

Calidad de vida y consumo de opioides en personas con dolor crónico musculoesquelético sometidas a rehabilitación basada en evidencias

Yanet Torres * 

Universidad Santander, Panamá

Johana Gutierrez 

Universidad Santander, Panamá

Nitzia González 

Universidad Santander, Panamá

Resumen

El dolor crónico musculoesquelético es un reto de salud pública por discapacidad y dependencia de opioides. La rehabilitación basada en evidencia reduce el consumo de opioides y mejora la calidad de vida. Este estudio retrospectivo y transversal evaluó la asociación entre rehabilitación basada en evidencia, consumo de opioides y calidad de vida en 78 pacientes de una clínica de rehabilitación en Panamá (2023-2026), con dolor crónico musculoesquelético y registro documentado de opioides. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Predominaron mujeres (58%) y hombres con dosis altas de opioides (42%). Las patologías más frecuentes fueron lumbalgia crónica (34.6%), artrosis de rodilla (26.9%), cervicalgia (21.8%) y fibromialgia (16.7%). Tras la rehabilitación, el consumo de opioides se redujo 41%; el SF-36 aumentó +22 puntos, la EVA disminuyó 3.1 y el ODI 18 puntos. Las mujeres mostraron mayor mejora en calidad de vida y los hombres mayor reducción de opioides. Estos hallazgos coinciden con Busse et al. y las recomendaciones del CDC. Se garantizó confidencialidad y principios de beneficencia y no maleficencia. El estudio aporta evidencia para integrar programas de rehabilitación en políticas de salud que disminuyan la dependencia de opioides y optimicen la calidad de vida.

Palabras clave: Dolor crónico musculoesquelético; Opioides; Rehabilitación basada en evidencia; Calidad de vida; Fisioterapia; Estudio retrospectivo.

*Correspondencia: yaneth.torres@mail.santander.edu.pa

Este artículo es de acceso abierto distribuido bajos los términos y condiciones de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY)

Quality of life and opioid consumption in people with chronic musculoskeletal pain undergoing evidence-based rehabilitation.

Abstract

Chronic musculoskeletal pain is a public health challenge due to disability and opioid dependence. Evidence-based rehabilitation reduces opioid use and improves quality of life. This retrospective, cross-sectional study assessed the association between evidence-based rehabilitation, opioid consumption, and quality of life in 78 patients at a rehabilitation clinic in Panama (2023–2026) with chronic musculoskeletal pain and documented opioid use. Sociodemographic, clinical, and functional variables were analyzed. Women predominated (58%), while men showed higher-dose opioid use (42%). The most frequent conditions were chronic low back pain (34.6%), knee osteoarthritis (26.9%), neck pain (21.8%), and fibromyalgia (16.7%). After rehabilitation, opioid consumption decreased by 41%; SF-36 increased by 22 points, VAS decreased by 3.1, and ODI by 18 points. Women reported greater quality-of-life improvement, whereas men showed a greater reduction in opioid use. These findings align with Busse et al. and CDC recommendations. Confidentiality and the principles of beneficence and non-maleficence were ensured. This study supports integrating rehabilitation programs into health policies to reduce opioid dependence and optimize quality of life.

Keywords: Chronic Musculoskeletal Pain; Opioids; Evidence Based Rehabilitation; Quality Of Life, Physiotherapy; Retrospective Study.

Qualidade de vida e consumo de opioides em pessoas com dor musculoesquelética crônica submetidas à reabilitação baseada em evidências

Resumo

A dor musculoesquelética crônica é um desafio de saúde pública devido à incapacidade e à dependência de opioides. A reabilitação baseada em evidências reduz o consumo de opioides e melhora a qualidade de vida. Este estudo retrospectivo e transversal avaliou a associação entre reabilitação baseada em evidências, consumo de opioides e qualidade de vida em 78 pacientes de uma clínica de reabilitação no Panamá (2023–2026), com dor musculoesquelética crônica e registro documentado de opioides. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais. Predominaram mulheres (58%) e homens com doses altas de opioides (42%). As patologias mais frequentes foram lombalgia crônica (34,6%), artrose de joelho (26,9%), cervicália (21,8%) e fibromialgia (16,7%). Após a reabilitação, o consumo de opioides reduziu 41%; o SF-36 aumentou +22 pontos, a EVA diminuiu 3,1 e o ODI 18 pontos. As

mulheres mostraram maior melhora na qualidade de vida e os homens maior redução de opioides. Esses achados coincidem com Busse et al. e as recomendações do CDC. Garantiu-se a confidencialidade e os princípios de beneficência e não maleficência. O estudo fornece evidências para integrar programas de reabilitação em políticas de saúde que diminuam a dependência de opioides e otimizem a qualidade de vida.

