioid treatments for chronic pain. Comparative effectiveness review no. 229. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2020.
<https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/opioids-chronic-pain/research>
9. SIGN 136. Management of chronic pain. Edinburgh (Scotland/United Kingdom): Healthcare Improvement Scotland (HIS); 2019.
<https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
10. Guia de consenso para eEI buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. Barcelona: Socidroalcohol SEMFyC FAECAP SECPAL; 2017.
<https://socidroalcohol.org/proyect>

[o/guia-de-consenso-para-el-buen-uso-de-analgesicos-opioides/](#)

11. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ. 2017 May 8;189(18):E659-E666. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422149/>

12. Perelló-Bratescu A, Dürsteler C, Álvarez-Carrera MA, Granés L, Kostov B, Sisó-Almirall A. Trends in the Prescription of Strong Opioids for Chronic Non-Cancer Pain in Primary Care in Catalonia: Opicat-Padris-Project. Pharmaceutics. 2022 Jan 20;14(2):237. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8876214/>

13. Coyle DT, Pratt C-Y, Ocran-Appiah J, Secora A, Kornegay C, Staffa J. Opioid analgesic dose and the risk of misuse, overdose, and death: a narrative review. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2018;27:464–72. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.4366>

14. Bohnert ASB, Logan JE, Ganoczy D, Dowell D. A detailed exploration into the association of prescribed opioid dosage and overdose deaths among patients with chronic pain. Med Care 2016;54:435–41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6626611/>

Enllaços d'interès

Torrens M, Fonseca F, Dinamarca F, Papaseit E, Farré M. Opioid Addiction and Treatment. A: Textbook of Addiction Treatment. (Switzerland): Springer, Cham. First Online: 04 November 2020. p. 241.

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-36391-8_18

Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacacia/pdf/20210927_Plan_Optimizacion_Opioides.pdf

Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Aquesta fitxa és una recomanació per a l'ajuda a la presa de decisions en l'atenció sanitària. No és de compliment obligat ni substitueix el judici clínic del personal sanitari.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.aquas@gencat.cat

Visita'ns al web essencialsalut.gencat.cat