

USO DE OPIOIDES EN EL TRATAMIENTO DE DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES GERIÁTRICOS NO ONCOLÓGICOS

USE OF OPIOIDS IN THE TREATMENT OF CHRONIC PAIN IN NON-ONCOLOGICAL GERIATRIC PATIENTS

Guaypacha, Shirley*; Cáceres, Aracely**; Padrón, Lidys***

*Doctora en Medicina. Máster en Cuidados Paliativos UNIB.E. Médico Residente Clínica de Especialidades Santa Fe. Docente Instituto Tecnológico Superior San Gabriel. Quito, Ecuador.

** Doctora en Medicina. Máster en Cuidados Paliativos UNIB.E. Médica General en KCER S.A. Agencia Asesora Productora de Seguros. Quito, Ecuador.

*** Licenciada en Enfermería. Máster en Cuidados Paliativos. Máster en Educación. Coordinadora de la Maestría en Cuidados Paliativos y Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Iberoamericana del Ecuador.

Autor correspondiente: aracely.caceres037@gmail.com

DOI: [www.doi.org/10.55867/qual29.09](https://doi.org/10.55867/qual29.09)

Como citar (APA): Guaypacha Guallo, S. P., Cáceres Poma, A. L., & Padrón Fernández, L. (2025). Uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos. *Revista Qualitas*, 29(29), 134 - 156. <https://doi.org/10.55867/qual29.09>

Manuscrito recibido el 29 de enero de 2024.

Aceptado para publicación, tras proceso de revisión, el 09 de junio de 2024.

Publicado, el 06 de enero de 2025.

RESUMEN

En próximos años la población predominante será la adulta mayor, a esto se asocia la presencia de patologías que desencadenan dolor crónico, cuyo manejo tiene un enfoque multidimensional, el cual incluye el tratamiento analgésico. Por lo que se consideró la necesidad de analizar las variantes sobre el uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos. Para ello se realizó una revisión bibliográfica narrativa, de tipo descriptiva, mediante el análisis de 43 artículos encontrados en bases de datos en línea. Se identificó que la patología más frecuente asociada al dolor crónico es el dolor articular, a nivel farmacológico el opioide más formulado fue la morfina seguido por el fentanilo, oxicodona y finalmente la metadona asociada con acetaminofén. De esta manera, se concluyó que la principal patología asociada a dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos correspondió a dolores de tipo osteomusculares empleándose principalmente el opioide derivado de la morfina para su tratamiento.

Palabras Clave: dolor crónico; no oncológicos; opioides; pacientes geriátricos.

ABSTRACT

In the coming years, the predominant population will be the elderly, and this is associated with the presence of pathologies that trigger chronic pain, the management of which has a multidimensional approach that includes analgesic treatment. Therefore, it is considered necessary to analyze the use of opioids in the treatment of chronic pain in non-oncologic geriatric patients. For this purpose, a descriptive narrative literature review was carried out by analyzing 43 articles found in online databases. It was identified that the most frequent pathology associated with chronic pain is joint pain, at pharmacological level the most formulated opioid was morphine followed by fentanyl, oxycodone and finally methadone associated with acetaminophen. Thus, it is concluded that the main pathology associated with chronic pain in non-oncologic geriatric patients corresponds to musculoskeletal pain, mainly using morphine-derived opioids for its treatment.

Keywords: Chronic pain, Non-oncologic, Opioids, Geriatric patients

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) considera que la población de adultos se ha convertido el grupo más predominante a nivel mundial, y estima que, en 2052, la población mayor de 60 años será la población preponderante (Huenchuan, 2018). En Ecuador los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), 2010 revelan que la esperanza de vida se incrementará de 77.8 en el año 2010 a 83.5 para 2050 en el caso de mujeres, y de 72.2 a 74.5 para hombres, respectivamente (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, 2020).

En la atención a la salud, se debe considerar que la prevalencia de este grupo etario fomenta la necesidad de manejo de nuevas estrategias de atención, entre ellas el manejo del dolor, ya que mientras la edad avanza aparecen una serie de patologías crónicas, que desencadenan dolor, como expresa la guía de buena práctica clínica en geriatría, la cual plantea que entre un 50 y un 80% de la población mayor de 65 años presenta algún tipo de dolor (Fernández, Gutiérrez, López, López, & Vilorio, 2012).

Entre las clasificaciones de dolor en pacientes geriátricos se encuentra el dolor nociceptivo, presente en patologías como: enfermedad coronaria, espondiloartrosis, osteoporosis, enfermedad de paget, polimialgia reumática, fracturas, artritis reumatoide y proceso oncológico; el dolor neuropático que parece en neuropatías nutricionales, neuropatías periféricas, neuralgia postherpética neuralgia del trigémino y proceso oncológico o secundario a radio o quimioterapia; y el dolor mixto, que se presenta en la fibromialgia, dolor miofascial, espondilo artrosis y proceso oncológico o secundario a radio o quimioterapia (De Andrés, Acuña, & Olivares, 2014).

Convirtiéndose en un problema universal, que, a nivel mundial, la prevalencia de dolor asciende de manera consistente con la edad hasta alrededor de los 70-75 años, alcanzando estimados de 25-50% en la población geriátrica comunitaria, y hasta 83% en la población en instituciones y hogares de cuidado. (Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy, 2011). El dolor crónico es de tipo recurrente que persiste por más de 3-6 meses, o que se prolonga más allá del período de curación esperado, y que puede o no estar asociado con una causa identificable o daño tisular verificable (Rolf-Detlef, y otros, 2015).

El Instituto para la mejora de los sistemas clínicos, clasifica etiopatogenicamente el dolor en cuatro tipos: neuropático, muscular, inflamatorio y mecánico o por compresión (Fernández, Gutiérrez, López, López, & Vilorio, 2012), cuyo manejo tiene un enfoque multidimensional, formando parte de este, el manejo analgésico, en los cuales, de acuerdo a las escalas analgésicas, según la Organización Mundial der la Salud

(OMS), constan como primer escalón los no opioides, seguido por los opioides débiles más no opioides y como último escalón los opioides potentes clásicos más no opioides.

Por su parte Torrijano (2022), sobre el uso de opioides en manejo del dolor, señala que se ha incrementado su prescripción a nivel mundial, así describe que, en Estados Unidos, las prescripciones de opioides se incrementaron un 7,3% desde el año 2007 al 2012. En España, entre 1992 y 2006, se multiplicó por 12 el consumo de opioides mayores, especialmente el uso de fentanilo. Sin embargo, ningún ensayo mide los resultados a medio o largo plazo.

Así también, la guía de buena práctica clínica en geriatría considera que en adultos mayores es más frecuente el uso de fármacos no opioides. Esto puede deberse a la falta de ensayos sobre el uso de estas sustancias, por su parte, Nawawi, Balboni y Balboni (2012) postulan que solo existe un 3,4 % de ensayos randomizados, en este grupo etario. En Latinoamérica existe una media de uso de analgésicos opioides de 4,30 mg por habitantes. En Ecuador, el uso de opioides, como el fentanilo ocupa el primer lugar con el 70%, seguido de la oxycodona con el 19% y de morfina con el 11%. (Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, 2013)

En cuanto a las Políticas y Legislaciones que regulan los Opioides, la OMS y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), han reconocido que las leyes y normativas restrictivas impiden una adecuada disponibilidad de medicamentos en algunos países, de modo que recomiendan mejorar estrategias para un mayor acceso a los pacientes que los necesitan (International Association for Hospice and Palliative Care, 2011).

