

Aumento de la dosis de opioides y dolor crónico no oncológico

En pacientes con dolor crónico no oncológico que reciban tratamiento con opioides, no se recomienda aumentar su dosis sin haber analizado y revisado los beneficios y los riesgos individuales.

Abril 2023

- En el tratamiento del dolor crónico no oncológico, deben optimizarse el tratamiento no farmacológico y el farmacológico de primer escalón antes de iniciar el tratamiento con opioides.
- No hay una dosis de opioides completamente segura, por lo que deben evaluarse de forma periódica los riesgos. Hay estudios que muestran que aumentar la dosis de opioides por encima de una dosis equivalente de morfina (DEM) de 50 mg/día, no produce una mejora sustancial en el dolor o la funcionalidad y, en cambio, los pacientes pueden estar expuestos a aumentos progresivos de riesgos.
- En Cataluña, un estudio longitudinal retrospectivo realizado en la atención primaria que incluyó a 22 691 paciente con dolor crónico no oncológico muestra que un total de 19 804 (87,4%) pacientes recibieron una dosis de más de 50 mg de morfina equivalente por día y 14 365 (63,4%) de ellos de más de 90 mg.

¿Cuál es la práctica clínica de poco valor y por qué?

En pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO), se considera una práctica clínica de poco valor aumentar la dosis de opioides sin evaluar los beneficios y riesgos individuales. Los profesionales sanitarios deben tener precaución en el momento de prescribir opioides en cualquier dosis y debe evitarse el incremento cuando sea posible.¹

Existen estudios en pacientes con DCNO que muestran que aumentar la dosis de opioides por encima de una dosis equivalente de morfina (DEM) de 50 mg/día no produce una mejora sustancial en el dolor o la funcionalidad y, en cambio, los pacientes pueden estar expuestos a aumentos progresivos de riesgos.¹

¿Qué dice la evidencia sobre la práctica clínica de poco valor?

En el tratamiento del DCNO, deben optimizarse el tratamiento no farmacológico y el farmacológico de primer escalón antes de iniciar el tratamiento con opioides.² Las guías de práctica clínica recomiendan que cuando se inicie un tratamiento con opioides se haga con la dosis mínima efectiva o tolerada.^{1,3,4,5}

Si se insta el tratamiento, los profesionales deben tener precaución al prescribir un opioide en cualquier dosis, ya que no existe una dosis completamente segura, y deben evaluarse cuidadosamente los beneficios y riesgos individuales cuando se plantea aumentarla.^{1,4,6,7} Además, es importante considerar que las condiciones individuales de los pacientes pueden cambiar durante el tratamiento.⁷

Los beneficios de los opioides a dosis altas en el tratamiento del DCNO no están bien establecidos.¹ Las DEM de 50-90 mg/día se asocian con una mejora mínima de la intensidad del dolor en comparación con las DEM menores de 50 mg/día y no existe diferencia alguna en la mejora de la funcionalidad. Asimismo, pocos ensayos clínicos han evaluado DEM superiores a 90 mg/día. Un ensayo clínico que comparó dosis de más de 90 con dosis de menos de 50 DEM/día y un ensayo clínico que comparó dosis de más de 90 con dosis entre 50 y 90 DEM/día encontraron mayor efecto sobre el dolor para la dosis más alta, aunque la diferencia solo fue estadísticamente significativa en el primer estudio. Asimismo, este último ensayo (dosis de más de 90 comparado con dosis entre 50 y 90 DEM/día) no halló diferencias en la mejora de la funcionalidad.⁸

Antes de aumentar la dosis de opioides a más de 50 DEM/día, los profesionales sanitarios deben reevaluar los beneficios y riesgos individuales de los pacientes. Si se toma la decisión de aumentar la dosis debe tenerse precaución y aumentar la menor dosis eficaz.¹ Además, se recomienda revisar a todos los pacientes que reciben dosis de opioides > 50 DEM/día regularmente para detectar posibles daños y evaluar si se mantiene la eficacia.⁹

