



This is a translation of core recommendations from the European clinical practice recommendations on opioids, published originally in the European Journal of Pain [here](#). The translation was undertaken by Noemi García Cristóbal. The accuracy of the translation is the responsibility of the translators.

Esta es una traducción de las recomendaciones fundamentales de las guías de práctica clínica europea sobre opioides, publicada originalmente en la Revista Europea de Dolor. La traducción ha sido realizada por Noemi García Cristóbal. La precisión de la traducción es responsabilidad de los traductores.

Resumen de las recomendaciones Europeas de práctica clínica sobre el uso de opioides en dolor crónico no oncológico

- Hasta un cuarto de los Europeos refieren dolor crónico y, en aproximadamente un 80% de los casos, el dolor no se relaciona con cáncer. Este dolor se conoce como dolor crónico no oncológico (DCNO)
- Las prescripciones de opioides se han incrementado en la última década en algunos países Europeos, causando preocupación entre los sanitarios.
- Para proporcionar una orientación europea sobre el papel de los opioides en el DCNO, la Federación Europea de Dolor ha publicado un artículo de evidencia y posicionamiento basado en consensos que ha sido revisado por pares por expertos internacionales. El artículo de posicionamiento ha sido desarrollado por ocho sociedades científicas y una organización de pacientes.
- Los objetivos de las nuevas recomendaciones son proporcionar cuidados más seguros y efectivos a pacientes con DCNO, orientar a los médicos para un manejo apropiado de opioides y además, disminuir el uso perjudicial de opioides.

Recomendaciones clave

- No se deberían usar opioides como primera línea de tratamiento para ningún dolor no-oncológico. La primera línea de tratamiento de cualquier dolor crónico no-oncológico debería consistir de probar tratamientos no-farmacológicos (ej: ejercicio, fisioterapia, terapias psicológicas) y/o analgesia con fármacos no opiáceos.
- El tratamiento con opiáceos debería considerarse segunda línea de tratamiento, sólo si se ha probado tratamientos no farmacológicos y/o analgésicos no opiáceos y han resultado inefectivos, mal tolerados, o contraindicados.
- Los opioides no deberían usarse para tratar síndromes primarios de dolor. El dolor crónico primario es el dolor que dura más de tres meses, causa distrés emocional significativo o produce una discapacidad funcional, que no puede ser explicada por otra causa médica específica. Algunos ejemplos incluyen fibromialgia, migraña crónica, síndrome de intestino irritable y dolor lumbar no específico.
- Los opioides pueden considerarse para dolor crónico secundario, o como opción para segunda o tercera línea. El dolor crónico secundario se define por una condición médica definida, como

postquirúrgico o tras un daño, enfermedades internas, miopatías, patologías óseas o articulares, o neuralgia.

- Cuando se selecciona un tratamiento opiáceo, se debería considerar el tipo de dolor crónico no-oncológico (síndrome primario o secundario), las comorbilidades del paciente (ej: problemas de salud mental, historia de adicción), contraindicaciones, preferencias del paciente, objetivos de tratamiento, beneficio y daño de los tratamientos y una balanza riesgo/beneficio de las alternativas farmacológicas disponibles.
- Cuando se comience un tratamiento con un opioide, es importante monitorizar de cerca al paciente, y sólo se debería continuar el tratamiento si hay una mejoría en el dolor y la funcionalidad diaria que compense los posibles daños y efectos secundarios.
- Cuando se comience un tratamiento con un opioide, hay que empezar por dosis bajas y subir progresivamente despacio. Al inicio, se debería prescribir la menor dosis efectiva: menos de 50 miligramos equivalentes de morfina. Además se debería evitar subir la dosis por encima de 90 mg equivalentes de morfina, o justificar con cuidado cualquier decisión de hacerlo.
- El tratamiento con opiáceos debería detenerse si no se alcanzan los objetivos que se hayan acordado al inicio del tratamiento con el paciente, si el paciente presenta efectos adversos intolerables, si se alcanzan los objetivos con tratamientos no-opiáceos, o si hay dudas o preocupaciones sobre si un paciente puede llegar a generar dependencia.

Lea el artículo completo aquí: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejp.1736>