En Ecuador la Ley Orgánica de Salud, en su Artículo 6, dispone que: “Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En este sentido, la disponibilidad, acceso y uso racional de opioides y otros medicamentos esenciales para la atención en cuidados paliativos lo garantiza el Sistema Nacional de Salud, así como revisar y actualizar los medicamentos necesarios en cuidados paliativos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (Ministerio de Salud Pública, 2015).

De acuerdo a la guía de Práctica Clínica sobre "Cuidados Paliativos", con respecto al dolor en la fase final de la vida que se menciona que "a pesar de la elevada prevalencia del dolor en los pacientes en la fase final de la vida, los resultados sobre la eficacia del tratamiento analgésico presentan dificultades para aplicarlos en la clínica y se especifica respecto al uso de opioides para el control del dolor que "en la población con dolor crónico maligno, la incidencia de efectos adversos es superior, produciéndose sedación, deterioro cognitivo mioclonias, alucinaciones, delirium, hiperalgesia en un 20-60% de los pacientes" (Ministerio de Salud Pública., 2021).

El uso de opioides para el dolor crónico ha ido aumentando en el transcurso del tiempo, sin embargo, en la actualidad, pese al avance de estudios sobre el tema, aún existen barreras de información sobre la seguridad a largo plazo, generando dificultades en su prescripción, a esto se le suma la idiosincrasia de los familiares con tabúes sobre estos fármacos y la limitada adquisición ellos en el país (Calvo & Torres, 2017).

Tomando en consideración la realidad descrita anteriormente, se plantean las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las patologías más frecuentes que se asocian a dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológico?; ¿cuáles son los principales opioides utilizados en el tratamiento del dolor crónico en estos pacientes?; ¿qué algoritmo de manejo de opioides pudiera utilizarse para el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológico?

Para ello se realiza el presente estudio, con el objetivo de analizar las variantes sobre el uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, de tipo descriptiva, en diferentes bases de datos, empleando los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Artículos publicados en bases de datos Pubmed, Dialnet, SciELO, Google y Elsevier, que describan la temática relacionada al uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos; artículos publicados entre los años 2012-2022; artículos publicados en idioma español e inglés.

Criterios de exclusión: Artículos publicados en bases de datos Pubmed, Dialnet, SciELO, Google y Elsevier que describan la temática relacionada al uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico en pacientes en otros grupos etarios y en patologías oncológicas; artículos publicados antes de enero de 2012; artículos

publicados en otros idiomas. El número de artículos y las bases de datos consultados, se muestran en el Gráfico 1.

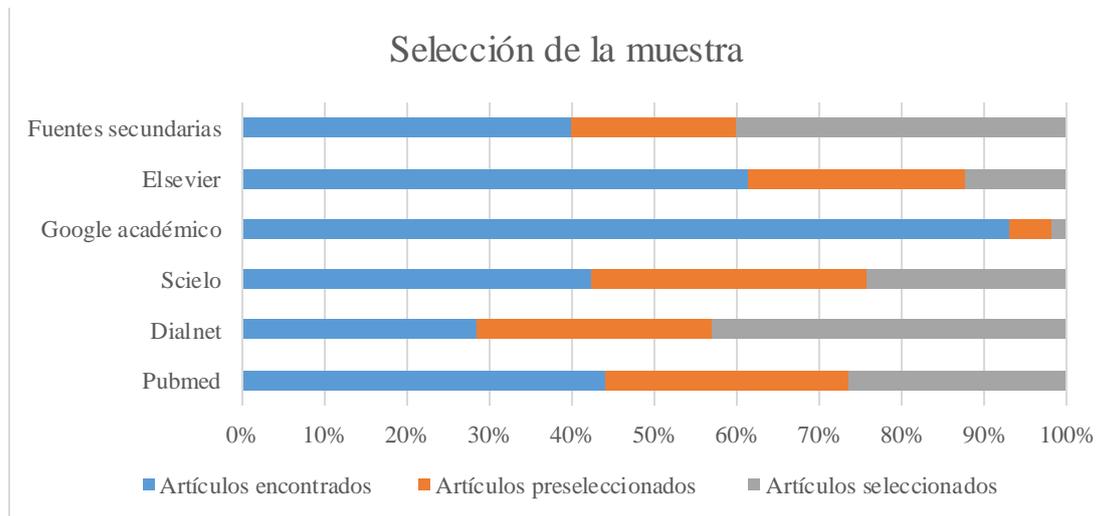


Gráfico 1. Artículos según la base de datos
Fuente: Base de datos de la revisión documental.

El total de artículos encontrados fue de 802 artículos, para la selección y validación se empleó una lectura crítica del resumen, introducción, metodología, resultados, discusiones y conclusiones, con el fin de evitar sesgos en la revisión, limitando a 82 artículos preseleccionados, posteriormente se realizó un filtro utilizando las palabras claves (términos mesh) quedando 43 estudios seleccionados.

Tabla 1. Términos MeSH, empleados para búsqueda.

Boleanos	Términos
And	Causas de dolor and ancianos Opioides and geriatría Dolor crónico and ancianos Opioides and dolor crónico no oncológico Opioides más usados and ancianos Opioides and efectos adversos Opioides and duración de tratamiento
Or	Ancianos or geriátricos or adultos mayores

Fuente: Tesauro MeSH

Del total de cuarenta y tres (43) artículos, cuarenta y dos (42) corresponden a fuentes primarias y uno (1) a fuente secundaria, sobre la prevalencia de efectos adversos del uso de opioides en pacientes con tratamiento de dolor crónico no oncológico en la consulta externa de terapia del dolor de dos Hospitales de Quito periodo

enero – abril 2016, encontrada en el repositorio Universidad Central del Ecuador, este último se consideró por el aporte que brinda sobre la situación en Ecuador.

El procedimiento utilizado se detallada en la Figura 1, herramienta que permite computar revisiones sistémicas de estudios que evalúan los efectos de intervenciones de salud, con independencia del diseño de los estudios incluidos (Ciapponi, 2021). Como se muestra a continuación:

