

Efectos secundarios respiratorios de los opioides para el tratamiento de la disnea: revisión sistemática y meta-análisis.



Enero de 2018

Natalia Martos Gisbert.

Servicio de Neumología.

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

[Descargar PDF](#)



Estudios previos han observado que el uso de opioides puede reducir la disnea en pacientes con patologías crónicas. Sin embargo, aún existe

reticencia a su uso por el miedo a efectos secundarios respiratorios. Son varios los estudios que han evaluado estos efectos secundarios en pacientes con disnea crónica.

Previous studies have shown that opioids can reduce chronic breathlessness in advanced disease. However physicians remain reluctant to prescribe opioids for these patients, because of fear of respiratory adverse effects. Some studies have reported such respiratory effects in patients with chronic breathlessness.

Artículo Original:

[Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis.](#)

Autores: Verberkt C.A., van den Beuken-van Everdingen M.H.J., Schols J., Datla S., Dirksen C.D., Johnson M.J. et al

RESUMEN:

La disnea es uno de los síntomas más incapacitantes en pacientes con enfermedad crónica avanzada como el cáncer o la EPOC¹. Varios estudios han demostrado la eficacia de los opioides para reducir la disnea que persiste a pesar de un correcto tratamiento de la enfermedad subyacente². Sin embargo, aún existe reticencia a su uso por el miedo a efectos secundarios respiratorios y a la falta de recomendación en las guías de práctica clínica³⁻⁶.

El objetivo de esta revisión sistemática y meta-análisis es la evaluación de los efectos secundarios respiratorios de los opioides en pacientes con disnea crónica y enfermedad avanzada.

Para ello, se han recogido los resultados de 63 estudios (1064 pacientes) entre los que se incluyen ensayos clínicos randomizados y no randomizados, estudios de casos y controles, estudios de cohortes y

casos clínicos. Se han evaluado las variables PaCO₂, PETCO₂, PaO₂, SaO₂ y frecuencia respiratoria. En los ensayos randomizados se ha comparado el grupo de intervención con opioides frente al grupo control con placebo. Estos estudios han sido incluidos en el meta-análisis. En el resto de estudios se han comparado las variables antes y después del tratamiento.

Se observó una mejoría en la puntuación de escalas de disnea tras el uso de opioides (-0,42; IC 95% -0,62—0,21; I² 27%). En cuanto a los efectos adversos respiratorios se objetivó un aumento significativo de la PaCO₂ (MD 0,27; IC 95% 0,08—0,45; I² 0%) y un aumento no significativo en la PETCO₂ (MD 0,13; IC 95% -0,02—0,27; I² 0%). Los efectos sobre el descenso de la frecuencia respiratoria, PaO₂ y de la SaO₂ resultaron no significativos al realizar el ajuste estadístico sobre el tamaño de la muestra. Sólo se recogió un caso de fallo respiratorio grave y cuatro no graves tras el uso de opioides.

COMENTARIO:

En esta revisión sistemática y meta-análisis no se han encontrado efectos respiratorios secundarios clínicamente relevantes que se deban esperar tras el tratamiento con opioides en pacientes con enfermedades avanzadas. El aumento de PaCO₂ estadísticamente significativo en 0,27 kPa, no supone un aumento relevante en la práctica clínica.

Sin embargo, estos resultados deben ser valorados con cautela. Existe gran heterogeneidad en los estudios recogidos en cuanto a las características de los pacientes, el contexto en el que se utiliza, la dosis de los fármacos y la vía de administración. Asimismo, no disponemos actualmente de unos criterios establecidos que definan la depresión respiratoria, por lo que ha sido complicado valorar el número de casos reales recogidos entre los estudios.

La evidencia existente en cuanto al uso de opioides sigue siendo

heterogénea, con escaso tamaño muestral y con seguimiento a corto plazo. No obstante, parece seguro el uso de opioides a dosis bajas para paliar la disnea de pacientes con enfermedades avanzadas siempre que exista un correcto tratamiento de la enfermedad subyacente y una exhaustiva monitorización.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Parshall M.B., Schwartzstein R.M., Adams L. et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 185: 435–452.
2. Johnson M.J., Yorke J., Hansen-Flaschen J. et al. Towards an expert consensus to delineate a clinical syndrome of chronic breathlessness. *Eur Respir J* 2017; 49: 1602277.
3. Hadjiphilippou S., Odogwu S.E., Dand P. Doctors' attitudes towards prescribing opioids for refractory dyspnoea: a single-centred study. *BMJ Support Palliat Care* 2014; 4: 190–192.
4. Janssen D.J., de Hosson S., bij de Vaate E. et al. Attitudes toward opioids for refractory dyspnea in COPD among Dutch chest physicians. *Chron Respir Dis* 2015; 12: 85–92.
5. Young J., Donahue M., Farquhar M. et al. Using opioids to treat dyspnea in advanced COPD: attitudes and experiences of family physicians and respiratory therapists. *Can Fam Physician* 2012; 58: e401–e407.
6. Rocker G., Young J., Donahue M. et al. Perspectives of patients, family caregivers and physicians about the use of opioids for refractory dyspnea in advanced chronic obstructive pulmonary disease. *CMAJ* 2012; 184: E497–E504