

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA
ADECUADA PRESCRIPCIÓN DE OPIÁCEOS POTENTES EN PACIENTES
ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO Y DOLOR NEUROPÁTICO. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ 2022 -2023.**

Presentado por

Nubia Páez Contreras

Keile Jessel Rondón Esquivel

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

BOGOTÁ, AGOSTO 2025

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS A LA
ADECUADA PRESCRIPCIÓN DE OPIÁCEOS POTENTES EN PACIENTES
ADULTOS CON DOLOR CRÓNICO Y DOLOR NEUROPÁTICO. HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, BOGOTÁ 2022 -2023.**

**Trabajo de investigación para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

Presentado por
Nubia Páez Contreras

Keile Jessel Rondón Esquivel
Keile.rondon@rosario.edu.co

Tutor metodológico
María Cristina Ospina Medina
mcospina@ces.edu.co

Tutor Temático
Dr. Juan Pablo Elogio Roncancio Muñoz
paliativosydolor@hus.org.co

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

BOGOTÁ, AGOSTO 2025

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Justificación	11
1.3 Pregunta de investigación	12
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Epidemiología	13
2.2 Concepto de Dolor Crónico	14
2.3 Clasificación del Dolor	15
2.4 Escalas de Dolor	17
2.5 Tratamiento	17
2.5 Aspectos fisiológicos de los opioides	19
2.6 Factores de riesgo en el uso de opioides	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo general	23
3.2 Objetivos específicos	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 Enfoque del estudio	24
4.2 Tipo de estudio	24
4.3 Población	24
4.3.1 Criterios de inclusión	24
4.3.2 Criterios de exclusión	25
4.4 Diseño muestral	25
4.5 Descripción de variables	25

4.5.1 Tabla de variables	25
4.5.2 Diagrama de variables	26
4.6 Técnicas de recolección	26
4.6.1 Fuentes de información	26
4.6.2 Instrumento de recolección de información	26
4.6.3 Proceso de obtención de información	27
4.7 Control de sesgos y errores	27
4.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	28
5. CONSIDERACIONES ETICAS	29
6. <i>RESULTADOS</i>	30
7. <i>DISCUSIÓN</i>	44
8.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Enfermedades y afecciones relacionadas con dolor crónico	16
Tabla 2.Descripción de Códigos CIE-10	27
Tabla 3 . Frecuencia de variables sociodemográficas y clínicas de la muestra	30
Tabla 4.Distribución de diagnósticos principales, secundarios y tipo de opioide prescrito	31
Tabla 5.Medidas descriptivas de tendencia central y dispersión para EVA y edad ..	33
Tabla 6.Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para edad y Eva	34
Tabla 7.Análisis bivariado entre variables sociodemográficas y clínicas con la prescripción de opioides potentes	35
Tabla 8. Comparación de edad y EVA según prescripción de opioides potentes (prueba U de Mann–Whitney)	37
Tabla 9.Resumen del modelo de regresión logística ($-2LL$ y pseudo- R^2 de Cox–Snell y Nagelkerke)	39
Tabla 10.coeficientes y razones ($Exp[B]$) del modelo de regresión logística	39
Tabla 11. Tabla de Variables	50

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1. Escala análoga visual.....	17
Figura 2. Diagrama de Variables.....	26
Figura 3. Intervalos de confianza del 95% para la edad según prescripción de opioide potente.....	37
Figura 4. Intervalos de confianza del 95% para la EVA según prescripción de opioide potente.....	38

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico, especialmente el dolor neuropático, constituye un problema de salud pública de gran magnitud debido a su alta prevalencia, impacto en la calidad de vida y carga económica significativa. El uso de opioides para tratar el dolor crónico ha incrementado en los últimos años, pero su empleo está asociado con riesgos significativos, como el abuso, la dependencia y las sobredosis. Aunque no son medicamentos de primera línea, los opioides continúan siendo prescritos con frecuencia, especialmente los analgésicos débiles como el tramadol y los opioides potentes. **Objetivo:** Determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la adecuada prescripción de opiáceos potentes en pacientes con dolor crónico y dolor neuropático atendidos en la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en el periodo 2022-2023 **Metodología:** Estudio de corte transversal con intención analítica donde se incluirán todos los pacientes con diagnóstico de dolor crónico y neuropático en la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en el periodo 2022-2023 que cumplan con los criterios de inclusión del estudio. **Resultados:** Se analizaron 2.021 pacientes atendidos por dolor crónico en el periodo 2022–2023 donde predominó población masculina, rural y en régimen subsidiado. Los diagnósticos más comunes fueron radiculopatía, dolor no especificado y mialgia. La prescripción de opioides potentes alcanzó 75,6 %, sin asociación significativa con edad, género u otras variables; solo se observaron diferencias leves por procedencia y estado civil, no significativas tras el ajuste. **Discusión:** El dolor crónico constituye un reto en salud pública y su manejo suele incluir analgésicos, aunque el uso de opioides potentes debería limitarse a casos específicos. Sin embargo, se observa un aumento en su prescripción en contextos no oncológicos. Este estudio analiza la frecuencia y factores asociados a su uso en pacientes atendidos por dolor en el Hospital Universitario de La Samaritana (2022–2023).

Palabras Clave: Dolor crónico, dolor neuropático, opioides, adecuada prescripción

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain, especially neuropathic pain, constitutes a major public health problem due to its high prevalence, impact on quality of life and significant economic burden. The use of opioids to treat chronic pain has increased in recent years, but their use is associated with significant risks, such as abuse, dependence, and overdose. Although they are not first-line medications, opioids continue to be frequently prescribed, especially weak pain relievers such as tramadol and strong opioids. **Objective:** Determine the sociodemographic and clinical factors associated with the appropriate prescription of powerful opioids in patients with chronic pain and neuropathic pain treated at the E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana in the period 2022-2023 **Methodology:** Cross-sectional study with analytical intent where will include all patients with a diagnosis of chronic and neuropathic pain at the E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana in the period 2022-2023 that meet the study inclusion criteria. **Results:** A total of 2,021 patients with chronic pain were analyzed during 2022–2023, with a predominance of male, rural, and subsidized health insurance populations. The most common diagnoses were radiculopathy, unspecified pain, and myalgia. Prescription of strong opioids reached 75.6%, with no significant association with age, gender, or other variables; only slight differences by residence and marital status were observed, which were not significant after adjustment. **Discussion:** Chronic pain represents a public health challenge and its management often includes analgesics, although the use of strong opioids should be limited to specific cases. However, an increase in their prescription is observed in non-oncological contexts. This study analyzes the frequency and factors associated with their use in patients treated for pain at the Hospital Universitario de La Samaritana (2022–2023).

Key words: Chronic pain, neuropathic pain, opioids, appropriate prescription.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El dolor crónico es considerado un problema de salud pública de gran relevancia, ya que constituye una de las principales causas de consulta médica y representa una carga considerable para los sistemas de salud. Según la Encuesta Nacional de Dolor ACED, el 85,7% de la población colombiana manifestó haber experimentado dolor en el último año, y aproximadamente la mitad (50%) indicó padecer dolor de tipo crónico (1).

Entre las distintas formas de dolor, el neuropático (DN) es uno de los más incapacitantes y difíciles de tratar, pues resulta de una lesión o alteración en el sistema nervioso central o periférico. Sus causas más frecuentes incluyen la diabetes, la neuralgia postherpética, lesiones medulares, accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, cáncer e infección por VIH, además de patologías comunes como radiculopatías lumbares o cervicales, y lesiones nerviosas postraumáticas o posteriores a intervenciones quirúrgicas (2).

La diversidad de etiologías del DN evidencia su alta prevalencia en la población general. Se ha reportado, especialmente en casos de DN periférico, una frecuencia entre el 3,3% y el 17,9%. A nivel global, los estudios epidemiológicos a gran escala estiman cifras entre el 3% y el 10%, con una tendencia al aumento en los próximos años debido al envejecimiento poblacional. Asimismo, pacientes que sufrieron formas graves de COVID-19 durante la pandemia de 2019 presentan riesgo de desarrollar dolor neuropático por complicaciones neurológicas asociadas, como neuropatías dolorosas, accidentes cerebrovasculares o mielitis (3).

El impacto del dolor crónico no solo es clínico, sino también económico. En Estados Unidos, en 2016 los gastos médicos relacionados con esta condición alcanzaron aproximadamente 560 mil millones de dólares anuales, principalmente por pérdida de productividad y discapacidad (4). En Europa, el manejo del dolor representó entre el 1% y el 3% del PIB en 2018 (5). Ejemplos puntuales incluyen Irlanda, con un costo anual de 5,34 mil millones de euros en 2008 (6), y Austria, donde el gasto anual por paciente fue de 572 euros en 2016 (7). En América Latina, Chile estimó en 2016 un costo de 834 millones de dólares, concentrado en patologías como osteoartritis de rodilla, hombro doloroso y osteoartritis de cadera, que representaron

el 0,32% del PIB (5). En México, el costo del dolor crónico no oncológico llegó a representar el 6,6% del PIB en 2006 (8). En Colombia, sin embargo, no existen registros oficiales sobre los costos derivados de su atención.

En los últimos años, la inclusión de opioides en los esquemas terapéuticos para el dolor crónico agudizado y neuropático ha incrementado el riesgo de efectos adversos graves, entre ellos uso indebido, dependencia y muerte por sobredosis (3,7). A nivel nacional e internacional, se observa un aumento significativo en la oferta y demanda de estos fármacos. La prescripción de opioides “menores”, como el tramadol, se ha aproximado a la de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), mientras que el consumo de opioides potentes ha crecido de manera más marcada. No obstante, la evidencia científica señala que los analgésicos opioides no constituyen medicamentos de primera elección para el manejo del dolor, ya sea nociceptivo o neuropático, e incluso pueden estar contraindicados en algunos casos (9).

Diversos factores predisponen al uso inadecuado de opioides, entre ellos el consumo de tabaco o alcohol, el sexo masculino, la juventud, el dolor intenso, el antecedente familiar de abuso de opioides, así como experiencias previas de violencia física o sexual. Igualmente, se han identificado como factores de riesgo la presencia de trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión, estrés postraumático o enfermedad mental grave), así como deficiencias en la anamnesis y en el manejo clínico del dolor, lo cual puede favorecer su uso inapropiado y conducir a la adicción (10).