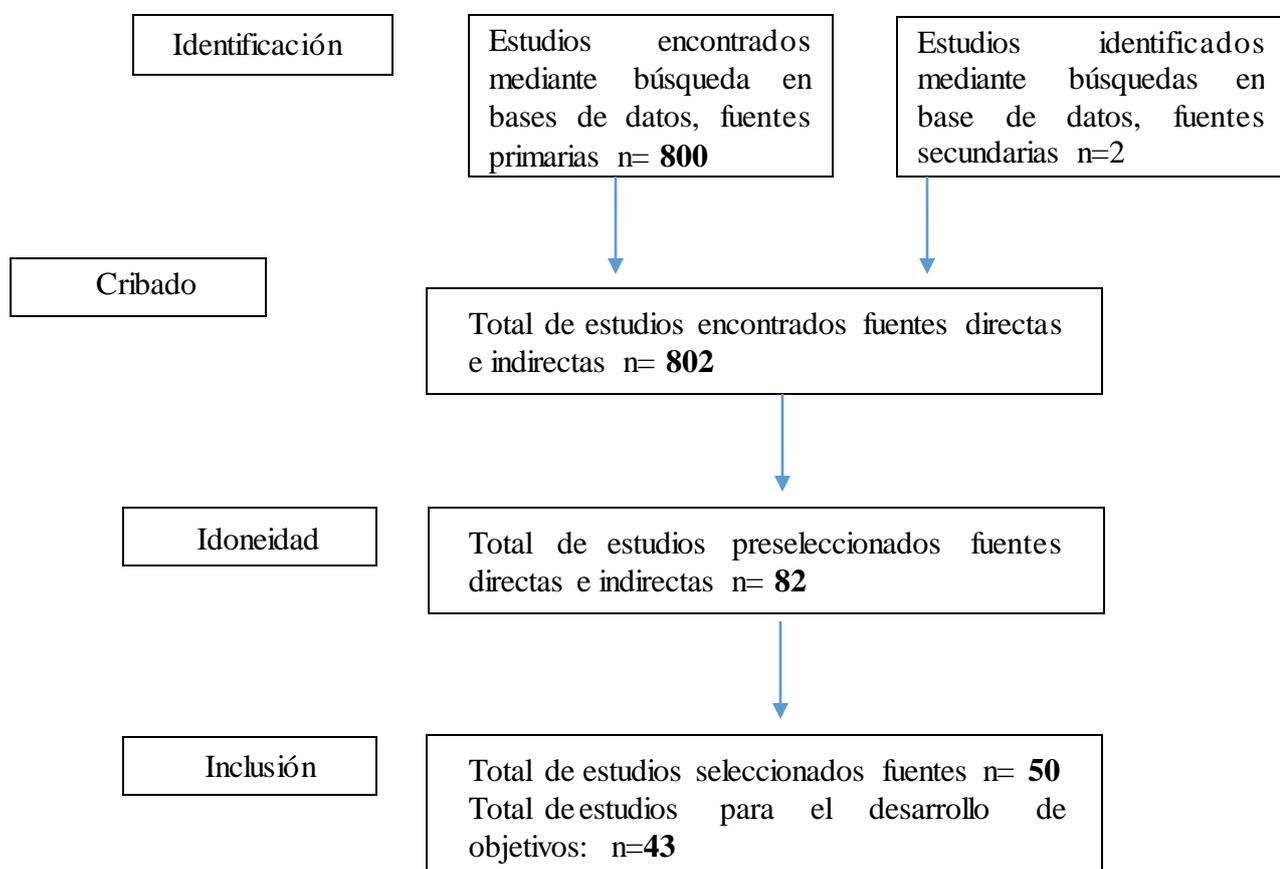


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los estudios

Fuente: Bases de datos de la revisión documental.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente apartado se procede al análisis y discusión de los principales hallazgos obtenidos durante la revisión bibliográfica realizada. Organizando la información en categorías correspondientes a las variables dolor crónico y uso de opioides en pacientes geriátricos no oncológicos.

Como se observa en la tabla 2, los dolores crónicos manifestados en los adultos mayores pueden ser múltiples, los autores Domenichiello y Ramsden, (2019) sostienen en un reporte epidemiológico de Estados Unidos de América que, las principales manifestaciones crónicas son dolor articular inespecífico 40%, lumbalgia en un 45%, cervicalgia 20% y cefalea 4.4%. Del mismo modo concuerdan Alvarado y Salazar, (2018) quienes en su estudio realizado en Barranquilla-Colombia describieron que, las patologías principales asociados al dolor crónico son de tipo articular 36 %, 28 % de dolor lumbar, 20 % dolor cervical y el 16 % dolor visceral.

Por su parte, los autores Zhirzhán y Alarcón, (2017), concuerdan en que el dolor lumbar es una de las principales patologías manifestadas en los adultos mayores, en su investigación refieren que las principales causas de dolor crónico no oncológico están situados en el dorso lumbar en un 43.7% en las que se incluye la dorsalgia sola, lumbalgia, lumbociatalgia y trastornos de los discos intervertebrales; también destaca otras manifestaciones como: la poliartritis en un 20.5% (coxartrosis, gonartrosis y otras alteraciones de las articulaciones), neuropatía post-herpética con un 8.4%, tendinitis en un 6.8% y la neuropatía diabética con un 5.8%.

Sin embargo, el autor Bilbeny, (2019) en su publicación sobre dolor crónico en Chile, indicó que la principal etiología de dolor es el de tipo osteomuscular en un 65%, dentro de las cuales destacan con un 22.1% el lumbago crónico, 16.1% con osteoartritis, 8.8% artritis reumatoidea seguido por enfermedades neurológicas el 6.7% y problemas digestivos con el 4.4%.

Tabla 2. Patologías más frecuentes que se asocian a dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos.

Título	Autor y año	País	Metodología	Población	Resultados
La epidemia silenciosa del dolor crónico en adultos mayores.	Domenichiello y Ramsden (2019)	Canadá	Revisión literaria	-	Dolor articular inespecífico 40%, lumbalgia en un 45%, cervicalgia 20% y cefalea 4.4%.
Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez.	Alvarado y Salazar (2018)	Colombia	Estudio cualitativo, descriptivo	25 pacientes	36 % dolor articular, el 28% dolor lumbar, 20% dolor cervical y el 16% dolor visceral.
Dolor crónico en Chile	Bilbeny (2019)	Chile	Revisión literaria	-	22.1% lumbago crónico, 16.1% osteoartritis, 8.8% artritis reumatoidea,

Título	Autor y año	País	Metodología	Población	Resultados
					enfermedades neurológicas 6.7% y problemas digestivos 4.4%.
Prevalencia de efectos adversos del uso de opioides en pacientes con tratamiento de dolor crónico no oncológico en la consulta externa de terapia del dolor de dos Hospitales de Quito periodo enero – abril 2016.	Zhirzhán y Alarcón (2017)	Ecuador	Estudio analítico transversal	158 pacientes	Dorso lumbar 43.7%: dorsalgia, lumbalgia, lumbociatalgia y trastornos de los discos intervertebrales.

Fuente: Base de datos de la revisión documental.

Los autores Abiuso, Santelices y Quezada, (2017) sostienen que la morfina, petidina o meperidina, fentanyl y tramadol son los opioides presentes en los servicios de emergencia para el control del dolor crónico, y que la combinación de acetaminofén, AINE y opioides es una estrategia muy buena para pacientes con dolor intenso ($\geq 7/10$) dado que los 3 medicamentos utilizan diferentes modalidades de manejo del dolor y el acetaminofén y los opioides funcionan de forma sinérgica. Así mismo plantean Krebs y colaboradores, (2018) quienes en su investigación utilizaron morfina de liberación inmediata, oxicodona o hidrocodona/acetaminofén en pacientes con dolores crónicos.

Así también, en un estudio realizado por Torres, citado por Vera, (2014) en 25 pacientes de la unidad de dolor en España, con dolor intenso de tipo crónico, que no han tenido contacto previo con opioides, obtuvieron una buena respuesta, pasando de una EVA media del $8,86 \pm 0,25$, inicial hasta un $2,1 \pm 0,74$, al 6° mes, y evidenciando además que al final del primer mes, el consumo medio de Analgesia con citrato de fentanilo oral transmucosa (CFOT) fue de 5,08 comprimidos/día, al tercer mes, disminuyó a una media de 2,88/día, y al finalizar el estudio fue de media de 1,45, demostrando de este modo la eficacia del inicio del tratamiento con opioides administrando Fentanilo, así sostiene que el manejo inicial del dolor en base a la intensidad tiene mayores ventajas y más rápida eficacia en el tratamiento del dolor crónico intenso, sin embargo recalca la importancia de dosificar de forma adecuada, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3. Principales opioides para el tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos.