Palavras-chave: Dor musculoesquelética crónica; Opioides; Reabilitação baseada em evidências; Qualidade de vida; Fisioterapia; Estudo retrospectivo.

1. Introducción

El dolor crónico musculoesquelético (DCME) constituye uno de los principales retos de salud pública a nivel mundial, afectando a una amplia proporción de la población global, siendo la lumbalgia y la artrosis las patologías más prevalentes (Hoy et al., 2014). Este tipo de dolor se asocia de forma directa con niveles elevados de discapacidad, pérdida de productividad y un severo deterioro de la calidad de vida, además de incentivar un alto consumo de analgésicos opioides. El uso prolongado de opioides para el manejo del DCME ha generado creciente preocupación en las instituciones sanitarias. Según datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2024), decenas de millones de personas consumen opioides globalmente, con una preocupante expansión de opioides sintéticos que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad. Aunque estos fármacos ofrecen un alivio sintomático transitorio, su efectividad en el dolor musculoesquelético crónico no oncológico es limitada y conlleva riesgos sustanciales de tolerancia, hiperalgesia y dependencia (Busse et al., 2017; Keogh, 2022).

En Latinoamérica y el Caribe, el patrón de prescripción de opioides presenta marcadas diferencias interregionales. Mientras que la morfina y el tramadol continúan siendo pilares en la atención paliativa y oncológica, se observa un incremento progresivo en su uso prescrito para afecciones musculoesqueléticas no cancerosas (Pereira & Ramírez, 2019; Pastrana et al., 2021). Diversas pautas clínicas internacionales, incluidas las guías actualizadas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), hacen hincapié en que las intervenciones no farmacológicas —tales como el ejercicio terapéutico supervisado y la rehabilitación física multimodal— deben constituir la primera línea de tratamiento antes o a la par del desmonte gradual (tapering) de opioides (Dowell et al., 2022).

En Panamá, la consolidación de redes asistenciales y equipos interdisciplinarios ha permitido avanzar hacia un manejo más integral del dolor crónico. No obstante, el DCME continúa posicionándose entre las causas más recurrentes de consulta en atención primaria y rehabilitación física (Ponce Rivera et al. 2026). Evidencia acumulada en la literatura científica resalta que las intervenciones físicas estructuradas reducen moderadamente el dolor y optimizan la capacidad funcional sin generar los efectos adversos asociados a la farmacoterapia opioide (Geneen et al., 2017; Kamper et al., 2015).

Este panorama evidencia la urgencia de evaluar en el contexto latinoamericano y panameño la efectividad de los programas de rehabilitación basados en la evidencia sobre la reducción del consumo de opioides y la optimización de la calidad de vida. El presente estudio retrospectivo y transversal tiene como objetivo evaluar la asociación entre la rehabilitación basada en evidencia y los resultados de salud sobre el consumo de opioides y la calidad de vida en pacientes con DCME en Panamá, considerando variables sociodemográficas, clínicas y funcionales.

2. Metodología

Diseño del estudio

El estudio corresponde a una cohorte retrospectiva, transversal y desde un análisis descriptivo-analítico, orientado a evaluar el proceso de la rehabilitación basada en evidencia en la reducción de la dosis de consumo de opioides y la mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico musculoesquelético.

Población y muestra

La población estuvo conformada por pacientes atendidos en una clínica de rehabilitación entre enero de 2023 y diciembre de 2026. Se seleccionó una muestra de 78 pacientes mediante muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, todos con diagnóstico confirmado de dolor crónico musculoesquelético (≥ 6 meses de evolución) y registro documentado de uso de opioides.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico clínico confirmado de dolor crónico musculoesquelético (≥ 6 meses de evolución), incluyendo lumbalgia crónica, artrosis de rodilla, cervicalgia o fibromialgia.
- Registro médico documentado de consumo de opioides durante el periodo de estudio (tipo de fármaco, dosis y duración).
- Participación en programas de fisioterapia y rehabilitación basados en evidencia.