El dolor crónico y neuropático impacta profundamente en la vida de quienes lo padecen, incrementando la discapacidad y limitando actividades básicas como caminar varias cuadras (10,3%) o subir escaleras (10%). Estas limitaciones favorecen el aislamiento social, la reducción de actividades de ocio, las dificultades laborales y la restricción en la práctica de deportes (11). Además, el 14% de los pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO) reporta no poder desempeñar roles sociales ni labores domésticas (12). Esta condición también se asocia con ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y disminución de la calidad de vida (13). En el ámbito familiar, puede deteriorar la comunicación, la resolución de conflictos y los lazos de apoyo (11,14).

El uso indebido de opioides se define como la utilización de estos medicamentos prescritos para fines distintos al control del dolor, como la mejora del estado de ánimo, el tratamiento del insomnio o con propósitos recreativos, frecuentemente en combinación con alcohol u otras sustancias (12,15). Este fenómeno ha alcanzado dimensiones de crisis social y sanitaria en países como Estados Unidos, Canadá y Australia, con elevados costos para los sistemas de salud y para las familias (14).

En este contexto, y teniendo en cuenta que en Colombia no se dispone de estudios específicos sobre el uso inapropiado de opioides prescritos, resulta prioritario determinar la prevalencia de riesgo en la población y los factores biopsicosociales asociados. Este conocimiento permitirá establecer medidas de seguridad, promover la monitorización del uso adecuado y fortalecer la adherencia a los planes terapéuticos, con el objetivo de prevenir consecuencias negativas para los pacientes y el sistema de salud (15).

1.2 Justificación

El manejo responsable de los opiáceos potentes en el tratamiento del dolor ha adquirido una gran importancia en la práctica médica, dado que su uso implica no solo beneficios clínicos, sino también retos sociales y de seguridad. En escenarios como el dolor agudo, el dolor crónico reagudizado, el dolor oncológico y el neuropático, su administración constituye una herramienta clave para mejorar el bienestar y la funcionalidad de los pacientes. No obstante, su prescripción está condicionada por múltiples factores sociodemográficos y clínicos que influyen tanto en las decisiones médicas como en la forma en que los pacientes experimentan y manifiestan el dolor.

Analizar estos factores se convierte en un aspecto esencial, ya que permite comprender con mayor claridad las razones que guían la indicación de estos medicamentos. Además, identificar las variables que favorecen o dificultan una prescripción adecuada puede aportar insumos para fortalecer los protocolos de atención, optimizando así el uso de opiáceos y disminuyendo riesgos relacionados con la infrautilización o el abuso de estos fármacos.

El periodo 2022-2023 resulta especialmente pertinente para este análisis, pues en los últimos años se ha intensificado la vigilancia y regulación en torno al empleo de opioides, como respuesta al debate global sobre la crisis de consumo. El principal

desafío sigue siendo mantener un equilibrio entre garantizar un manejo eficaz del dolor y preservar la seguridad del paciente. En este sentido, la investigación cobra valor al generar evidencia sobre la influencia de los factores sociodemográficos y clínicos en la prescripción, lo cual podría servir como base para diseñar estrategias más ajustadas a las características de cada persona.

Desde una perspectiva de salud pública, esta investigación también adquiere relevancia, dado que una inadecuada gestión del dolor y el mal uso de opiáceos representan consecuencias negativas tanto para los pacientes como para el sistema de salud, generando un aumento de costos y una carga social considerable. Disponer de información clara sobre los elementos que condicionan la prescripción permitirá optimizar recursos, mejorar los resultados terapéuticos y garantizar que los pacientes reciban tratamientos seguros y efectivos.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la adecuada prescripción de opiáceos potentes en pacientes con dolor cónico y dolor neuropático atendidos en el Hospital Universitario de La Samaritana en el periodo 2022-2023?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Epidemiología

El dolor crónico constituye un problema de salud pública de gran impacto a nivel global, ya que representa un desafío complejo en términos de diagnóstico y tratamiento, debido a la interacción de múltiples factores y a la particularidad de cada paciente. Su prevalencia muestra una amplia variación, con reportes que oscilan entre el 16% y el 70%. Es más común en mujeres, especialmente en mayores de 65 años y en personas con patologías degenerativas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2018 cerca del 20% de la población mundial experimentaba algún tipo de dolor crónico. En Europa, alrededor del 19% de la población lo padece, y un 24% de estos casos se catalogan como de intensidad severa. En España, el 17% de los pacientes presenta dolor crónico, de los cuales el 83% recibe atención en el primer nivel de atención, aunque únicamente un 10% es sometido a una evaluación sistemática de la intensidad del dolor; aun así, el 51% manifestó estar conforme con el tratamiento recibido. (16)

En América Latina, por ejemplo en México, la edad promedio de los pacientes que padecen dolor crónico es de 58 años, siendo los menores de 60 los más afectados. En contraste, en Canadá el 60% de las personas con diagnóstico de dolor crónico se encuentran entre los 18 y 59 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se ha identificado que el 52% de la población adulta que acude a Medicina Familiar entre los 20 y 59 años consulta por dolor crónico, siendo sus principales causas la diabetes mellitus (64%), dorsalgia (25%) y artropatías (10%). (8)

En Colombia, el único estudio de prevalencia publicado en 2014 evidenció que el 69,6% de las personas mayores de 36 años presentaban dolor crónico, mientras que en menores de esa edad la prevalencia era del 30,5%. Asimismo, se encontró que el 56% de las mujeres reportaban sufrirlo. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, la prevalencia de dolor crónico en mujeres en la población general alcanza el 39,6%, afectando a un rango de edad que va de los 15 a los 86 años. (8)

2.2 Concepto de Dolor Crónico

El dolor crónico se entiende como aquel que persiste durante más de tres meses, de manera continua o intermitente, con una intensidad moderada o elevada que repercute de forma significativa en la funcionalidad del paciente. Sus causas pueden estar relacionadas con enfermedades crónicas (diabetes, artritis), lesiones como hernias discales o condiciones primarias como el dolor neuropático, la fibromialgia y la cefalea crónica. Este tipo de dolor afecta entre el 20% y el 50% de la población mundial y se reconoce como una de las principales causas de discapacidad funcional. Quienes lo padecen tienen 1,5 veces más probabilidades de acudir a consultas de atención primaria en comparación con quienes no lo presentan. Aunque puede manifestarse en cualquier edad o grupo social, es más frecuente en adultos mayores y en poblaciones vulnerables. (17)

El dolor crónico es un fenómeno multifactorial con repercusiones profundas en la calidad de vida de los pacientes. Limita su desempeño laboral y social, y se asocia a consecuencias emocionales como ansiedad, alteraciones del sueño, depresión y pérdida del apetito. Además, su manejo suele demandar un alto consumo de recursos en salud, representando un peso económico significativo. Los pacientes con dolor lumbar crónico, por ejemplo, pueden presentar trastornos psicológicos y una percepción distorsionada del dolor. En 2016, se reportó que el 20,4% de los adultos en Estados Unidos sufrían de dolor crónico, con mayor prevalencia en mujeres y adultos mayores. En Europa, la afectación alcanza al 19% de los adultos, mientras que en América Latina la prevalencia también es elevada en países como México y Cuba. (18)

En Colombia, un estudio indicó que el 32% de los encuestados experimentaban dolor crónico, lo cual representa una causa importante de incapacidad laboral. La duración de estas incapacidades fue variable: el 72,7% correspondió a periodos menores de 10 días, mientras que un 4,6% superó los 100 días. Además, se observó un fuerte impacto en el bienestar emocional y en la calidad del sueño, afectando al 51,4% y al 47,1% de los pacientes, respectivamente. (19)

2.3 Clasificación del Dolor

El dolor puede dividirse en **nociceptivo** y **neuropático**.

El **dolor nociceptivo** se subdivide en somático y visceral. El somático se origina en estructuras del sistema osteomuscular, como huesos, articulaciones, tendones o ligamentos, mientras que el visceral proviene de órganos internos. En el caso del dolor musculoesquelético crónico, este suele deberse a lesiones en los tejidos y a disfunciones en los mecanismos centrales de procesamiento del dolor, incluidos los sistemas de analgesia endógena. (20)

Por su parte, el **dolor neuropático** es consecuencia de alteraciones en el sistema nervioso central o periférico. Desde 2018, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) introdujo una nueva categoría denominada **dolor nociplástico**, vinculada principalmente a numerosos casos de dolor musculoesquelético crónico y que contribuye a la persistencia y severidad del cuadro clínico. (20,21)

También se encuentra el **dolor psicógeno**, caracterizado por la ausencia de lesiones estructurales o funcionales evidentes en los tejidos, y que representa alrededor del 1% de los casos de dolor crónico. Este tipo de dolor constituye un motivo frecuente de consulta médica. En Estados Unidos, más de 50 millones de personas, tanto niños como adultos, sufren alguna forma de dolor crónico. Patologías como la lumbalgia, los trastornos musculoesqueléticos y el dolor cervical están entre las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad en dicho país. (22)

Las **causas del dolor neuropático** son amplias y diversas. Entre las de origen periférico se encuentran la neuropatía diabética dolorosa, la neuralgia postherpética, el trauma nervioso o los trastornos autoinmunes. También pueden originarse en lesiones o enfermedades del sistema nervioso central, como el accidente cerebrovascular, la lesión medular, la esclerosis múltiple, el miembro fantasma o la neuralgia del trigémino. En muchos casos la causa permanece desconocida. La fisiopatología y la presentación clínica del dolor neuropático varían según el paciente y la etiología. Los síntomas descritos incluyen dolor con sensación de ardor, intermitente o constante; mientras que en la exploración física pueden presentarse

fenómenos como **alodinia** (dolor ante estímulos normalmente indoloros), **hiperalgesia** (respuesta exagerada al dolor) o pérdida de sensibilidad. (23)

Tabla 1. Enfermedades y afecciones relacionadas con dolor crónico

Sistema afectado	Patologías Asociadas
Musculoesquelético	Síndromes de dolor espinal (p. ej., enfermedad degenerativa del disco con o sin estenosis espinal, post laminectomía y cirugías posteriores a la fusión). Osteoartritis.
Neurológico	Migraña y otros trastornos recurrentes del dolor de cabeza, incluidos dolores de cabeza de tipo tensional. Neuropatías periféricas y traumáticas. Neuropatías del trigémino. Neuralgia. Esclerosis múltiple.
Gastrointestinales	Síndrome del intestino irritable. Enfermedad de Crohn. Colitis ulcerosa. Pancreatitis.
Uroginecológico	Cistitis intersticial (síndrome de dolor de vejiga). Vulvodinia. Endometriosis crónica. Dolor pélvico crónico (masculino y femenino).
Metabólico	Diabetes (neuropatía periférica). Anemia perniciosa
Infeccioso	Neuralgia postherpética. Neuropatía asociada al VIH. Enfermedad de Lyme.
Trastornos autoinmunes	Artritis reumatoide. Lupus eritematoso sistémico. Espondiloartropatías. Síndrome de Sjogren. Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica.
Neoplásico	Síndromes de dolor de sobrevivientes de cáncer

(22) Fuente: Evaluation of chronic pain in adults.