Título	Autor y año	País	Metodología	Población	Resultados
Manejo del dolor agudo en el servicio de Urgencia.	Abiuso, Santelices, y Quezada (2017)	Colombia	Revisión bibliográfica	-	Morfina, petidina o meperidina, fentanyl y tramadol.
Efecto de los medicamentos opioides frente a los no opioides en la función relacionada con el dolor en pacientes con dolor de espalda crónico o dolor de artrosis de cadera o rodilla.	Krebs y colaboradores (2018)	-	Ensayo clínico aleatorizado	240 pacientes	Morfina de liberación inmediata, oxicodona o hidrocodona/acetaminofén.
La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico.	Vera (2014)	España	Prospectivo	25 pacientes	Analgesia con citrato de fentanilo oral transmucosa (CFOT).
Eficacia y tolerabilidad de dosis bajas de oxicodona/naloxona de liberación prolongada para el dolor crónico no oncológico en pacientes ancianos con y sin deterioro cognitivo.	Alcántara & González (2017)	España	Revisión bibliográfica	-	OXN-LP en dosis bajas.
Metadona: del dolor crónico no oncológico y el manejo primario de la hiperalgesia por opioides a la disuasión del abuso de analgésicos.	Marovino y otros (2022)	Reino Unido	Revisión bibliográfica	-	La metadona es elegido como el único fármaco como terapia de mantenimiento.

Fuente: Base de datos de la revisión documental.

En cuanto, al inicio del uso de opioides, el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) y el Departamento de Defensa de EE. UU. (DoD), (2018) realizaron una comparación entre la guía de práctica clínica (CPG)

de 2010 y la nueva evidencia sobre el uso de opioides para el inicio de dolor crónico, usando la metodología GRADE, con el objetivo de crear pautas y recomendaciones con el uso de opioides en pacientes geriátricos. Los autores destacaron que el procedimiento inicial para el manejo del dolor se basa en estrategias de autocontrol y otros tratamientos no farmacológicos, las terapias psicológicas, el ejercicio y la rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria ya que han demostrado eficacia para la reducción del dolor.

Sin embargo no se debe plantear la terapia psicológica sobre otros tratamientos ya que no hay evidencia de mejoría cuando se emplea de forma aislada, en el caso de iniciarse terapias farmacológicas, se debería considerar fármacos no opiáceos debido a los efectos adversos que presentan los fármacos opiáceos y la escasa evidencia sobre el uso de opioides a largo plazo, por lo que desde el punto de vista de Rosenver, (2018), enfatiza el uso de opioides en casos críticos, una vez que otras terapias no muestren mejoría.

El manejo de opioides debe llevarse a cabo mediante una serie de procesos centrados en la identificación de las características y del tipo de dolor y un plan terapéutico integral (PTI). Así lo confirman los autores Berrocoso, De Arriba y Arcea, (2018), en su revisión “Abordaje del dolor crónico no oncológico”, el manejo de dolor crónico no oncológico requiere un plan de tratamiento integral con objetivos claros y realistas, junto a la elección correcta de medicación tomando en consideración factores como: la opinión y preferencias del paciente, manejo de la capacidad funcional, realización de actividad física adecuada y cambios en el estilo de vida.

Por otro lado, un artículo publicado por Vera, (2014), indica que existe aún cierta incertidumbre sobre la verdadera utilidad de la escalera analgésica en el tratamiento de pacientes con dolor crónico de intensidad severa, postula que sería más útil iniciar el tratamiento del dolor crónico teniendo en cuenta sólo su grado de intensidad y su duración y no seguir la recomendación de ir escalón a escalón, ya que se obtendría una respuesta inmediata y se evitaría el sufrimiento del paciente.

Citando las recomendaciones para el uso de opioides en DCNO, detalladas en la Guía del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), los autores Alcántara y González, (2017) revelan que al iniciar tratamiento con opioides se debe considerar si los beneficios son mayores en relación a los riesgos mediante la aplicación de tres importantes procesos: tiempo de inicio del tratamiento, selección de dosis, duración, seguimiento e interrupción de los opioides y evaluación del riesgo.

Por su parte, los autores Krebs y colaboradores, (2018) difieren de lo antes establecido, los investigadores no respaldan el inicio de tratamiento con opioides para el dolor de espalda crónico de moderado a intenso

o el dolor de osteoartritis de cadera o rodilla, así lo argumentan mediante su ensayo en 240 pacientes divididos en dos grupos (los que recibieron tratamiento con opioides y los que solo recibieron analgésicos); se trató de casos de dolor de espalda crónico de moderado a intenso, o dolor de artrosis de cadera o rodilla a pesar del uso de analgésicos. El resultado en cuanto a la función relacionada con el dolor y su intensidad obtuvo una mejora de 1 punto para ambos grupos, la interferencia BPI media de 12 meses fue de 3,4 para el grupo de opiáceos y de 3,3 para el grupo de no opiáceos.

Autores como Chaparro y colaboradores, (2018) coinciden con el criterio antes mencionado. En su artículo sobre opioides comparados con placebo u otros tratamientos para el dolor lumbar crónico, donde realizaron una revisión de la literatura, analizando 15 ensayos con 5540 participantes, evidenciaron que los pocos ensayos que compararon los opiáceos con los fármacos antiinflamatorios no esteroideos o los antidepresivos no mostraron diferencias con respecto al dolor y la función, sin embargo recomienda que el inicio de opioides para el tratamiento a largo plazo debe realizarse con extrema precaución, especialmente después de una evaluación exhaustiva de los riesgos potenciales. Los resultados de estos análisis se pueden apreciar en la Tabla 4.

Tabla 4. Inicio de opioides para tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos.

Titulo	Autor y año	Metodología	Resultados
Guías de práctica clínica para el manejo de trastornos de uso de sustancias.	Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) y el Departamento de Defensa de EE. UU. (DoD) (2018).	Guía de práctica clínica (CPG).	Metodología GRADE: estrategias de autocontrol, otros tratamientos no farmacológicos, terapias psicológicas, el ejercicio y la rehabilitación biopsicosocial multidisciplinaria.
Abordaje del dolor crónico no oncológico.	Berrocoso, De Arriba y Arcea (2018).	Revisión bibliográfica	Identificación de las características y del tipo de dolor, EVA. Plan terapéutico integral (PTI).
La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico.	Vera (2014)	Revisión bibliográfica	Estableció que es mejor la evaluación de grado de intensidad y su duración en comparación de la escalera analgésica.
Guía del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para la prescripción de opioides en dolor Crónico.	Alcántara y González (2017).	Revisión bibliográfica	3 áreas: tiempo de inicio del tratamiento. Selección de dosis, duración, seguimiento e interrupción de los opioides y evaluación del riesgo.

Título	Autor y año	Metodología	Resultados
Efecto de los medicamentos opioides frente a los no opioides en la función relacionada con el dolor en pacientes con dolor de espalda crónico odolor de artrosis de cadera o rodilla: el ensayo clínico aleatorizado SPACE.	Krebs y colaboradores (2018).	Ensayo clínico aleatorizado	Estrategia de prescripción que incluía múltiples opciones de medicación en 3 pasos.

Fuente: Base de datos de la revisión documental.