Criterios de exclusión

- Pacientes con dolor agudo musculoesquelético (< 6 meses de evolución).
- Diagnóstico de cáncer activo o dolor oncológico.
- Historia de trastornos psiquiátricos graves que pudieran interferir con la evaluación clínica o funcional.
- Expedientes clínicos incompletos o ausencia de datos documentados sobre consumo de opioides.
- Pacientes que no participaron en programas de fisioterapia estructurada durante el periodo de estudio.

Hipótesis

El estudio corresponde a una cohorte retrospectiva con componente transversal y análisis descriptivo-analítico, orientado a evaluar el proceso de rehabilitación basada en evidencia en la reducción de la dosis de consumo de opioides y la mejora de la calidad de vida en pacientes con dolor crónico musculoesquelético. Dado que se emplean pruebas inferenciales, se plantean hipótesis direccionales y nulas. La hipótesis general sostiene que los pacientes que participan en programas de rehabilitación basada en evidencia presentan una reducción significativa del consumo de opioides y una mejor calidad de vida, ajustado por variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Como hipótesis específicas, se espera que la exposición a rehabilitación se asocie con menor prevalencia de uso, menor dosis diaria equivalente de morfina y menor duración del consumo; que los expuestos muestren mejores puntuaciones en SF-36, EVA y ODI; y que variables como sexo, edad, ocupación, patología principal y tiempo de evolución se asocien de forma independiente con los resultados. Estas hipótesis se contrastarán con chi cuadrado, t de Student y regresión logística multivariada, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Variables analizadas

- Sociodemográficas: sexo, edad, ocupación.
- Clínicas: patología principal, tiempo de evolución del dolor.
- Farmacológicas: tipo de opioide utilizado (tramadol, morfina, oxicodona, codeína, entre otros), dosis diaria promedio, duración del consumo.
- Funcionales: calidad de vida y funcionalidad, evaluadas mediante escalas validadas: SF-36, Escala Visual Análoga (EVA) y Oswestry Disability Index (ODI).

Procedimiento

Se revisaron los expedientes clínicos y se extrajeron los datos relevantes mediante un formulario estandarizado diseñado para este estudio. La división por sexo se realizó considerando la mayor prevalencia de dolor en mujeres y la tendencia más marcada al consumo de opioides en hombres. Los programas de rehabilitación incluyeron ejercicio terapéutico supervisado, terapia manual, educación en dolor y estrategias de autocuidado, atendiendo a la duración, frecuencia, número de sesiones, intensidad, profesionales responsables y criterios de progresión aplicados de manera estructurada y documentada en los registros clínicos.

Basada en evidencia tuvo una duración de 12 semanas (rango 8–16), con 2–3 sesiones semanales de 45–60 minutos (24–36 sesiones totales). Incluyó ejercicio terapéutico aeróbico y de fuerza (RPE 11–14/20 o 40–70 % 1RM), terapia manual (10–20 min/sesión), educación en dolor (15–20 min, 1–2 veces/semana) y autocuidado domiciliario (15–20 min/día). Fue supervisado por fisiatra,

fisioterapeuta, psicólogo y enfermera. La progresión se basó en reducción del dolor ≥ 2 puntos en EVA, mejoría funcional ≥ 10 % en ODI y adherencia ≥ 80 %. Todos los parámetros se extrajeron de los expedientes clínicos.

Análisis estadístico

Los datos fueron procesados utilizando software estadístico especializado. Se aplicaron pruebas de **chi-cuadrado** para el análisis de variables categóricas, **t de Student** para la comparación de medias y **regresión logística multivariada** para identificar factores asociados con la reducción de la dosis de consumo de opioides. Se consideró un nivel de significancia estadística de **p < 0.05**.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el comité de bioética institucional correspondiente. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la codificación anónima de los expedientes clínicos y se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. Al tratarse de un estudio retrospectivo, se aplicaron procedimientos de consentimiento informado diferido, conforme a las normativas nacionales vigentes.