2.4 Escalas de Dolor

En Colombia se llevó a cabo un estudio en el que se valoró la intensidad del dolor mediante una escala cualitativa tipo semáforo, que lo clasificaba como leve (verde), moderado (amarillo) o severo (rojo). Los hallazgos evidenciaron que el 20% de los participantes presentó dolor leve, el 39% dolor moderado y el 41% dolor severo. Asimismo, al analizar los casos en los que el dolor persistía durante tres meses o más, se identificó que el 46% de los encuestados padecía dolor crónico. (19)

Por otro lado, la **Escala Análoga Visual (EVA) Wong Baker Faces Pain Rating Scale** se ha consolidado como una de las herramientas más utilizadas desde la década de 1980 para medir el dolor. Su uso ha sido frecuente en entornos pediátricos hospitalarios, ya que facilita la evaluación de la respuesta de los niños frente al miedo y al estrés asociados a procedimientos como la atención odontológica, siendo comprensible y aceptada incluso por menores desde los tres años de edad. (24)

Figura 1. Escala análoga visual.



Fuente: Pain management in burn

<https://revistachilenadeanestesia.cl/manejo-del-dolor-en-pacientes-quemados>

2.5 Tratamiento

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) establece las pautas para iniciar o continuar el uso de opioides en el tratamiento del dolor crónico, lo que incluye la selección de terapias no farmacológicas, el uso de opioides, el establecimiento de objetivos de tratamiento y la discusión de los riesgos y beneficios con los pacientes. En España, según la intensidad del dolor, el 49% de los pacientes reciben tratamiento con AINEs, el 13% con analgésicos opioides débiles y el 1% con

opioides potentes. En Colombia, se ha observado un incremento en la prescripción de opioides como la codeína (57,7%) y el tramadol (30,9%) en pacientes ambulatorios, siendo el tramadol el más utilizado en pacientes con dolor postoperatorio, con una prescripción médica. del 25,8%. (25,26)

La Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud de 2016 reveló que aproximadamente 50 millones de estadounidenses padecen dolor crónico, de los cuales 19,6 millones fueron diagnosticados con dolor crónico de alto impacto. Entre 2007 y 2012, la prescripción de opioides aumentó un 7,3%. Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en 2017 se estimó que 53,4 millones de personas consumieron opioides, lo que representó un aumento del 56% en comparación con 2016. En respuesta a esta situación, el CDC publicó en 2017 una guía autorizada para la prescripción de opioides para el tratamiento del dolor crónico, excluyendo los casos relacionados con el cáncer, cuidados paliativos y programas de fin de vida. Estos medicamentos se utilizan para tratar diversas condiciones específicas, como neuropatía diabética, dolor lumbar, pancreático. (26)

Según la escala terapéutica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tratamiento del dolor se organiza en tres niveles progresivos, determinados principalmente por la intensidad del dolor experimentado por el paciente. La escalada a un nivel superior solo se realiza si el manejo en el nivel anterior no es efectivo. En un primer momento, se indican los analgésicos correspondientes al primer nivel. Si no se logra alivio, se avanza al segundo nivel, donde se combinan estos con los del primer nivel y, si es necesario, con coadyuvantes. Si aún persiste el dolor, se recurre al tercer nivel, que incluye opioides potentes, en combinación con los fármacos anteriores y coadyuvantes según se requiera.

Primer nivel: Este se emplea en casos de dolor leve, es decir, con una puntuación entre 2 y 4 en la escala analógica visual (27) (29). Es la primera línea terapéutica que debe considerar el personal de salud. En este grupo se incluyen medicamentos como el paracetamol, el metamizol, ibuprofeno, diclofenaco, otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y fármacos coadyuvantes. Mientras que el paracetamol y el metamizol poseen principalmente propiedades analgésicas y antipiréticas, los AINEs presentan una mayor capacidad antiinflamatoria, aunque esta varía según el compuesto.

Debido a su eficacia en el tratamiento del dolor leve, a su disponibilidad sin receta médica y a que pueden combinarse con otros fármacos en etapas posteriores, los AINEs y analgésicos antipiréticos se utilizan como primera opción terapéutica. Por su parte, los coadyuvantes son medicamentos que, aunque no están diseñados específicamente para el alivio del dolor, pueden potenciar el efecto de los analgésicos en ciertos tipos de dolor, como el neuropático. Algunos ejemplos de coadyuvantes son la amitriptilina, carbamazepina, gabapentina y ciertos neurolépticos. En algunos casos, también se utilizan benzodiazepinas, especialmente cuando el paciente presenta ansiedad asociada. (27) (29)

Segundo nivel: Este escalón corresponde al tratamiento del dolor moderado, con una puntuación entre 4 y 6 sobre 10 en la escala analógica visual. En esta etapa se incorporan opioides de baja potencia, combinados con analgésicos no opioides y coadyuvantes si es necesario. Representa un punto intermedio en la estrategia terapéutica del dolor. Entre los fármacos utilizados en este nivel se encuentran el tramadol, la petidina, la pentazocina, junto con los medicamentos coadyuvantes pertinentes. (27) (29)

Tercer nivel: Destinado al manejo del dolor severo, este nivel se aplica cuando la intensidad del dolor es igual o superior a 6 en la escala analógica visual. En esta etapa, se utilizan opioides de alta potencia junto con analgésicos no opioides y coadyuvantes. Se considera la última alternativa en la escalera terapéutica para el control del dolor intenso o muy intenso. Los fármacos comúnmente utilizados en este escalón incluyen la morfina, buprenorfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, además de los coadyuvantes necesarios según el caso. (27) (29)

2.5 Aspectos fisiológicos de los opioides

Tolerancia: La tolerancia es una propiedad común en muchos medicamentos, especialmente en los opioides, ciertos depresores del sistema nervioso central y los nitratos orgánicos. Esta condición se manifiesta cuando se requiere incrementar la dosis del opioide para lograr el mismo efecto terapéutico que se obtenía al inicio del tratamiento. Aunque los mecanismos que originan la tolerancia no están completamente comprendidos, en estudios con animales se ha observado que puede estar relacionada con la activación de enzimas hepáticas microsomales responsables del metabolismo de los fármacos. Sin embargo, el principal factor

implicado en el desarrollo de la tolerancia es un proceso de adaptación a nivel celular, conocido como **tolerancia farmacodinámica**, en el cual intervienen múltiples mecanismos fisiológicos. (30) (31)

Dependencia física: Este término se refiere al proceso mediante el cual el organismo se habitúa a una sustancia, necesitando dosis cada vez mayores para alcanzar el mismo efecto, lo que también está relacionado con el desarrollo de tolerancia. Cuando el consumo de la sustancia se interrumpe de forma repentina, pueden aparecer síntomas tanto físicos como psicológicos, conocidos como síndrome de abstinencia. La dependencia física puede desarrollarse tras el uso prolongado de diversos medicamentos o drogas, incluso si se administran de manera adecuada bajo supervisión médica. Es importante destacar que la dependencia física no equivale necesariamente a una adicción, aunque con frecuencia se presentan juntas. (30) (31)

Adicción: La adicción implica un patrón de consumo compulsivo de una sustancia, lo que constituye el conjunto completo del síndrome de dependencia a drogas o sustancias tóxicas. Es importante no confundir este concepto con la mera **dependencia física**, ya que suelen interpretarse como equivalentes, aunque no lo son. En el caso de la adicción, la persona experimenta un deseo intenso e incontrolable de consumir el analgésico, no con el fin de aliviar el dolor, sino para alcanzar un determinado estado emocional o psicológico placentero. (30) (31)

Sobredosis: Una sobredosis ocurre cuando se administra una cantidad excesiva de un fármaco o sustancia, superando los límites considerados seguros. En el caso de los opioides, las intoxicaciones agudas pueden originarse en cuatro contextos principales: una dosificación médica superior a la indicada (sobredosificación clínica), un consumo accidental en personas con adicción, una exposición involuntaria, o el uso deliberado con fines suicidas o incluso homicidas. (30) (31)

La **sobredosificación clínica** puede originarse a partir de diversas circunstancias, como errores durante la prescripción, fallos en la administración del medicamento o equivocaciones en la cantidad indicada. (30) (31)

Por otro lado, la **sobredosis accidental en personas con adicción** puede producirse debido a un mal cálculo de la dosis, al uso de sustancias con una pureza

superior como ocurre con la heroína , o al consumo de la dosis habitual tras un período de desintoxicación, cuando la tolerancia del organismo ya se ha reducido, haciendo que el cuerpo sea más sensible al efecto del opioide. (30) (31)

La **exposición accidental** representa un riesgo importante, sobre todo en niños y personas mayores. En los más pequeños, se han documentado casos fatales tras la ingestión involuntaria o la aplicación accidental de parches de fentanilo, así como por el consumo de jarabes que contienen morfina, metadona u otros preparados con acción antitusiva o antidiarreica. (30) (31)

En cuanto a las **sobredosis con intención deliberada**, estas pueden presentarse con métodos de administración poco habituales, lo que dificulta su identificación inmediata. (30) (31)