Autores como Rosenver, (2018) recomienda que el tiempo de duración con opioides en pacientes crónicos no debe pasar de 90 días debido a la asociación de trastornos por uso de opioides. Esto lo respaldan Edlund y colaboradores, (2014) quienes, en el año 2014, postulan la presencia de trastornos por uso incidente de opioides, mediante el estudio realizado en 371 pacientes con un nuevo episodio de afección de dolor crónico no relacionado con el cáncer, y sin uso de opioides o trastorno por uso de opioides en los 6 meses anteriores, utilizando datos de la base de datos HealthCore entre 2000–2005.

Se relacionó entre el número de días de opioides recetados (ninguno, agudo y crónico), la dosis diaria promedio (ninguno, dosis baja, dosis media y dosis alta), y el diagnóstico incidente de trastorno por uso de opioides. En los resultados no ajustados, el 0,12 % de las personas con dosis bajas/uso agudo de opioides tuvo un período de diagnóstico de trastorno por uso de Opioides, mientras que el 6,1% de las personas con dosis altas, uso crónico (91 días o más) tenía trastorno por uso de opioides, concluyendo que el tiempo de terapia con opioides fue más importante que la dosis diaria para determinar el riesgo de trastorno de uso de opioides (Edlund, Martin, Russo, Devries, & Brennan, 2014).

Sin embargo, en el estudio realizado por Bohnert, (2011) en 154 684 pacientes, sobre el trastorno por uso de opioides asociados a diferentes variables como la edad, durante el periodo comprendido entre 2004 y 2005, determinó que los sujetos mayores de 70 años tenían una sustancial menor probabilidad de desarrollar trastorno por uso de opioides o sobredosis (HR ¼0,06) en comparación con sujetos de 18 a 29 años.

Así también desde el punto de vista de Petzke y colaboradores, (2020) se establece que los opiáceos son una opción de tratamiento farmacológico para tratamientos a corto plazo de 4 a 12 semanas, intermedios de 13 a 26 semanas y a largo plazo, mayor de 26 semanas, en casos de dolor crónico que presentan causas como osteoartritis, polineuropatía diabética, neuralgia posherpética y dolor lumbar, sin embargo recalca que el tratamiento por más de 3 meses debe restringirse a los pacientes identificados como respondedores al

tratamiento, teniendo en cuenta que el tratamiento es de forma individualizada y con la evaluación periódica de la respuesta clínica, además a los 6 meses se debe considerar la disminución de dosis de acuerdo a las necesidades del paciente y los efectos adversos.

Así también desde el punto de vista de la CDC para la prescripción de opioides en dolor crónico en 2017, recomienda una evaluación de manera individual y valorando los beneficios, de este modo la duración del tratamiento en el dolor crónico será desde 1 a 4 semanas con valoración periódica cada 3 semanas para una adecuada vigilancia de medicamentos recetados, evitando de esta manera sobredosis (Acántara & González, 2017).

De manera similar, Calvo y Torres, (2017) en su artículo, ofrecen recomendaciones para una prescripción segura en el tratamiento con opioides en el dolor crónico no oncológico, siguiendo las guías clínicas internacionales, las cuales establecen estrategias de gestión de riesgo para el uso de opioides, herramientas para valoración de riesgo de adicción, seguimiento del paciente en tratamiento opioide, selección de opioides en función de su potencial adictivo y opciones terapéuticas en el paciente con conductas aberrantes a opioides.

Tomando en consideración las directrices de la Sociedad Estadounidense de Médicos Intervencionistas del Dolor, Manchikanti y colaboradores, (2017) señalan que el consumo de opioides ha incrementado a nivel mundial, pasando de 69,092 en el año 2000 a 214,490 de consumo en kg. Estos autores hacen énfasis en que a nivel global, los principales opioides prescritos son la morfina, hidrocodona, oxicodona, metadona, fentanilo e hidromorfina, los cuales han ido cambiando en orden de uso a lo largo del tiempo.

Se considera que en el año 2000 el opioide de mayor consumo fue la morfina con un consumo en kg de 21,629, seguido de oxicodona con 18,619, hidrocodona con 15,595, metadona con 12,319, hidromorfina con 311 y fentanilo con 619 de consumo en kg. Para el año 2014 la oxicodona fue el fármaco más consumido con un 84,761, seguido de morfina con 45,827, hidrocodona con 43,784, metadona con 32,887, hidromorfina con 5,713 y se mantuvo el fentanilo en último lugar (Manchikanti, y otros, 2017).

Citando el estudio “Manejo del dolor crónico en Atención Primaria, perfil de prescripción de opiáceos mayores” realizado por Guzmán, Mora, Delgado, Pérez, Rueda y Gea, (2014) en España, donde se realizó un estudio retrospectivo en los centros de salud de Jean durante 2011, de 215 pacientes correspondiente al 44 % del total de la población, con edad media es de 71,2 años, se determinó que 323 prescripciones correspondieron a opiáceos mayores de ellos 23% con prescripciones de dos opiáceos y 13% con tres. Los

opiáceos más prescritos son con un 60% el fentanilo principalmente en parches, 22% buprenorfina más usada en monoterapia en un 70 % para tratar dolor mixto y 3% de morfina empleada con mayor frecuencia en pacientes oncológicos por vía oral en un 46 % de las prescripciones.

Mientras que para el 2017, en el estudio sobre la prescripción de opioides mayores en pacientes con dolor no oncológico, en una zona de salud de atención primaria realizada por Tormo y colaboradores, a una población española conformada por 138 pacientes en tratamiento para DCNO con opioides mayores, media de edad de 78 años, duración de tratamiento 555 días, dosis máxima prescrita en un 70% de la población no superó los 100 mg equivalentes de morfina al día y a su vez administraban concomitantes como las benzodiazepinas, 4% superó los 200 mg en equivalente de morfina (Tormo, y otros, 2017).

El principio activo y dosis más utilizados para inicio del tratamiento fue el Fentanilo transdérmico en un 33,5% a dosis de 25-50mcg/72horas, seguido por Buprenorfina transdérmica 35mcg/72 horas con un 10.9%, tapentadol retard 25mg/12 horas con un 4.3%, oxicodona retard 20mg +naloxona cada 12 horas con un 2.9 % y como último hidromorfona 4-8mg/12horas con un 0.7%, del 70% de pacientes en tratamiento administraban simultáneamente benzodiazepinas. La modificación de dosis fue del 84% misma que se realizó de manera progresiva, 11% presentaron efectos adversos en el que destaca el estreñimiento. La causa más frecuente de la prescripción fue patología lumbar en un 22% (Tormo, y otros, 2017).

En el análisis realizado por Moyano, (2016) sobre el uso de Opiáceos en Colombia desde “El consumo médico de opioides en Colombia entre 1997 y 2007”, y los datos sobre el consumo anual de opioides del Fondo Nacional de Estupefacientes, señala que el opioide con mayor prescripción es la morfina con un 46% de todos los opioides utilizados, seguido de petidina con un 31% pese a que las guías no recomiendan su uso.

Durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2014 en un estudio realizado en Colombia, donde se contó con la participación de 81 pacientes. La mayoría de sexo femenino (71,6%), la edad promedio 56,6 años y los diagnósticos principales fueron dolor lumbar (34,6%), dolor neuropático (21%) y radiculopatía (17,3%). El medicamento opioide más formulado fue la hidrocodona asociada con acetaminofén (24,1%), seguido por la hidromorfona (20,3%). La mediana identificada de la DEMOD fue de 20 mg y la mediana del tiempo con el opioide prescrito fue nueve meses (Buitrago, Amaya, & Pérez, 2015).

