

Evidencias en el manejo de opioides a largo plazo.

Indicaciones de uso

En dolor crónico el beneficio a largo plazo de cualquier opioide es controvertido y la evidencia disponible, escasa. No está claro el beneficio a largo plazo en el alivio del dolor, en la funcionalidad o en la calidad de vida, hay además pacientes que fracasan, que sufren efectos adversos graves y, aunque la prescripción sea correcta, es posible un uso inadecuado.

El empleo a dosis altas durante tiempo prolongado, especialmente en pacientes vulnerables, conlleva un riesgo alto de dependencia, abuso y adicción

La seguridad del uso de opioides a largo plazo en DCNO es controvertida

Los opioides han mostrado su eficacia en DCNO en ensayos clínicos a corto plazo. La **evidencia** sobre la **eficacia y seguridad** más allá de los 6 meses, aun es **limitada**.

Las revisiones sistemáticas que han abordado esta cuestión llegan a conclusiones similares: falta evidencia sobre su uso a largo plazo, así como de comparación entre ellos y frente a otras intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas, que defina claramente el beneficio clínico incluyendo resultados en la mejora de la funcionalidad

En la actualidad se considera que la selección de opioides en DCNO no es la más adecuada, las dosis son demasiado altas y la duración de los tratamientos demasiado larga, por lo que la **indicación de uso** correcta es importante para el tratamiento de los pacientes



Podemos **optimizar el uso de los opioides** en pacientes con **DCNO** siguiendo una serie de recomendaciones que contribuirán a que el *tratamiento sea mas eficaz y seguro*

¿Es necesario un opioide en este paciente? Valorar:

- Si ha necesitado otros analgésicos antes (AINES)
- Si se han probado medidas no farmacológicas
- Si el tipo de dolor responde a opioides
- Intensidad del dolor: Valorar intensidad del dolor para conocer situación de partida
- Funcionalidad del paciente: En DCNO el objetivo es mantener la funcionalidad del paciente tanto física como mental

El uso de opioides en DCNO solo se recomienda en pacientes que no responden a otros tratamientos analgésicos

¿Es seguro el uso de opioides en este paciente? Valorar.

- Comorbilidades físicas y psíquicas
- Patologías concomitantes
- Situación psicosocial
- Riesgo de abuso
- Tratamientos farmacológicos concomitantes (interacciones opioides)

Informar al paciente sobre los efectos adversos

- Efectos adversos a corto y a largo plazo (módulo 3.2 de este curso)

Pactar objetivos realistas con el paciente

Se deben establecer objetivos del tratamiento realistas, una mejora de al menos el 30% en la intensidad del dolor y la capacidad funcional, se considera un beneficio relevante

Inicio del opioide

- La vía oral es de elección
- La morfina sigue siendo el opioide de elección
- No hay datos que establezcan la superioridad de un opioide frente a otro en DCNO
- Los parches de fentanilo alternativa cuando no se puede usar la vía oral

Titular la dosis

- Se recomiendan formulaciones de liberación rápida para ajustar dosis y controlar los efectos adversos que se producen al inicio del tratamiento
- Una vez ajustada la dosis, podremos convertir a formulaciones de liberación retardada
- Usar la menor dosis posible

Seguimiento

- En la fase de titulación, conviene que las revisiones sean diarias
- En la fase de mantenimiento, revisiones cada 3 meses
- En cada revisión valorar la eficacia (alivio del dolor) y la seguridad (RAM)
- Si falta de eficacia, valorar aumento de dosis. En caso de fracaso terapéutico valorar adherencia, rotación de opioide o retirada

RAM: reacciones adversas

Rotación de opioides

- Se recomienda ajustar la dosis a la baja y observar respuesta
- Cuando: no eficacia analgésica, efectos adversos, interacciones, necesaria vía de administración diferente, modificación del estado clínico o circunstancias de paciente (abuso, adicción)
- La evidencia sobre la rotación de opioides en DCNO es escasa

Retirada

- En caso de: falta de eficacia, efectos adversos graves, hiperalgesia, uso indebido, interacciones, petición del paciente, remisión de causa del dolor
- La retirada debe ser individualizada y lenta
- A los 4 – 6 meses de tratamiento valorar la retirada, el beneficio mas alla de los 6 meses son cuestionables. Consensuar con el paciente

El inicio y la titulación de opiodes serán abordados en módulo 2.4, la rotación en el módulo 3.4 y la suspensión en el módulo 3.5

IDEAS CLAVE

La utilización de opiodes en el DCNO a largo plazo es controvertida y su evidencia científica escasa

Su prescripción ha de ser adecuada, segura y controlada, no son tratamientos “para siempre”

El tratamiento con opiodes puede ser adecuado en DCNO cuando el dolor es intenso, continuo y no responde a otras terapias razonables. No se debe utilizar como tratamiento de primera línea

La morfina vía oral continua siendo el tratamiento de referencia para el DCNO cuando se quiere incorporar un opiode fuerte