2.6 Factores de riesgo en el uso de opioides

El consumo problemático de opioides no solo está relacionado con los mecanismos neurobiológicos del sistema mesolímbico, sino que también se ha vinculado a predisposiciones genéticas que aumentan la probabilidad de desarrollar dependencia. Un caso representativo es el del receptor opioide, que constituye el principal punto de acción de estos medicamentos. Estudios han sugerido que ciertas variantes genéticas del receptor **OPRM1** podrían incrementar la susceptibilidad a la dependencia de opioides. No obstante, estos hallazgos se han obtenido principalmente en investigaciones realizadas en poblaciones asiáticas, por lo que aún no se ha establecido su frecuencia en otras regiones del mundo. Asimismo, se ha encontrado una posible relación entre el **polimorfismo de la preproencefalina**, una sustancia involucrada en la regulación del dolor, y un riesgo más elevado de desarrollar dependencia a este tipo de fármacos.(32)

Además de los factores genéticos, investigaciones recientes han identificado múltiples variables demográficas y biopsicosociales que inciden en el uso indebido de opioides. Entre estos factores, el **género** resulta significativo: los hombres presentan una mayor tendencia a desarrollar conductas de consumo problemático, lo que se atribuye a un acceso más fácil a los opioides a través de conocidos o familiares, así como a una mayor disposición para adquirirlos en el mercado ilegal.(32)

La **edad** también desempeña un papel relevante, siendo los jóvenes el grupo con mayor riesgo de uso inadecuado. Un estudio llevado a cabo por McCabe et al. reveló que el 84,2 % de los jóvenes consumían opioides recetados para el manejo del dolor, mientras que el 35,1 % lo hacía con fines recreativos.(32)

Con el propósito de disminuir el mal uso y el abuso de opioides prescritos, se han desarrollado diferentes medidas preventivas. Entre ellas se incluyen la implementación de **consentimientos informados** para su prescripción, controles estrictos como el conteo de pastillas, análisis de orina para detectar sustancias, y la utilización de **formulaciones con mecanismos antiabuso**. Estas últimas incluyen presentaciones de liberación prolongada y combinaciones de opioides con antagonistas como el caso de oxicodona/naloxona que buscan minimizar el riesgo de uso indebido.(32)

En el estudio se definió **adecuada prescripción de opiáceos potentes** como la Indicación objetiva de opiáceos cuando el EVA está por encima de 7.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la adecuada prescripción de opiáceos potentes en pacientes con dolor crónico y dolor neuropático atendidos en el Hospital Universitario de La Samaritana en el periodo 2022-2023

3.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con dolor cónico y dolor neuropático del estudio.
2. Determinar los factores sociodemográficos asociados a la adecuada prescripción de opioides potentes en los pacientes incluidos en el estudio.
3. Determinar los factores clínicos asociados a la adecuada prescripción de opioides potentes en los pacientes incluidos en el estudio.
4. Identificar los factores sociodemográficos y clínicos que mejor explican la adecuada prescripción de opioides en los pacientes incluidos en el estudio.

4. METODOLOGIA

4.1 Enfoque del estudio

Se utilizó un enfoque cuantitativo, por lo que se realizó la medición utilizando medidas estadísticas y analizando los resultados en un contexto analítico.

4.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal con intención analítica y fuente de información secundaria.

Se recolectó la información de los pacientes de los años 2022 y 2023 de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana con la finalidad de estimar la relación de los factores sociodemográficos y clínicos en la adecuada prescripción de opiáceos potentes en pacientes con dolor crónico agudizado y dolor neuropático.

4.3 Población

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico CIE-10 (G500, M791, M511, M159, M518, M792, R521, R522, R529) del servicio de urgencias y hospitalización de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá, en los años 2022 y 2023.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico de dolor crónico y dolor neuropático según CIE10
- Pacientes del servicio de urgencias y hospitalización de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana Bogotá.

- Pacientes con prescripción de opioides (Hidromorfona, Morfina, Tramadol) para control de dolor
- Pacientes con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.
- Pacientes con diagnóstico de dolor crónico y dolor neuropático con reporte de eventos adversos secundario a la administración con opioides.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan discapacidad cognitiva que impidan incluir la evaluación de manejo del dolor. (ESCALA EVA).
- Pacientes Gestantes
Pacientes cuyos datos en la historia clínica se encuentren incompletos (edad, sexo, etc.).

4.4 Diseño muestral

Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de dolor crónico y neuropático de la en la E.S.E Hospital Universitario de La Samaritana en el periodo 2022-2023 que cumplan con los criterios de inclusión del estudio.

4.5 Descripción de variables

4.5.1 Tabla de variables

Anexo 1. Tabla 11. Tabla de variables

4.5.2 Diagrama de variables

Figura 2. Diagrama de Variables



4.6 Técnicas de recolección

Las variables fueron recolectadas de la historia clínica, mediante el instrumento mencionado posteriormente.

4.6.1 Fuentes de información

- Fuentes de recolección secundaria: Historias clínicas del periodo establecido donde se extrajeron las variables previamente nombradas.

4.6.2 Instrumento de recolección de información

Teniendo en cuenta las variables para el estudio, se obtuvieron los datos de las historias clínicas, mediante una base de datos anonimizada en Microsoft Excel proporcionada por la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá.

4.6.3 Proceso de obtención de información

Se solicitó a la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá base datos de los pacientes del servicio de urgencias y hospitalización que en los años 2022 y 2023 en lo cual se identificaron los siguientes códigos CIE10:

Tabla 2.Descripción de Códigos CIE-10

CIE-10	Diagnóstico
G500	NEURALGIA DEL TRIGEMINO
M791	MIALGIA
M511	TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
M159	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA
M518	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES
M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE
R522	TRO DOLOR CRONICO
R529	DOLOR, NO ESPECIFICADO

4.7 Control de sesgos y errores

- Sesgo de Selección: Se tomaron todos los pacientes que cumplían con criterios de inclusión.
- Sesgo de información, se previno la ocurrencia de este sesgo de la siguiente forma:
 - Exclusión de pacientes cuyos datos en la historia clínica se encuentren incompletos (edad, sexo, etc.) de acuerdo a la base de datos proporcionada por la institución de salud del estudio.

Sesgo de confusión, se aplica el método multivariado de la regresión logística binaria para determinar el efecto de las variables de manera independiente.

4.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En cuanto al análisis de los datos obtenidos, en primer lugar, se realiza una caracterización de las variables. Para las variables cualitativas (incluidas las variables dependientes de adherencia) se utilizaron medidas y tablas de frecuencia, mientras, para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de resumen.

En segundo lugar, se realizan análisis bivariados de las variables independientes con la dependiente de no adherencia. Para las variables cuantitativas se realizan pruebas de normalidad con las que se definen pruebas T de Student o Mann Whitney.

Para las variables cualitativas se utiliza la prueba Chi cuadrado de independencia o la prueba exacta de Fisher de acuerdo con los valores observados.

Para la interpretación de los resultados se define la significancia estadística con una $p \leq 0.05$. Asimismo, se realiza un análisis multivariado mediante regresión logística binaria, para hallar los factores sociodemográficos y clínicos que mejor explican la no adherencia farmacológica.

El procesamiento y el análisis de los datos se utiliza el software JAMOV con las respectivas licencias correspondientes.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

Se garantiza la protección de datos personales y mantenimiento de confidencialidad de los pacientes involucrados en la investigación, mediante el cumplimiento de los 4 principios éticos que se presentaron ante el comité de ética de la institución de salud.

La información recopilada fue evaluada de manera equitativa para todos los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, se mantuvo la confidencialidad mediante una base de datos anonimizada y el acceso a la base de datos únicamente a los investigadores.

Basados en la resolución 8430 de 1993, artículo 11, se trató de una investigación sin riesgo dado que emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. De acuerdo a los hallazgos del estudio se buscó dar herramientas para que las instituciones y profesionales de la salud desarrollen estrategias para mejorar prescripción de opioides para alivio **del dolor** y una reducción de riesgos como el abuso de opiáceos.

El estudio se realizó con documentos científicos aprobados, justificados y referenciados para darle claridad al estudio. En ningún momento se favoreció a un tercero o un particular.

Aval del comité de ética en investigación de la ESE. Hospital Universitario de la Samaritana según acta No 9-2025 del 01 de Julio 2025 .

Se da constancia de que el proyecto respeta los derechos de autor y el software que se utilice en el análisis de resultados tendrá su respectiva licencia.

Contará con un tiempo de 5 años de protección, tiempo que va a ser protegida por clave después de la publicación, este archivo será guardado en el one drive de la Universidad solo tendrán acceso exclusivo para los investigadores.

6. RESULTADOS

Caracterización sociodemográfica y clínica y descriptivos de EVA/edad

Tabla 3 . Frecuencia de variables sociodemográficas y clínicas de la muestra

	N	%
Género		
Mujer	695	34.4%
Hombre	1326	65.6%
Estado laboral		
Desempleado	323	16.0%
Empleado	1578	78.1%
Estudiante	100	4.9%
Pensionado	20	1.0%
Estado civil		
	N	%
Soltero	994	49.2%
Unión libre	382	18.9%
Viudo	110	5.4%
Régimen de salud		
	N	%
Contributivo	719	35.6%
Subsidiado	1302	64.4%
Procedencia		
	N	%
Rural	1702	84.2%
Urbano	319	15.8%
Consumo de sustancias psicoactivas		
	N	%
No	1901	94.1%
Si	120	5.9%

El conjunto analizado reúne 2.021 registros. En términos de sexo, la población es mayoritariamente masculina con 1.326 hombres (65,6%) frente a 695 mujeres (34,4%). El mercado laboral presenta alta inserción en empleo formal o informal: 1.578 personas (78,1%) están registradas como empleadas, mientras 323 (16,0%) figuran desempleadas, 100 (4,9%) son estudiantes y 20 (1,0%) pensionadas. Este patrón sugiere una población predominantemente activa, con una fracción desempleada no. Respecto al estado civil, la estructura se concentra en solteros: 994 (49,2%), seguida de unión libre: 382 (18,9%), casados: 456 (22,6%), divorciados: 79 (3,9%) y viudos: 110 (5,4%); la combinación de casi 7 de cada 10

personas sin vínculo conyugal legal (soltero + unión libre = 1.376; 68,1%) puede relacionarse con redes de apoyo distintas y potencialmente con trayectorias de uso de servicios y adherencia terapéutica.