Mientras que en el estudio realizado por Zhirzhán y Alarcón, (2017) en 190 pacientes con dolor crónico no oncológico, en tratamiento con opioides, usuarios de dos Hospitales de Ecuador, revela que el opioide más frecuentemente utilizado fue el tramadol con el 84.2%, seguido de oxicodona con 10.5% y la buprenorfina con el 8.9%. Además, recomienda que el tratamiento del dolor no oncológico crónico moderado a severo debe realizarse con opioides que presenten varias formas de presentación.

Por su parte, Rosenver, (2018) recomienda recetar la dosis más baja de opioides según lo indiquen los riesgos y beneficios específicos del paciente, debido a que los riesgos de sobredosis y muerte aumentan, por lo que no recomienda dosis de opioides superiores a 90 mg de dosis diaria equivalente de morfina para el tratamiento del dolor crónico, así también recalca la importancia de que en el caso de prescribir dosis superiores a 90 mg diaria equivalente de morfina se debe evaluar la reducción gradual a la dosis o la interrupción.

Sin embargo, Dasgupta, (2016), realizó un estudio donde examinó el resultado de las tasas de mortalidad por sobredosis de opioides basadas en la población por dosis de opioides, sin el uso de un umbral presupuesto, este estudio se llevó a cabo en una muestra de 2.182.374 pacientes, en un año de seguimiento, donde 629 murieron por sobredosis de opioides, de las cuales 151 no tenían registro de haber recibido un opioide, además casi la mitad de fallecidos, el 49% que corresponde a 235 fallecidos, se les había recetado menos de 80 mg de MEDD. Las tasas de incidencia de sobredosis (IRR) se duplicaron cada vez que los rangos de MEDD aumentaron de 60,0 a 79,9 mg a 80,0 a 99,9 mg (IRR $\frac{1}{4}$ 2,9 a 6,2), luego a 120 a 139,9 mg (IRR $\frac{1}{4}$ 14,1), 160 a 179,9 mg (IRR $\frac{1}{4}$ 29,5), y 350–399,9 mg (IRR $\frac{1}{4}$ 63,2).

En el artículo sobre experiencia clínica en cambio de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, realizado por López y colaboradores, (2014) se realizó un estudio observacional retrospectivo en una unidad de dolor de un hospital de segundo nivel, durante un período de Abril 2012-Septiembre 2013 en Valencia-España, a 9 pacientes de sexo femenino con media de edad de 82 años, en tratamiento con más de 4 fármacos opioides para el manejo de dolor crónico, como resultado a 6 de las pacientes el opioide inicial era fentanilo subdérmico a dosis ente 75-150 mcg/hora realizando el cambio a oxicodona/naloxona en dosis de 30-80mg/día durante un periodo de 55 días para alcanzar una titulación estable y solo a una paciente se aumentó la dosis según la tabla equianalgésica, de esta manera se concluye que la rotación analgésica permite destacar la importancia de realizar una reducción del opioide basal, antes de iniciar el cambio de opioide, pues mejora la tolerancia y predispone al paciente al nuevo opioide.

Como se manifiesta en la Guía del HHS sobre la reducción adecuada de la dosis de analgésicos opioides a largo plazo, en Estados Unidos el número de recetas emitidas en 2012 fue de 255 millones mientras que para 2017 fue de 191 millones. Esta disminución se debe, a que para la prescripción se considera iniciar un tratamiento de manera individualizada basándose en metas y beneficio del paciente, por lo que la reducción de uso de opioides debe ser paulatina para minimizar signos y síntomas de abstinencia, al igual para considerar la disminución de la dosis una reducción paulatina de entre el 5% al 20% cada 4 semanas, un 10% mensual en aquellos que el uso de opioides fue durante un año o más, en cuanto al tiempo de culminación o retiro de dosis puede llegar a ser varios meses o años en dependencia del tipo de opioide y dosis utilizada (Kato, y otros, 2019).

De manera coincidente, Alcántara y Gonzales, (2017) plantean en su estudio que la disminución de opioides puede mejorar los resultados de los pacientes con dolor crónico, menciona que en los últimos años Estados Unidos pese a la falta de estudios sobre el beneficio del uso de opioides en el tratamiento de dolor crónico a largo plazo (TOLP) ha aumentado la prescripción de este tipo de medicamentos así como los trastornos por su uso, de allí que la reducción de dosis juega un papel importante para la disminución de efectos adversos y sobredosis. Sin embargo, en la práctica clínica la discontinuación del TOLP es poco frecuente, pues solo se encuentran entre 8 y 35% de estudios de cohorte, en los que la reducción de dosis se llevó a cabo de forma relativamente lenta en un periodo de 22 semanas.

Mediante el análisis de los artículos, se establece que según el estudio realizado en el 2014 para la mejoría clínica de los pacientes en tratamiento con opioides para el manejo de dolor crónico no oncológico se considera como mejor opción la rotación analgésica, mientras que para el 2017 la Guía del HSS y el estudio sobre la reducción de dosis opioides recomiendan una disminución paulatina de la dosis una vez alcanzado los objetivos terapéuticos.

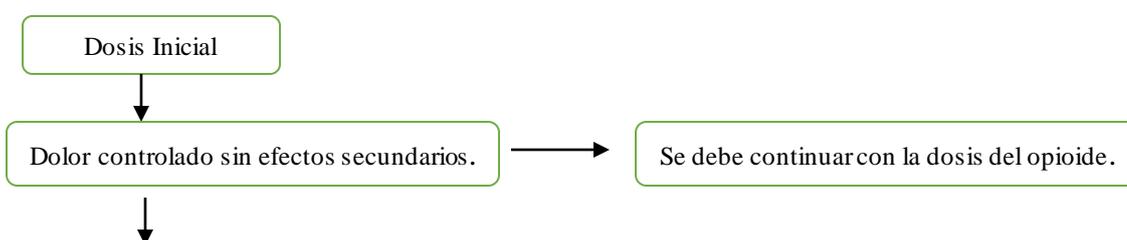
Actualmente, la epidemia de medicinas opioides ha generado una gran carga sanitaria, económica y social en países como Estados Unidos. Ciertamente, la situación del país podría haberse reproducido igualmente del continente europeo y por ende es necesario mantener una extrema vigilancia y medida cautelares para prevenirlos.