3. Resultados

La muestra estuvo conformada por 78 pacientes con diagnóstico confirmado de dolor crónico musculoesquelético y registro documentado de uso de opioides. La distribución por sexo mostró una mayor prevalencia de dolor en mujeres (58%, n=45), mientras que los hombres (42%, n=33) presentaron una tendencia más marcada al consumo de opioides en dosis altas. La edad promedio fue de 52.4 años (DE ± 11.2), con un rango entre 28 y 74 años.

Las patologías más frecuentes fueron lumbalgia crónica (34.6%), artrosis de rodilla (26.9%), cervicalgia (21.8%) y fibromialgia (16.7%). En mujeres predominó la fibromialgia y la artrosis de rodilla, mientras que en hombres se observó mayor prevalencia de lumbalgia crónica y cervicalgia.

Tabla 1. Distribución de pacientes por sexo y patología principal.

Patología	Mujeres (n=45)	Hombres (n=33)	Total (%)
Lumbalgia crónica	12 (26.7%)	15 (45.5%)	27 (34.6)
Artrosis de rodilla	14 (31.1%)	7 (21.2%)	21 (26.9)
Cervicalgia	9 (20.0%)	8 (24.2%)	17 (21.8)
Fibromialgia	10 (22.2%)	3 (9.1%)	13 (16.7)

Fuente: Elaboración propia con base en los registros clínicos del estudio (enero 2023 – febrero 2026).

La distribución por sexo y patología evidencia que la lumbalgia crónica es más frecuente en hombres (45.5%), mientras que la artrosis de rodilla y la fibromialgia predominan en mujeres. Este patrón coincide con lo descrito por Hoy et al. (2014), quienes reportaron mayor prevalencia de lumbalgia en varones, y con estudios de Branco et al. (2010), que señalan una mayor incidencia de artrosis y fibromialgia en mujeres. Estos hallazgos sugieren diferencias de género en la presentación

clínica del dolor musculoesquelético, lo que debe considerarse en el diseño de intervenciones terapéuticas.

Tabla 2. Consumo de opioides antes y después de la rehabilitación.

Variable	Inicio del estudio	Final del estudio	Reducción (%)
Dosis media diaria (mg)	68.4	40.3	41 %
Duración promedio (meses)	14.2	8.1	43 %

Fuente: Elaboración propia con base en los registros clínicos del estudio (enero 2023 – febrero 2026).

La dosis media diaria de opioides se redujo en 41 % tras la intervención, mientras que la duración promedio del consumo disminuyó en 43%, lo que refleja clínicamente un aspecto significativo en la reducción de la dependencia farmacológica. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Busse et al. (2017), quienes demostraron que las intervenciones no farmacológicas, especialmente el ejercicio terapéutico, reducen la necesidad de opioides en pacientes con dolor crónico. Asimismo, Dowell et al. (2022) en la guía del CDC enfatizan que la fisioterapia y las terapias multimodales deben considerarse como primera línea para disminuir la dependencia de opioides, lo que respalda la efectividad observada en este estudio.

Tabla 3. Principales opioides consumidos por sexo y patología.

Patología	Mujeres (n=45) Opioide principal	n (%)	Hombres (n=33) Opioide principal	n (%)
Lumbalgia crónica	Tramadol	8 (17.8%)	Oxicodona	10 (30.3%)
Artrosis de rodilla	Codeína	9 (20.0%)	Tramadol	5 (15.2%)
Cervicalgia	Tramadol	7 (15.6%)	Morfina	6 (18.2%)
Fibromialgia	Codeína	10 (22.2%)	Tramadol	3 (9.1%)

Fuente: Elaboración propia con base en los registros clínicos del estudio (enero 2023 – febrero 2026).