Desde la perspectiva del aseguramiento en salud, predomina el régimen subsidiado con 1.302 individuos (64,4%) frente a 719 contributivos (35,6%), un indicador indirecto de vulnerabilidad socioeconómica que también podría explicar parte de las diferencias de prescripción y de oportunidad de atención. La procedencia refuerza ese perfil: 1.702 personas (84,2%) provienen de zonas rurales, y solo 319 (15,8%) de áreas urbanas; en otras palabras, por cada paciente urbano hay $\approx 5,3$ rurales, lo que sugiere un patrón de demanda fuertemente rural y la necesidad de ajustar por esta variable ante posibles diferencias de oferta de servicios, disponibilidad de fármacos y criterios de manejo del dolor. En consumo de sustancias psicoactivas la prevalencia autorreportada es baja (120 sí; 5,9% vs 1.901 no; 94,1%).

Tabla 4. Distribución de diagnósticos principales, secundarios y tipo de opioide prescrito

Nombre diagnostico principal		
	N	%
Dolor crónico intratable	54	2.7%
Dolor, no especificado	452	22.4%
Mialgia	342	16.9%
Neuralgia del trigémino	82	4.1%
Neuralgia y neuritis, no especificadas	86	4.3%
Otro dolor crónico	237	11.7%
Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	45	2.2%
Poliartrosis, no especificada	195	9.6%
Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	528	26.1%
Nombre diagnostico secundario		
	N	%
Artritis reumatoidea	58	2.9%
Diabetes mellitus insulino-requiriente	109	5.4%
Diabetes mellitus no insulino-requiriente	28	1.4%
Ninguna	1771	87.6%

Osteocondrosis vertebral, no especificada	55	2.7%
Medicamento		
	N	%
Hidromorfona	497	24.6%
Metadona	521	25.8%
Morfina	510	25.2%
Tramadol	493	24.4%

En cuanto al perfil clínico, se aprecia que está dominado por cuadros musculoesqueléticos y radiculares, con una fracción menor de neuralgias puras. El diagnóstico principal más frecuente es trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía con 528 casos (26,1%), seguido de dolor, no especificado con 452 (22,4%), mialgia con 342 (16,9%) y otro dolor crónico con 237 (11,7%); después aparecen poliartritis no especificada con 195 (9,6%) y el bloque neuropático craneal/periférico (neuralgia del trigémino 82; 4,1% y neuralgia/neuritis no especificadas 86; 4,3%), más otros trastornos de discos intervertebrales 45 (2,2%) y dolor crónico intratable 54 (2,7%). Si agrupamos por fisiopatología, los diagnósticos nociceptivos/inespecíficos (dolor no especificado, mialgia, poliartritis, otro dolor crónico e intratable) suman aproximadamente 63,3% de los casos, mientras que los neuropáticos (radiculopatía, neuralgia del trigémino, neuralgia/neuritis y otros de disco) rondan 36,7%; esto anticipa que, aun cuando el dolor neuropático es muy relevante, la mayoría de la demanda proviene de condiciones nociceptivas o inespecíficas. En diagnósticos secundarios, no se consignó comorbilidad en 1.771 historias (87,6%); entre las registradas destacan diabetes insulino-requiriente 109 (5,4%), artritis reumatoidea 58 (2,9%), osteocondrosis vertebral 55 (2,7%) y diabetes no insulino-requiriente 28 (1,4%), proporciones bajas que sugieren escasa codificación de comorbilidad o una casuística predominantemente musculoesquelética sin enfermedades sistémicas mayores documentadas, hecho que conviene considerar como posible subregistro al interpretar efectos clínicos. En la terapéutica opioide, la prescripción se reparte casi en cuartos: metadona 521 (25,8%), morfina 510 (25,2%), hidromorfona 497 (24,6%) y tramadol 493 (24,4%); combinados, los opiáceos potentes (metadona, morfina e hidromorfona) alcanzan 1.528 indicaciones (75,6%) frente a tramadol 24,4%, lo que refleja una práctica intensiva de uso de potentes en esta cohorte, probablemente influida por la alta

carga de radiculopatía (26,1%) y neuralgias (\approx 8,4%), pero también por una proporción grande de dolor no especificado (22,4%), donde la elección del fármaco puede depender más de la intensidad percibida que de la etiología.

Tabla 5. Medidas descriptivas de tendencia central y dispersión para EVA y edad

	EVA	EDAD
Media	4.03	53.41
Mediana	5.00	55.00
Moda	5.00	57.00
Desv. Desviación	1.81	17.90
Asimetría	-1.31	-0.19
Curtosis	0.30	-0.72
Máximo	0.00	15.00
Mínimo	10.00	95.00

En cuanto a los descriptivos se aprecia que el EVA se concentra en valores intermedios-altos con media 4,03, mediana 5,0 y moda 5,0, lo que indica un punto de dolor dominante en la escala (ya sabíamos que el 5 es el valor más frecuente). La desviación estándar es 1,81, relativamente baja respecto al rango 0–10, lo que sugiere dispersión limitada alrededor de ese centro; además, la asimetría negativa (-1,31) muestra una distribución sesgada hacia la izquierda, con mayor densidad por encima del 5 y cola hacia los valores bajos. En paralelo, la edad presenta media 53,41, mediana 55,0 y moda 57,0, con desviación estándar 17,90 y un rango amplio 15–95 años, compatible con una cohorte heterogénea a lo largo del ciclo vital. La asimetría es leve y negativa (-0,19), lo que sugiere una distribución prácticamente simétrica con ligera cola hacia edades menores, sin indicios de sesgo marcado.

- **Prueba de normalidad**

Antes de la realización de métodos bivariados o multivariados se realizó la prueba de normalidad para verificar si las variables continuas edad y EVA cumplían el supuesto de distribución normal, condición que orienta la elección de métodos paramétricos (p. ej., t-de Student, ANOVA) o no paramétricos (Mann–Whitney, Kruskal–Wallis) en los análisis bivariados y ayuda a decidir cómo especificarlas en los modelos.

Tabla 6. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para edad y Eva

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Edad	0.050	2021	0.000
Eva	0.443	2021	0.000

El test de Kolmogórov–Smirnov rechaza normalidad para Edad ($D=0,050$; $p<0,001$) y, con mucha más fuerza, para Eva ($D=0,443$; $p<0,001$). Con $n=2.021$ el K–S es muy sensible: en Edad la desviación es pequeña ($D=0,05$) y probablemente refleja ligera asimetría; en Eva la no normalidad es marcada, consistente con la distribución (un pico en 5 = 72,8 % y valores discretos de 0–10).

- **Análisis bivariado**

Esta sección resume el análisis bivariado entre los factores sociodemográficos y clínicos y la prescripción de opioides potentes (sí/no, Potentes: Hidromorfona, Metadona, Morfina; No potentes: Tramadol), con el fin de identificar diferencias iniciales antes del modelamiento ajustado. Se aplicaron chi-cuadrado para variables categóricas y Mann–Whitney para comparar edad y EVA entre grupos, reportando proporciones, estadísticos y p para orientar qué covariables pasan al modelo multivariado.

- **Análisis bivariado de factores sociodemográficos y clínicos vs. prescripción de opioides potentes**

Tabla 7. Análisis bivariado entre variables sociodemográficas y clínicas con la prescripción de opioides potentes

		No	Si	Chi cuadrado	Valor p
GENERO	Femenino	172	523	0.072	0.785
	Masculino	321	1005		
SITUACIÓN LABORAL	DESEMPLEADO	87	236	1.360	0.715
	EMPLEADO	377	1201		
	ESTUDIANTE	24	76		
	PENSIONADO	5	15		
ESTADO_CIVIL	Casado	91	365	9.639	0.047
	Divorciado	17	62		
	Soltero	270	724		
	UnionLibre	89	293		
	Viudo	26	84		
REGIMEN DE SALUD	Contributivo	176	543	0.004	0.948
	Subsidiado	317	985		
PROCEDENCIA	Rural	429	1273	4.350	0.028
	Urbano	64	255		
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	No	462	1439	0.143	0.705
	Si	31	89		
NOMBRE DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Dolor crónico intratable	11	43	11.472	0.176
	Dolor, no especificado	115	337		
	Mialgia	91	251		
	Neuralgia del trigémino	10	72		
	Neuralgia y neuritis, no especificadas	21	65		
	Otro dolor crónico	68	169		
	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	11	34		
	Poliartrosis, no especificada	44	151		
	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	122	406		

En el análisis bivariado, contrastando con el con opioide potente sí/no como desenlace, la prevalencia global de prescripción de potentes fue alta (1.528/2.021 = 75,6%), con diferencias modestas entre subgrupos. Género no mostró asociación ($\chi^2=0,072$; $p=0,785$): las mujeres recibieron potentes en 523/695 = 75,2% y los