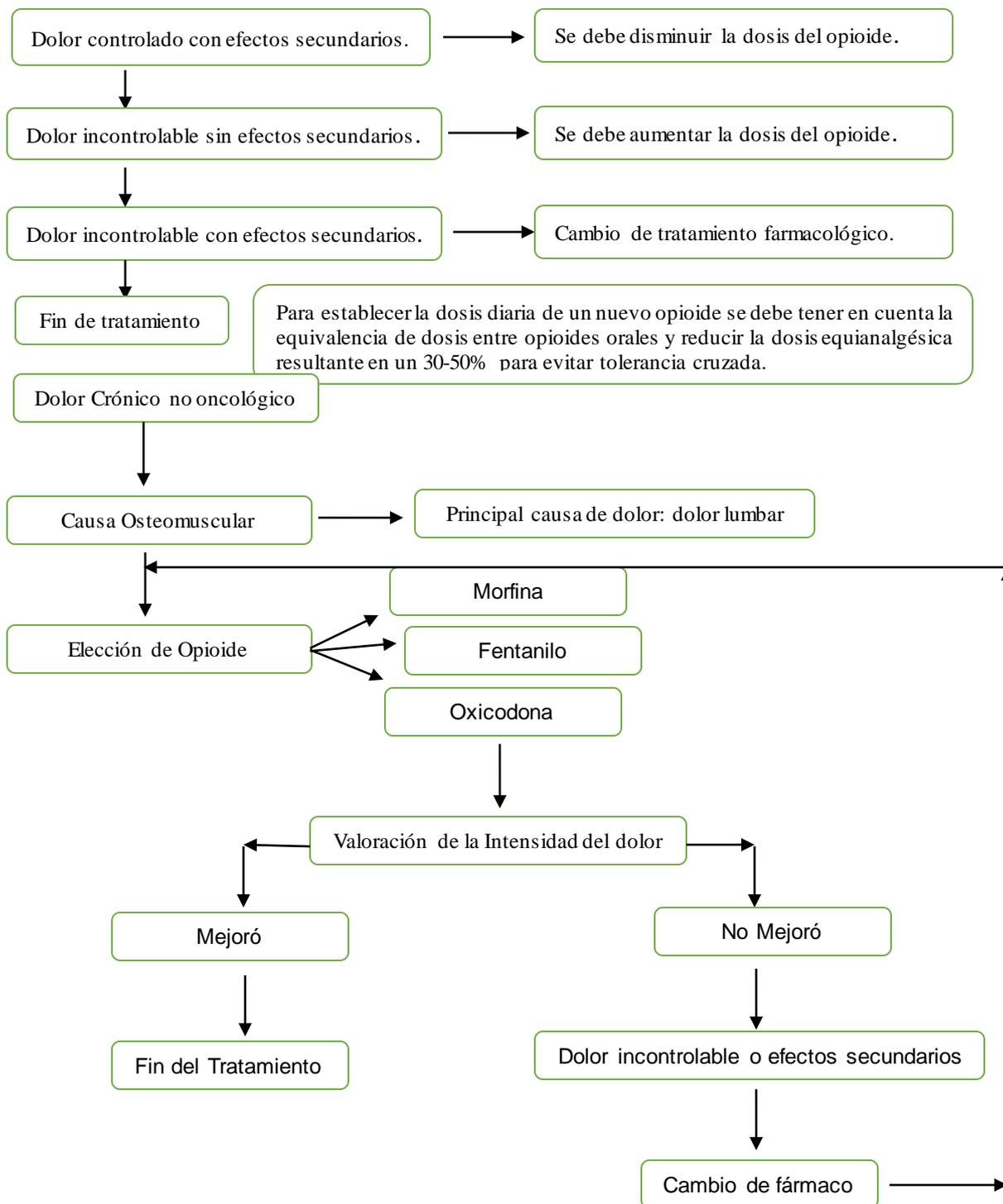
En tal sentido, los autores Regueras & López (2021), señalan que “... con este objetivo, la Delegación del Gobierno de España para el plan nacional sobre drogas introdujo en el año 2017, por primera vez, una serie de preguntas sobre el uso de los medicamentos opioides.” (pág. 142).

En España se ve en mayor cantidad el empleo de fármacos opioides. Siendo así que en 12 meses fue del 6,7% de los sujetos de la muestra de entre 15 y 64 años de edad. El 87% de este uso se vinculó a tramadol y el resto con opioides mayores, considerando la morfina el más empleado con un 8% de los pacientes. La edad promedio de pacientes con opioides se relacionó entre 39 y 53 años y el uso de medicamentos opioides fue levemente superior entre las mujeres del estudio (Regueras & López, 2021). Según estos autores “entre los opioides mayores el más utilizado con diferencia ha sido la morfina, mientras que el fentanilo, en parche o de liberación inmediata, no representó más que el 1,2% del total (similar al tapentadol)” y describen que el 92% de los pacientes tuvieron acceso al medicamento a través de receta médica personalizada, mientras que un 4% lo obtuvieron en la farmacia sin receta y un 3% por su parte lo obtuvieron por medio de allegados y familiares. El 74% de las personas habían seguido las pautas de dosis y duración de tratamiento que habían sido prescritas por el especialista, mientras que un 19 % usó medicamentos opioides en menor dosis o en menor cantidad tiempo del prescrito y un 5% lo habían usado en más dosis y por un período mayor al prescrito.

Del mismo modo, cabe destacar que a diferencia de lo que ocurre en Estados Unidos donde la oxicodona y la hidroformona representan los fármacos más empleado y objeto de abuso, en España el empleo de estas dos moléculas es reducido, presentado en conjunto, solamente un 0,9% del total de opioides. De la misma manera, según lo que agregan los autores, se observan diferencias resaltantes en cuanto a la duración máxima que tienen los tratamientos, siendo el más prolongado el de metadona, considerando que se trata de pacientes en tratamiento para la adicción. El tratamiento con tapentadol es de igual manera relativamente largo con etapas máximas de hasta 290 días de uso extendido. De acuerdo con los precitados autores y según los resultados de su estudio, en España el empleo de opioides presenta un nivel reducido. La mayoría de los pacientes lo emplean bajo estricta vigilancia médica y mediante las pautas prescritas por el especialista.

Propuesta de Algoritmo de manejo de opioides para tratamiento de dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológico.





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En el adulto mayor, es frecuente la presencia de múltiples síndromes geriátricos; en países como Estados Unidos, Colombia, Chile y Ecuador se identificó, que la principal patología asociada a dolor crónico en pacientes geriátricos no oncológicos corresponde a dolores de tipo osteomusculares dentro de los que destacan artralgias, lumbalgia, cervicalgia.

El manejo de dolor crónico en pacientes geriátricos se limita al uso de AINES, sin embargo, en estudios encontrados respaldan el uso de opioides en pacientes geriátricos con enfermedades crónicas, brindando una mejor calidad de vida y mejor control del dolor, encontrándose que una correcta dosificación inicial y de mantenimiento no produce efectos adversos ni abstinencia, por lo que se debe enfocar en tratar el dolor según la intensidad considerando ascensor analgésico establecida por la OMS.

Los riesgos de reacciones adversas, mal empleo y abuso crecen en ausencia de seguimiento médico adecuado durante el empleo de los medicamentos opioides; no obstante, la mayoría de los estudios concluyen que es seguro y eficaz en la medida que se realiza bajo estricta prescripción de un médico debidamente formado y en el marco del sistema sanitario.

Al utilizar analgésicos opioides es preciso iniciar con la mínima dosis analgésica y escalar paulatinamente en caso de que el alivio del dolor lo requiera, evitando así efectos adversos, siendo la morfina el principal opioide usado en el caso de dolor crónico en pacientes geriátricos, seguido de fentanilo, oxicodona y finalmente la metadona asociada con acetaminofén.