Asimismo, es importante revisar el motivo por el que se está considerando aumentar la dosis de opioides. Hay causas en las que el aumento de la dosis potencialmente no mejoraría el estado de la persona, como pueden ser la tolerancia, la progresión de la enfermedad, que el dolor no responda a los opioides, la hiperalgesia inducida por opioides, o las conductas aberrantes.¹⁰

Por otro lado, existen estudios observacionales de calidad moderada que indican que el riesgo de sobredosis y de muerte por sobredosis aumenta a medida que se incrementa la dosis de opioides.¹¹ Las DEM de 50 a < 100 mg/día, en comparación con las DEM < 20 mg/día, se han asociado con un aumento de riesgo de sobredosis de 1,9 a 4,6 veces y las DEM ≥100 mg /día a un riesgo de 2,0 a 8,9 veces.¹

Hay que recordar que existen disponibles tablas de equivalencias entre la morfina y los demás opioides en nuestro contexto, pero no existe una dosis equivalente estandarizada y debe individualizarse cada caso.^{3,2,5}

¿Cuál es el alcance de la práctica clínica de poco valor en nuestro contexto?

En Cataluña, un estudio longitudinal retrospectivo realizado en la atención primaria que incluyó a 22 691 pacientes con dolor crónico no oncológico, a los que se les dispensó opioides fuertes durante más de tres meses, muestra que la media de DEM fue de 83,09 mg/día. Un total de 19 804 (87,4%) pacientes recibieron una DEM/día superior a 50 mg y 14 365 (63,4%) de ellos de más de 90 mg.¹²

¿Qué eventos adversos se asocian a la práctica clínica de poco valor?

Aunque no se ha establecido un umbral de dosis por debajo del que no exista riesgo de sobredosis, los estudios que se recogen en una revisión realizada por la Food and Drug Administration (FDA) concluyen que el riesgo de conductas abusivas, sobredosis y muerte está relacionado con la dosis de opioides.¹³

Asimismo, en un estudio con pacientes en Estados Unidos que sufrían dolor crónico y a los que se les prescribió opioides, la dosis DEM que recibían los pacientes que murieron por sobredosis fue de 98 mg/día. Por el contrario, la media para el resto de pacientes fue de 48 mg/día.¹⁴

¿Existen excepciones?

No se ha encontrado evidencia al respecto.

En conclusión

Es necesario evitar el aumento de la dosis de opioides sin haber analizado y revisado los beneficios y riesgos individuales. Los profesionales sanitarios deben tener precaución en el momento de prescribir opioides en cualquier dosis y debe evitarse el incremento cuando sea posible.

Con la colaboración de

- Sociedad Catalana del Dolor
- Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

Con el apoyo de

- Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña
- Sociedad Catalana de Farmacia Clínica
- Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental
- Sociedad Catalana de Calidad Asistencial
- Sociedad Catalana de Reumatología
- Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor
- Programa de armonización farmacoterapéutica - Gerencia del Medicamento - Servicio Catalán de la Salud

Fuentes

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/contenidos/informacion/cevime_infac_2022/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_30_1_OPIOIDES-DCNO.pdf
3. Guia de atenció 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://aquas.gencat.cat/web/contenut/minisite/aquas/publicacions/2018/guia_atencion_pacientes_dolor_opioides_vc_aquas2018.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/TEM_7957.pdf
6. Rosenquist R. Use of opioids in the management of chronic non-cancer pain. UpToDate; 2022.
<https://www.uptodate.com/content/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/2015amdgoioidguideline.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 eEl buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. Barcelona: Socidroalcohol

SEMFyC FAECAP SECPAL;
2017.
<https://socidrogalcohol.org/proyecto/guia-de-consenso-para-el-buen-uso-de-analgescicos-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–
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6626611/>

Enlaces de interés

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/farmacia/pdf/20210927_Plan_Optimizacion_Opioides.pdf

Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar la realización.

Esta ficha es una recomendación para la ayuda de la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si queréis recibir más información sobre el proyecto, podéis contactar con: essencial.aquas@gencat.cat

Visítanos en la web essencialsalut.gencat.cat