hombres en $1.005/1.326 = 75,8\%$. La situación laboral tampoco evidenció diferencias ($\chi^2=1,360$; $p=0,715$), con proporciones muy cercanas entre empleados ($1.201/1.578 = 76,1\%$), desempleados ($236/323 = 73,1\%$), estudiantes ($76/100 = 76,0\%$) y pensionados ($15/20 = 75,0\%$). En régimen de salud las curvas prácticamente se superponen ($\chi^2=0,004$; $p=0,948$): contributivo $543/719 = 75,5\%$ frente a subsidiado $985/1.302 = 75,6\%$. Tampoco hubo señal en consumo de sustancias psicoactivas ($\chi^2=0,143$; $p=0,705$): sí $89/120 = 74,2\%$ versus no $1.439/1.901 = 75,7\%$. Donde sí aparecen diferencias estadísticas es en estado civil y procedencia. Para estado civil el contraste global fue significativo ($\chi^2=9,639$; $p=0,047$), con proporciones que oscilan entre $71,3\%$ en “otro dolor crónico” y $79,6\%$ en “dolor crónico intratable”; traducido a estados civiles, la prescripción de potentes fue $365/456 = 80,0\%$ en casados, $62/79 = 78,5\%$ en divorciados, $724/994 = 72,8\%$ en solteros, $293/382 = 76,7\%$ en unión libre y $84/110 = 76,4\%$ en viudos, lo que sugiere mayor uso en casados frente a solteros dentro del patrón general. En procedencia se observa una diferencia de tamaño intermedio ($\chi^2=4,350$; $p=0,028$) pero en sentido urbano > rural: urbano $255/319 = 79,9\%$ frente a rural $1.273/1.702 = 74,8\%$, diferencia de 5,1 p.p. que podría reflejar disponibilidad y prácticas prescriptivas distintas por nivel de atención. En el bloque de diagnóstico principal las proporciones específicas varían—desde $73,4\%$ en mialgia ($251/342$) hasta $87,8\%$ en neuralgia del trigémino ($72/82$) y $79,6\%$ en dolor crónico intratable ($43/54$), pasando por $76,9\%$ en radiculopatía ($406/528$)—pero el contraste global con nueve categorías no alcanzó significación ($\chi^2=11,472$; $p=0,176$), probablemente por dispersión en celdas y pérdida de potencia; esto justifica agrupar diagnósticos por fisiopatología (neuropático vs nociceptivo/inespecífico) para el modelamiento. En conjunto, el panorama descriptivo indica que, con una prescripción de potentes $\sim 76\%$ constante entre la mayoría de subgrupos, las diferencias estadísticamente detectables en esta etapa se concentran en procedencia y estado civil, mientras género, situación laboral, régimen y SPA no muestran asociaciones crudas. clave, para estimar efectos ajustados y descartar confusión residual.

- **Comparación de edad y EVA por prescripción**

Tabla 8. Comparación de edad y EVA según prescripción de opioides potentes (prueba U de Mann–Whitney)

	EDAD	EVA
U de Mann-Whitney	376267,500	362340,500
W de Wilcoxon	1544423,500	1530496,500
Z	-,034	-1,624
Sig. asin. (bilateral)	,973	,104

Al contrastar, la edad ni la eva se evidencia que no difieren entre quienes recibieron opioide potente y quienes no. Para edad, $U=376\ 267,5$, $Z=-0,034$, $p=0,973$, lo que implica distribuciones prácticamente idénticas entre grupos. Para eva, $U=362\ 340,5$, $Z=-1,624$, $p=0,104$, sin alcanzar significación al 5%. En términos prácticos, no hay evidencia bivariada de que mayor edad o mayor dolor (medido por EVA como continua) se asocien con una mayor probabilidad de prescripción de opiáceos potentes en esta cohorte; cualquier diferencia real, si existe, sería mínima. (Figuras 1 y 2)

Figura 3. Intervalos de confianza del 95% para la edad según prescripción de opioide potente

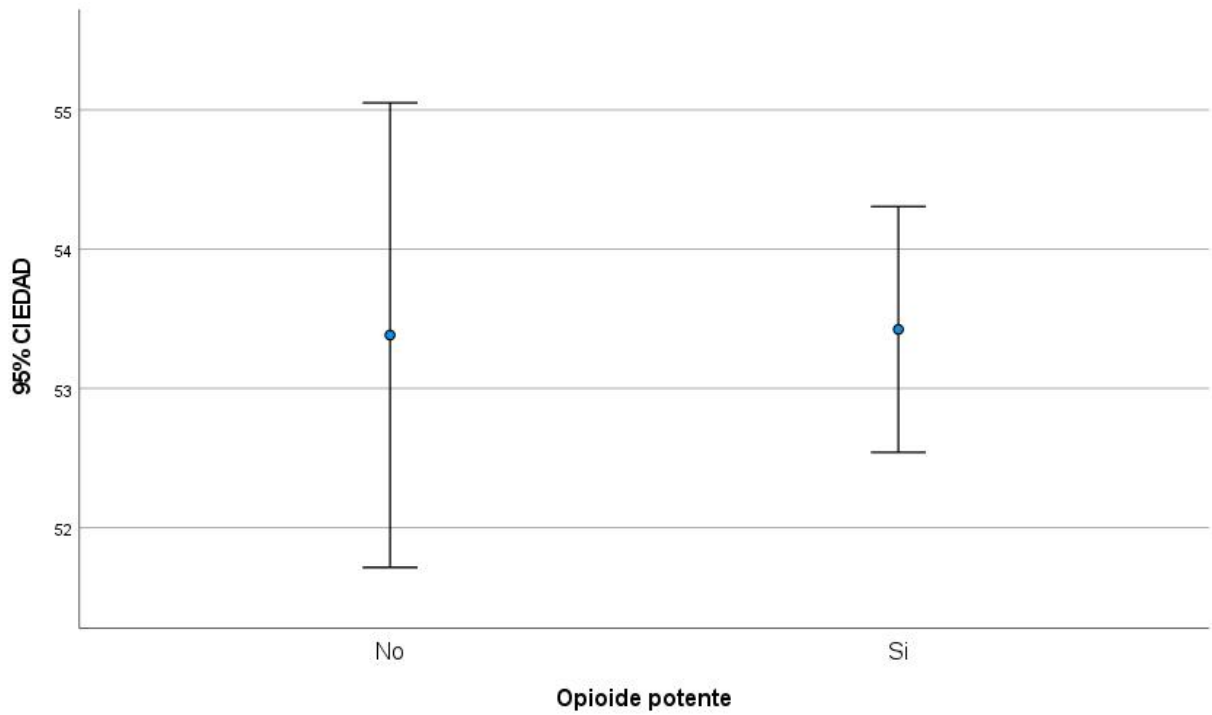
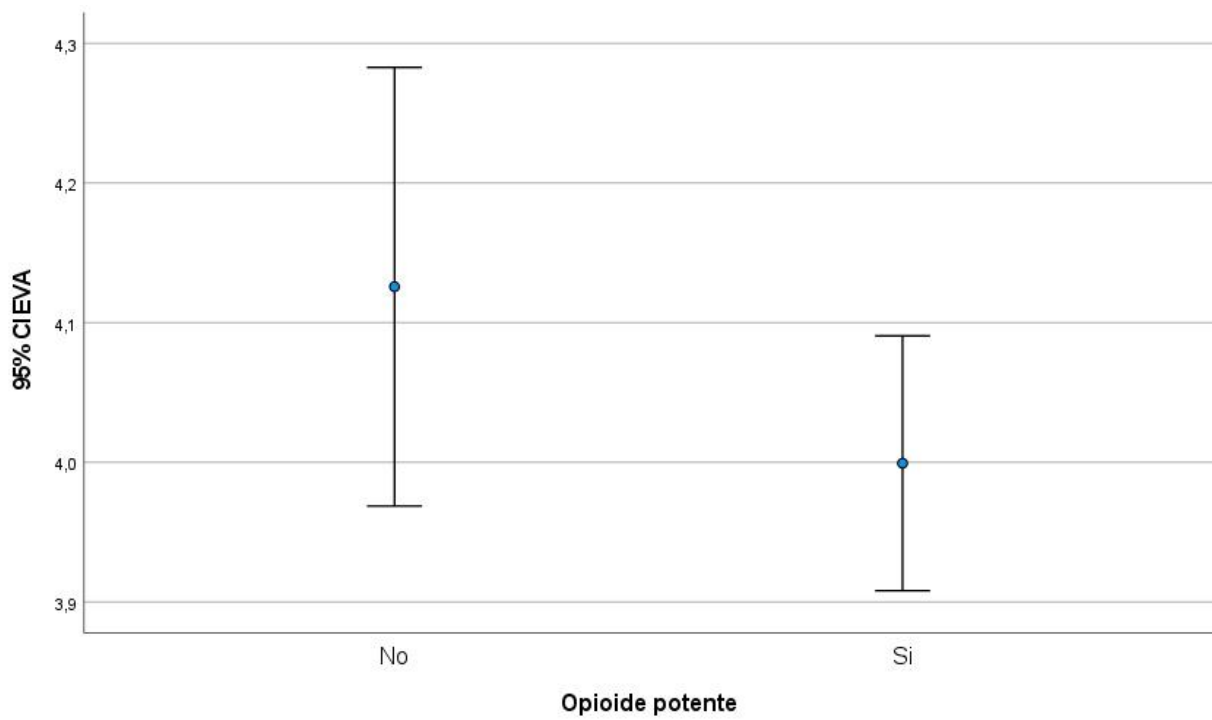


Figura 4. Intervalos de confianza del 95% para la EVA según prescripción de opioide potente.



- **Análisis multivariado**

Esta sección presenta el análisis multivariado orientado a estimar asociaciones ajustadas entre los factores sociodemográficos y clínicos y la prescripción de opioides potentes (sí/no). Se modeló la probabilidad del desenlace incorporando como covariables edad, género, situación laboral, estado civil, procedencia y EVA (inicialmente como continua), con contraste de categorías para las variables cualitativas y reporte de odds ratios (Exp[B]) con IC95 % y p. El objetivo es identificar efectos independientes controlando confusión y comprobar si las señales observadas en el bivariado (p. ej., procedencia y estado civil) se mantienen tras el ajuste. Dado que el desenlace es común (~75,6 %).