Recomendaciones

Es prioritario realizar seguimiento de los pacientes que tienen acceso a medicamentos opioides sin una prescripción médica individual, al igual que aquellos que lo emplean de forma diferente a la establecida por el especialista. Se sugiere prestar atención al uso de opioides sin receta propia, en vista de que es un uso no médico comúnmente identificado donde ha sido asociado al desarrollo de abuso y adicción. Por esta razón, se recomienda la revisión de este tipo de procedimientos de los servicios médicos, el cual debe hacerse por personal profesional calificado y en cumplimiento a la normativa existente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiuso, N., Santelices, J., & Quezada, R. (2017). Manejo del dolor agudo en el servicio de Urgencia. *Rev. Med. Clin. Condes*, 252.
- Acántara, A., & González, A. (2017). Guía del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para la prescripción de opioides en dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*, 281-282.
- Alcántara, A., & González, A. (2017). Eficacia y tolerabilidad de dosis bajas de oxicodona/naloxona de liberación prolongada para el dolor crónico no oncológico en pacientes ancianos con y sin deterioro. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 48-51.
- Alcántara, A., & González, A. (2017). La disminución de opioides puede mejorar los resultados de los pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 204-206.
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2018). Aprender a vivir con el dolor crónico en la vejez. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 349-362.
- Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. (2013). Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Obtenido de: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2017/4/Ecuador.pdf>
- Berrocso, A., De Arriba, L., & Arcega, A. (2018). Abordaje del dolor crónico no oncológico. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 154-159.
- Bilbeny, N. (2019). Dolor crónico en Chile. *Revista Médica Clínica las Condes*, 397-406.
- Bohnert, A., Valenstein, M., Bair, M., Ganoczy, D., Mccarthy, J., Allgen, M., & Blow, F. (2011). Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *JAMA*, 1315-21.
- Buitrago, C., Amaya, D., & Pérez, M. (2015). ¿Qué saben los pacientes con dolor crónico no oncológico sobre los opioides que les formulan? *Repositori de Medicina y Cirugía*, 95-100.
- Calvo, L., & Torres, M. (2017). Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: recomendaciones para una prescripción segura. *Rev Soc Esp Dolor*, 313.
- Calvo, R., & Torres, M. (2017). Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: recomendaciones para una prescripción segura. *Rev Soc Esp Dolor*, 313-323.
- Chaparro, L. E., Furlan, A., Deshpande, A., Mailis-Gagnon, A., Atlas, S., & Turk, D. (2018). Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-16.

- Ciapponi, A. (2021). La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para reportar revisiones sistemáticas. Actualización en la Práctica Ambulatoria.
- Dasgupta, N., Funk, M. J., Proescholdbell, S., Hirsch, A., Ribisl, K., & Marshall, S. (2016). Cohort Study of the Impact of High-Dose Opioid Analgesics on Overdose Mortality. *Pain Medicine*, 83-89.
- De Andres, J., Acuña, J., & Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Med. Clin. Condes*, 674-686.
- Domenichiello, A., & Ramsden, C. (2019). The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 284-290.
- Edlund, M., Martin, B., Russo, J., Devries, A., & Brennan, J. (2014). The Role of Opioid Prescription in Incident Opioid Abuse and Dependence Among Individuals with Chronic Non-Cancer Pain: The Role of Opioid Prescription. *Clin J Pain*, 2-12.
- Fernández, C., Gutiérrez, J., López, R., López, J., & Vioria, M. (2012). Dolor Crónico en el Anciano. Guía de buena práctica clínica en Geriátría Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 26-28.
- Fernández, C., Gutiérrez, J., López, R., López, J., & Vioria, M. (2012). Guía de buena práctica clínica en geriatría, Dolor crónico en el anciano. Madrid: IMC.
- Ghiringhelli, J., Fuentes, R., & O'Reilly, P. (2020). Anestesia libre de opioides en hemiclectomía abierta derecha extendida. Reporte de un caso y revisión. *Revista Chilena de Anestesia*, 49(6). Obtenido de <https://revistachilenedeanestesia.cl/revchilanestv49n06-16/>
- Guzmán, M., Mora, R., Delgado, C., Pérez, A., Rueda, M., & L., G. (2014). Manejo del dolor crónico en Atención Primaria, perfil de prescripción de opiáceos mayores: indicación, coste y efectos secundarios. *Rev Soc Esp Dolor*, 197-204.
- Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago: Naciones Unidas.
- International Association for Hospice and Palliative Care. (2011). *Uso de Opioides en Tratamiento del Dolor, Manual para Latinoamérica*. Houston: IAHPC.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). (2020). INEC. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy. (2011). Declaration of montréal: Declaration that access to pain management is a fundamental human right. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 29-31.

- Kato, E., Dubenitz, J., Shari, L., Foster, D., Hertz, S., & Sokolowska, M. (2019). Reduction or Discontinuation of Long-term Opioid Analgesics, chartered under the Assistant Secretary for Health ADM Brett Giroir, developed this guide: U.S. Department of Health and Human Services, 1-5.
- Krebs, E., Gravelly, A., Nugent, S. J., Deronne, B. G., Kroenke, K., Bair, M., & Noorbaloohi, S. (2018). Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *The SPACE Randomized Clinical Trial*, 872-882.
- López, F., Mínguez, A., Vicario, E., Pastor, A., Sanfeliu, J., & M., O. (2014). Experiencia clínica en cambio de opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *Farmacia Hospitalaria*, 411- 417.
- Manchikanti, L., Kaye, K., Knezevic, N., Mcanally, E., Slavin, K., Trescot, A., Aidyn, S. (2017). Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. *Pain Physician*, S3-S69.
- Marovino, E., Morgillo, A., Mazzarella, M., & Randazzo, M. F. (2022). Methadone: from Chronic Non-Oncological pain and primary Management Of Opioid Hyperalgesia to Disassuefaction Of Painkillers Abuse. *Qeios*, 1-12.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud, Dirección Nacional de Políticas y Modelamiento del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Normatización, 22-24.
- Ministero de Salud Pública. (2021). Reglamento para el uso terapéutico del Cannabis Medicinal. Acuerdo Ministerial 148.
- Moyano, J. (2016). Análisis del Uso de Opiáceos en Colombia desde. Barcelona.
- Nawawi, N., Balboni, M., & Balboni, T. (2012). Palliative care and spiritual care. *Current Opinion in Supportive and Palliative*, 269-274.
- Petzke, F., Bock, F. B., Huppe, M., Nothackerd, M., Norda, H., Radbruchf, L., H Auser, W. (2020). Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: second update of the German guidelines. *Pain Reports*, 1-7.
- Regueras, E., & López, J. (2021). ¿Cómo es el uso de medicamentos opioides en España? Análisis de los datos de la encuesta EDADES 2017. *Revista de la Sociedad Española Multidisplinar del Dolor* (1), 141-148. doi: DOI: 10.20986/mpj.2021.1005/2021

- Rolf-Detlef, T., Winfried, R. B., Qasim, A., Bennett, M., Benoliel, R., Cohen, M., Nicholas, M. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. PAIN, 1003-1007.
- Rosenber, J., Bilka, B., Wilson, S., & Spevak, C. (2018). Opioid Therapy for Chronic Pain: Overview of the 2017 US Department of Veterans Affairs and US Department of Defense Clinical Practice Guideline. Pain Medicine, 928-938.
- Torijano, M., Sánchez, J., Hija, M., & Astier, M. (06 de Junio de 2022). Uso de opioides en pacientes con dolor crónico. Obtenido de <http://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2017/05/Uso-de-opiC3B3ides-en-pacientes-con-Dolor-CrC3B3nico.-FMC-2016.pdf>.
- Tormo, J., Marín, L., González, M., Ruiz, M., Robles, J., & Vivar, M. (2017). Prescripción de opioides mayores en pacientes con dolor no oncológico: descripción de sus características en una zona de salud de atención primaria. Rev Soc Esp Dolor, 19-26.
- Vera, M. (2014). La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico. Rev. enferm. CyL, 23-30.
- Zhirzhán, C., & Alarcón, A. (2017). Prevalencia de efectos adversos del uso de opioides en pacientes con tratamiento de dolor crónico no oncológico en la consulta externa de terapia del dolor de dos Hospitales de Quito periodo enero – abril 2016. Quito.