El análisis del consumo de opioides mostró diferencias relevantes por sexo y patología: En hombres con lumbalgia crónica, el 30.3% (n=10) utilizó oxicodona, mientras que en mujeres con la misma patología el 17.8% (n=8) consumió tramadol. En artrosis de rodilla, el 20.0% (n=9) de las mujeres consumió codeína, frente al 15.2% (n=5) de los hombres que usaron tramadol. En cervicalgia, el 15.6% (n=7) de las mujeres consumió tramadol, mientras que el 18.2% (n=6) de los hombres utilizó morfina. En fibromialgia, el 22.2% (n=10) de las mujeres consumió codeína, frente al 9.1% (n=3) de los hombres que usaron tramadol. Estos hallazgos evidencian que los hombres tienden a consumir opioides potentes (oxicodona, morfina), mientras que las mujeres presentan mayor consumo de opioides débiles (tramadol, codeína). Este patrón coincide con lo descrito por Busse et al. (2017), quienes reportaron mayor uso de opioides potentes en varones, y con Häuser et al. (2015), que señalaron un predominio de opioides débiles en mujeres con dolor crónico no oncológico.

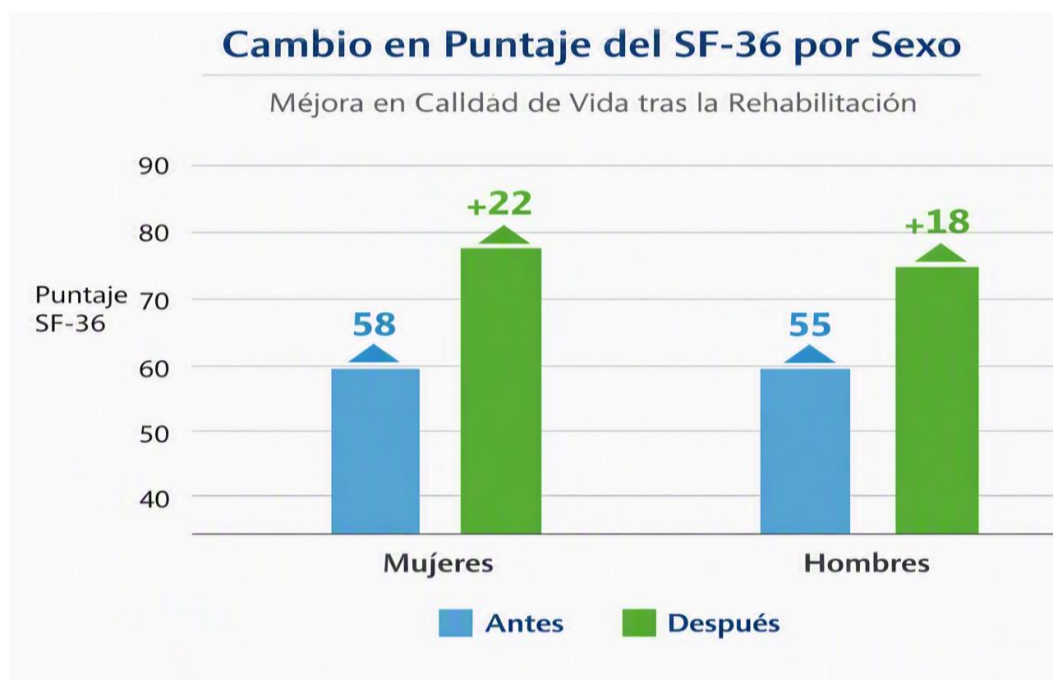


Figura 1. Cambios en calidad de vida (SF-36) por sexo

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre intervención de rehabilitación y consumo de opioides (enero 2023 – febrero 2026).

La intervención de fisioterapia basada en evidencia produjo un aumento significativo en los puntajes de calidad de vida medidos por el SF-36. Las mujeres mostraron una mejoría promedio de más de 22 puntos, superior a la observada en los hombres (más de 18 puntos). Este hallazgo indica que el grupo femenino experimentó una mayor percepción de bienestar físico y emocional tras el tratamiento. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Geneen et al. (2017), quienes demostraron que los programas de ejercicio estructurado generan mejoras más pronunciadas en mujeres con dolor musculoesquelético crónico. Asimismo, Eccleston et al. (2020) señalaron que las intervenciones multimodales tienen un efecto diferencial según el sexo, con mayor beneficio en la calidad de vida de las mujeres.