Tabla 9. Resumen del modelo de regresión logística (-2LL y pseudo-R² de Cox-Snell y Nagelkerke)

Resumen del modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	2206,707 ^a	,008	,012

El resumen del modelo sugiere capacidad explicativa y mejora sobre el nulo prácticamente marginal. El -2 log verosimilitud = 2206,707 describe el ajuste del modelo estimado; sin el valor del modelo nulo no podemos cuantificar la reducción exacta del deviance, pero los pseudo-R² de Cox-Snell = 0,008 y de Nagelkerke = 0,012 indican que el conjunto de predictores apenas explica 0,8–1,2 % de la variabilidad en la probabilidad de prescripción de opioide potente. En una muestra de 2.021 pacientes con desenlace común (75,6 %), estos valores tan bajos son coherentes con lo observado en los bivariados y en los coeficientes individuales (p>0,05 en la mayoría):

Tabla 10. Coeficientes y razones (Exp[B]) del modelo de regresión logística

	B	Error estándar	Wald	gl	OR (Exp(B))	IC95% OR (Límite inferior – superior)
EDAD	-,002	,003	,259	1	0,998	0,992 – 1,004
GENERO	,048	,110	,189	1	1049	0,846 – 1,299
SITUACIÓN LABORAL			2,132	2	—	—
SITUACIÓN LABORAL (1)	,203	,143	2,037	1	1226	0,925 – 1,625
SITUACIÓN LABORAL (2)	,252	,288	,767	1	1287	0,732 – 2,264
ESTADO_CIVIL			9,782	4	—	—
ESTADO_CIVIL(1)	,203	,263	,598	1	1225	0,731 – 2,051
ESTADO_CIVIL(2)	,170	,366	,216	1	1186	0,581 – 2,422
ESTADO_CIVIL(3)	-,220	,255	,746	1	0,803	0,487 – 1,323
ESTADO_CIVIL(4)	-,021	,275	,006	1	0,979	0,571 – 1,678
PROCEDENCIA	,236	,154	2,353	1	1266	0,935 – 1,714
EVA	-,040	,030	1,769	1	0,960	0,905 – 1,020
Constante	,936	,465	4,062	1	2550	1,025 – 6,343

La regresión logística con prescripción de opioide potente (sí/no) como desenlace, ajustada por edad, género, situación laboral, estado civil, procedencia y EVA, no identifica predictores independientes con evidencia estadística sólida; los tamaños de efecto son pequeños y todos los IC95 % de las OR incluyen la unidad. En edad, $B=-0,002$ ($EE=0,003$; $Wald=0,259$; $p=0,610$) implica $OR=0,998$ por año adicional (IC95 %: 0,992–1,004), sin gradiente. En género (ref. femenino), $B=0,048$ ($EE=0,110$; $p=0,664$) corresponde a $OR=1,049$ (IC95 %: 0,846–1,299), sin diferencia

relevante. Para situación laboral el contraste global no es significativo ($\chi^2=2,132$; $gl=2$; $p=0,344$) y, frente a empleado, los niveles muestran efectos débiles: desempleado $OR=1,226$ (IC95 %: 0,925–1,625; $p=0,154$) y estudiante $OR=1,287$ (IC95 %: 0,732–2,264; $p=0,381$). En estado civil aparece señal global ($\chi^2=9,782$; $gl=4$; $p=0,044$), pero ningún contraste individual frente a la referencia es significativo: casado $OR=1,225$ (IC95 %: 0,731–2,051; $p=0,439$), unión libre $OR=1,186$ (IC95 %: 0,581–2,422; $p=0,642$), divorciado $OR=0,803$ (IC95 %: 0,487–1,323; $p=0,388$) y viudo $OR=0,979$ (IC95 %: 0,571–1,678; $p=0,940$). Para procedencia (ref. urbano) se observa una tendencia no concluyente: $OR=1,266$ rural vs urbano (IC95 %: 0,935–1,714; $p=0,125$). EVA tratada como continua tampoco muestra relación lineal: $OR=0,960$ por punto (IC95 %: 0,905–1,020; $p=0,184$), coherente con su distribución discreta y concentrada. El desempeño global es limitado (pseudo- R^2 Cox–Snell $\approx 0,008$; Nagelkerke $\approx 0,012$), esperable con un desenlace muy común (75,6 %); la constante $OR=2,55$ (IC95 %: 1,025–6,343; $p=0,044$) refleja esa probabilidad basal alta de uso de potentes.

En conjunto, con $n=2.021$ la probabilidad de prescripción de opioides potentes es alta y relativamente homogénea entre subgrupos sociodemográficos; las diferencias crudas vistas en procedencia (79,9 % urbano vs 74,8 % rural) y la heterogeneidad por estado civil se atenúan al ajustar y sus IC95 % amplios sugieren incertidumbre más que efectos consistentes.

Análisis de Resultados

La cohorte incluyó 2.021 pacientes atendidos por dolor en 2022–2023. Predominaron los hombres (65,6 %; 1.326/2.021) y la población laboralmente activa (78,1 % empleados), con 16,0 % desempleados, 4,9 % estudiantes y 1,0 %

pensionados (Tabla 1). Casi siete de cada diez no tenían vínculo conyugal formal (solteros 49,2 % y unión libre 18,9 %); el régimen subsidiado fue mayoritario (64,4 %), y la procedencia rural ampliamente dominante (84,2 %). El consumo de SPA fue bajo (5,9 %). Clínicamente, el diagnóstico principal más común fue trastorno de disco lumbar/radiculopatía (26,1 %), seguido de dolor no especificado (22,4 %) y mialgia (16,9 %); las neuralgias sumaron $\approx 8,4$ %, mientras que las categorías nociceptivas/inespecíficas en conjunto representaron $\approx 63,3$ % (Tabla 2). La prescripción analgésica se concentró en opiáceos potentes (metadona 25,8 %, morfina 25,2 %, hidromorfona 24,6 %) frente a tramadol 24,4 %; combinados, los potentes alcanzaron 75,6 % de las indicaciones (1.528/2.021).

Antes de comparar grupos, se verificaron supuestos para variables continuas. Edad y EVA rechazaron normalidad (K–S $D=0,050$ y $0,443$; $p<0,001$), siendo la no normalidad marcada para EVA por su concentración en 5 (mediana 5,0; moda 5,0; DE 1,81) (Tabla 3 y 6). La edad mostró mediana 55 años (DE 17,9; rango 15–95). En consecuencia, se usaron contrastes no paramétricos para las comparaciones bivariadas de continuas.

En el bivariado con desenlace opioide potente (sí/no), la prevalencia global de potentes fue 75,6 % y se mantuvo estable entre subgrupos (Tabla 4). No hubo asociación con género ($\chi^2=0,072$; $p=0,785$), situación laboral ($\chi^2=1,360$; $p=0,715$), régimen ($\chi^2=0,004$; $p=0,948$) ni SPA ($\chi^2=0,143$; $p=0,705$). Se observaron diferencias para procedencia ($\chi^2=4,350$; $p=0,028$), con urbano 79,9 % vs rural 74,8 %, y heterogeneidad por estado civil ($\chi^2=9,639$; $p=0,047$): casados 80,0 % vs solteros 72,8 % (otros niveles entre 76–79 %). Aunque las proporciones por diagnóstico variaron (p. ej., neuralgia del trigémino 87,8 % vs mialgia 73,4 %), el contraste global

de las nueve categorías fue no significativo ($\chi^2=11,472$; $p=0,176$), sugiriendo dispersión y pérdida de potencia. En las comparaciones de edad y EVA entre quienes recibieron y no recibieron potentes, Mann–Whitney fue negativo (Edad: $U=376.267,5$; $Z=-0,034$; $p=0,973$; EVA: $U=362.340,5$; $Z=-1,624$; $p=0,104$), con tamaños de efecto triviales, y IC95 % de la media por grupo ampliamente solapados (Figuras 1 y 2).

El modelo logístico ajustado por edad, género, situación laboral, estado civil, procedencia y EVA no identificó efectos independientes robustos (Tabla de “Variables en la ecuación”). Las odds ratios fueron cercanas a 1 y sus IC95 % cruzaron la unidad: edad OR=0,998 por año ($p=0,610$); género OR=1,049 varón vs mujer ($p=0,664$); desempleado OR=1,226 ($p=0,154$) y estudiante OR=1,287 ($p=0,381$) vs empleado; procedencia OR=1,266 rural vs urbano ($p=0,125$); EVA OR=0,960 por punto ($p=0,184$). Estado civil mostró señal global ($\chi^2=9,782$; $p=0,044$), pero sin contrastes individuales significativos: casado OR=1,225 ($p=0,439$), unión libre OR=1,186 ($p=0,642$), divorciado OR=0,803 ($p=0,388$), viudo OR=0,979 ($p=0,940$). En desempeño global, los pseudo- R^2 fueron bajos (Cox–Snell $\approx 0,008$; Nagelkerke $\approx 0,012$) y el $-2LL=2206,707$, coherentes con un desenlace muy prevalente y con los bivariados sin efectos claros.

En conjunto, los resultados describen una probabilidad alta y relativamente homogénea de prescripción de opiáceos potentes en esta población, sin gradientes relevantes por edad, género o estatus laboral, y con señales modestas en procedencia (urbano > rural) y estado civil que se atenúan tras el ajuste.

7.DISCUSIÓN

El presente estudio evidencia una alta prevalencia de prescripción de opioides potentes (75,6 %) en pacientes atendidos por dolor, lo que contrasta con reportes de la literatura internacional donde la indicación de opioides suele reservarse para casos refractarios o de dolor oncológico. Este hallazgo sugiere que, en el contexto del Hospital Universitario de La Samaritana, los opioides potentes constituyen una estrategia de primera línea en diversas condiciones musculoesqueléticas y radiculopatías, incluso cuando existen alternativas terapéuticas disponibles.

A diferencia de lo descrito en otros escenarios, en esta cohorte la prescripción no mostró asociaciones significativas con edad, género, régimen de salud ni situación laboral, lo que refuerza la idea de un patrón de prescripción homogéneo e independiente de factores sociodemográficos. Aunque se observaron diferencias en

procedencia (urbano > rural) y estado civil (casados > solteros), estas asociaciones fueron débiles y se atenuaron tras el ajuste multivariado, lo que sugiere que podrían estar relacionadas con características contextuales de la atención más que con determinantes individuales.

El predominio de diagnósticos nociceptivos/inespecíficos (63,3%) plantea un reto adicional: la falta de precisión diagnóstica puede favorecer el uso de opioides como recurso inmediato, limitando la aplicación de estrategias multimodales de manejo del dolor. Además, el escaso registro de comorbilidades en las historias clínicas dificulta evaluar la seguridad y pertinencia de estas prescripciones en poblaciones con mayor riesgo de efectos adversos.

Estos resultados resaltan la necesidad de protocolizar el manejo del dolor en la institución, promoviendo terapias no farmacológicas y racionalizando el uso de opioides potentes, especialmente en contextos rurales y de mayor vulnerabilidad socioeconómica, donde la disponibilidad de alternativas terapéuticas puede ser limitada. Asimismo, refuerzan la importancia de fortalecer el registro clínico y el monitoreo farmacológico para evitar fenómenos de sobreutilización y dependencia.

En conjunto, este estudio contribuye a la evidencia local mostrando que, en esta población, la prescripción de opioides potentes es altamente frecuente y poco diferenciada por características clínicas o sociales, lo que plantea oportunidades para mejorar la calidad del registro clínico y las prácticas de prescripción, alineándolas con las guías internacionales de manejo del dolor.

8.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La prescripción de opioides potentes en el Hospital Universitario de La Samaritana durante 2022–2023 fue muy alta (75,6 %), lo que evidencia una práctica clínica intensiva en el manejo farmacológico del dolor.
2. La cohorte se caracterizó por predominio de hombres (65,6 %), población laboralmente activa (78,1% empleados), con mayoría en régimen subsidiado (64,4%) y procedencia rural (84,2%), lo que refleja un perfil sociodemográfico vulnerable y con acceso limitado a servicios urbanos de salud.
3. Los diagnósticos más frecuentes fueron radiculopatía/discopatía (26,1%), dolor no especificado (22,4%) y mialgia (16,9%). Al agrupar por fisiopatología, los dolores nociceptivos/inespecíficos representaron ≈63% y los neuropáticos ≈37%.
4. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la prescripción de opioides potentes y variables como edad, género, situación laboral, régimen de salud o consumo de sustancias psicoactivas.
5. Se identificaron diferencias leves por procedencia (urbano 79,9% vs rural 74,8%) y estado civil (casados 80% vs solteros 72,8%), pero al ajustar en modelos multivariados, estas asociaciones perdieron fuerza.
6. El modelo multivariado presentó bajo poder explicativo (pseudo-R² <1,2%), lo que indica que la prescripción de opioides potentes es homogénea y poco dependiente de factores sociodemográficos o clínicos analizados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACED ACpeEdD. Estudio del Dolor. Encuesta Nacional del dolor 2012 [cited 2014 10/10/2014]. Available from: [http://www.dolor.org.co/encuesta/7ma Encuesta Nacional de Dolor.pdf](http://www.dolor.org.co/encuesta/7ma%20Encuesta%20Nacional%20de%20Dolor.pdf).
2. Alcántara-Montero SRPV. Abordaje farmacológico del dolor neuropático: pasado, presente y futuro [Internet]. Neurologia.com. 2022 [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/202138>.
3. Buitrago CL, Rodríguez CH, Ibarra NA, Velásquez AF, Molina BM. Vista de Analgésicos opioides en pacientes hospitalizados: Hospital de San Jpsé de Bogotá DC, Colombia [Internet]. Edu.co. [citado el 11 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/698/739>
4. Dahlhamer JM, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, Debar L, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults — United States, 2016. Vol. 67, Morbidity and Mortality Weekly Report. Department of Health and Human Services; 2018. p. 1001–6.
5. Cluster Salud. Uno de cada cinco chilenos puede sufrir de dolor crónico. [Internet]. Noviembre 2020. 2020 [cited 2020 May 9]. p. 1.
6. Dahlhamer JM, Lucas J, Zelaya C, Nahin R, Mackey S, Debar L, et al. Prevalence of chronic pain and high-impact chronic pain among adults — United States, 2016. Vol. 67, Morbidity and Mortality Weekly Report. Department of Health and Human Services; 2018. p. 1001–6.
7. Raftery MN, Ryan P, Normand C, Murphy AW, De La Harpe D, McGuire BE. The economic cost of chronic noncancer pain in Ireland: Results from the PRIME study, part 2. J Pain. 2012;13(2):139–45.
8. Covarrubias-Gómez. Epidemiología del dolor crónico en México. 2010 [Internet]. 2010 [cited 2020 Apr 18];33:207–13.
9. Henche Ruiz AI, Domínguez JMP. CLAVES PARA UN USO ADECUADO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. 2019; VOLUMEN 27, No 4.
10. Gomez ese ribero OF, Seija butnaru D, Vivas garcia SM, Gutierrez ortiz AJ. Recomendaciones para la prescripción segura de opioides en pacientes con historia o riesgo de abuso. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2022 [citado el 11 de

noviembre de 2023];28(6):343–9. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113480462021000700343.

11. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, María A. Consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico en la edad adulta. Scoping Review. Rev Saude Publica [Internet]. 2020 [cited 2020 May 23];54.
12. Linda Cocchiarella, MD, MScScott Manaker, MD P. Disability assessment and determination in the United States [Internet]. 2021. 2021 [cited 2020 Aug 29]. p. 1.
13. Ortiz L, Velasco M. Dolor Crónico Y Psiquiatría. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(6):866–73.
14. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: An overview of Cochrane Reviews [Internet]. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017 [cited 2020 Aug 31].
15. Victoria GE maría. Dolor crónico no oncológico: a dónde estamos y a donde queremos ir. Elsevier. 2018;1(Dolor crónico no oncológico: dónde vamos y donde queremos ir):1.
16. López M, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. Boletín Farmacoter Castilla-La Mancha [Internet]. 2014;XV(1):2–10.
17. James C. Watson M. Dolor crónico - Trastornos neurológicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. 2020. 2020 [cited 2020 May 17]. p. 1.
18. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. Vol. 160, Pain. Lippincott Williams and Wilkins; 2019. p. 28–37.
19. Guerrero Liñero AM, Gómez López MP. Prevalencia del dolor cronico en colombia.VIII Estudio Nacional de Dolor 2014. Asoc Colomb Neurol [Internet]. 2014;1–44.
20. López M, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. Boletín Farmacoter Castilla-La Mancha [Internet]. 2014;XV(1):2–10.
21. Bazterrica IA, Martín MÁG, Cuadrado FM. Abordaje no farmacológico del dolor. FMC Form Medica Contin en Aten Primaria [Internet]. 2020;27(3):145–53. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.09.009>

22. David Tauben, MD Brett R Stacey M. Evaluación del dolor crónico no canceroso en adultos [Internet]. 2022. 2022 [cited 2020 Mar 30]. p. 1.
23. Lowe KM, Robinson DR. Pain management for patients with chronic kidney disease in the primary care setting. Nurse Pract [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2020 Apr 18];45(1):18–26.
24. José Eduardo Orellana-Centeno, Morales-Castillo V, González-Osorio M. Escala Visual Análoga Wong-Baker FACES® y su Utilidad en la Odontología Infantil. Rev Salud y Adm. 2018;5(9):51–7.
25. MacHado-Alba JE, Serna-Echeverri LS, Valladales-Restrepo LF, MacHado-Duque ME, Gaviria-Mendoza A. Use of Tramadol or Other Analgesics in Patients Treated in the Emergency Department as a Risk Factor for Opioid Use. Pain Res Manag. 2020;2020.
26. Richard Rosenquist M. Use of opioids in the management of chronic non-cancer pain. [Internet]. 2022. 2022 [cited 2022 Jul 15]. p. 1.
27. J. Romero. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? [Internet]. 2008. 2008 [cited 2021 Apr 27]. Etchegoyen C. Dolor crónico en el paciente oncológico II [Internet]. 2002. 2002 [cited 2021 Apr 27].
28. Etchegoyen C. Dolor crónico en el paciente oncológico II [Internet]. 2002. 2002 [cited 2021 Apr 27]. p. 1.
29. OMS. Tratamientos farmacológicos. Escala analgésica de la OMS. [Internet]. 2016. 2017 [cited 2020 Oct 11]. p. 1.
30. N'Dow James Dr. Asociación Europea de Urología. Guías de Bolsillo. 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 7]; Available from: www.uroweb.org
31. Fajardo-Zapata Á-L, Caicedo-Murte N-P. Riesgo de la prescripción de opioides para el manejo del dolor. 1ISSN: 2346-2000 (En línea) Rev Colomb Enferm. Volumen 20. Número III. el 6 de invierno de 2021;1–18. <https://doi.org/10.18270/rce.v20i3.336>
32. Kaye, A.D. et al. Prescription Opioid Abuse in Chronic Pain: An Updated Review of Opioid Abuse Predictors and Strategies to Curb Opioid Abuse: Part 1. Pain Physician 2017; 20: S93-S109.
33. McCabe SE, West BT, Boyd CJ. Motives for medical misuse of prescription opioids among adolescents. The Journal of Pain 2013;14: 1208-1216

ANEXOS

Anexo 1

Tabla 11. Tabla de Variables

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORIAS O VARIABLES
Edad	Años cumplidos	Cuantitativo	Continua	Años	No aplica
Género	Sexo biológico del paciente	Cualitativo	Nominal	No aplica	0. Hombre 1. Mujer
Situación laboral	Ocupación actual	Cualitativo	Nominal	No aplica	0. Empleado 1. Desempleado 2. Pensionado 3. Estudiante
Estado civil	Estado sentimental actual	Cualitativo	Nominal	No aplica	0. Soltero (a) 1. Casado / Unión libre 2. Viudo (a) 3. Divorciado (a)
Régimen de salud (SGSS)	Régimen al cual se encuentra afiliado el paciente	Cualitativo	Nominal	No aplica	0. Subsidiado 1. Contributivo
Procedencia	Lugar donde reside el paciente	Cualitativo	Nominal	No aplica	0. Rural 1. Urbano
Rango de severidad de dolor medidas a través de la Escala Verbal Análoga	Niveles de dolor de acuerdo con la valoración subjetiva en la Escala Verbal Análoga (EVA)	Cualitativo	Ordinal discreta	Numérica	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Consumo de sustancias psicoactivas	La administración de cualquier sustancia que produzca alteración en SN, sin	Cualitativo	Nominal	No aplica	0. No 1. Si

VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORIAS O VARIABLES
	prescripción médica.				
Patología dolorosa relacionada	Enfermedad física que genera percepción sensorial displacentera que puede llegar a limitar las actividades de la vida diaria y calidad de vida.	Cualitativa	Nominal	CIE-10	Grupo 0: Dolor Lumbar Grupo1: Osteoartritis, artropatía inflamatoria, cervicalgia, dolor musculoesquelético Grupo2: Cefaleas, dolor craneofacial Grupo 3: Dolor somático (nociceptivo y/o visceral) Grupo4: Fibromialgia, dolor neuropático
Patologías crónicas relacionadas	Enfermedad física que padece una persona.	Cualitativa	Nominal	CIE-10	CIE-10