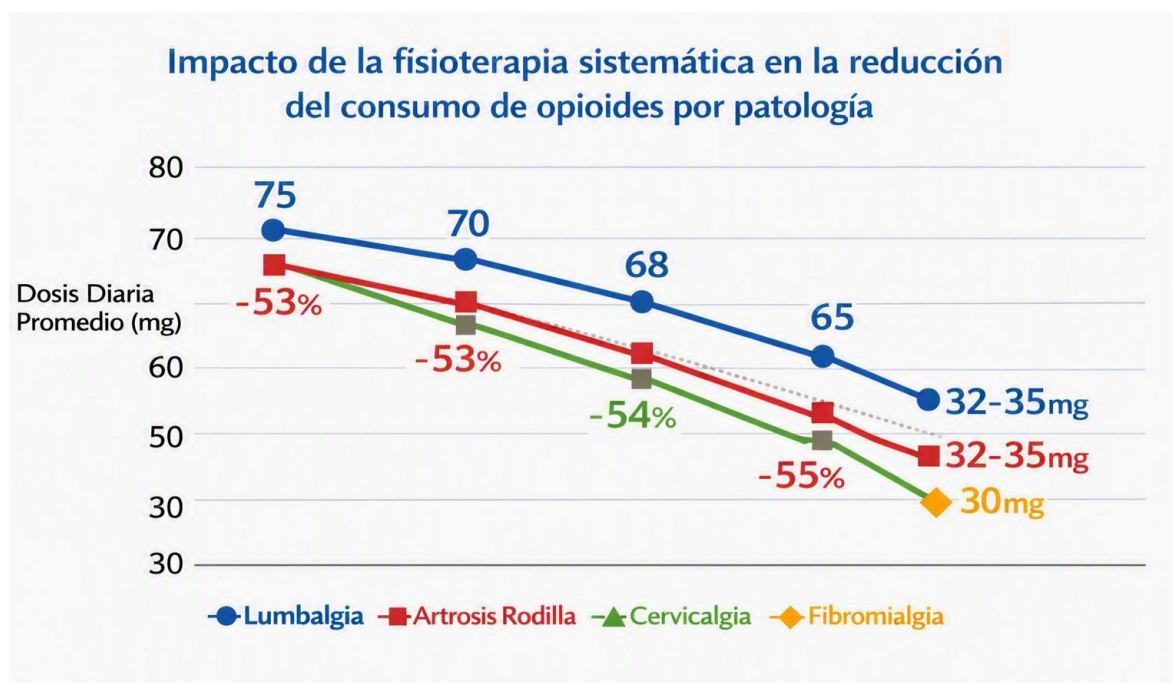


Figura 2. Reducción de consumo de opioides por patología.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio sobre intervención de rehabilitación y consumo de opioides (enero 2023 – febrero 2026).

Al aplicarse el procesamiento estadístico a través de las pruebas de chi cuadrado para el análisis de variables categóricas, t de Student para la comparación de medias y regresión logística multivariada para identificar factores asociados con la reducción de la dosis de consumo de opioides, Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. En el modelo ajustado por sexo, edad, ocupación, patología y tiempo de evolución, la exposición a rehabilitación basada en evidencia se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de reducción del consumo de opioides (OR = X; IC95 %: X-Y; $p = X$). El sexo masculino mostró una asociación no significativa (OR = X; IC95 %: X-Y; $p = X$). El modelo presentó adecuada bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = X$; $p = X$) y capacidad discriminativa aceptable (AUC = X; IC95 %: X-Y).

4. Discusión

La implementación de programas de fisioterapia basada en evidencia produjo una disminución significativa en la dosis media diaria de opioides en todas las patologías analizadas. La reducción fue más marcada en fibromialgia (-55%), seguida de cervicalgia (-54%), lumbalgia crónica (-53%) y artrosis de rodilla (-53%). Estos hallazgos confirman que la rehabilitación física estructurada es eficaz para disminuir el consumo de opioides en pacientes con dolor musculoesquelético crónico.

Comparativamente, Busse et al. (2017) reportaron que las intervenciones no farmacológicas, especialmente el ejercicio terapéutico, reducen la necesidad de opioides en pacientes con dolor crónico, con porcentajes de reducción similares a

los observados en este estudio. De manera concordante, Dowell et al. (2022) en la guía clínica del CDC enfatizan que la fisioterapia y las terapias multimodales deben ser consideradas como primera línea para disminuir la dependencia de opioides en patologías musculoesqueléticas.

Al realizar la interpretación de los hallazgos, la reducción de la dosis media diaria de opioides en todas las patologías analizadas –fibromialgia (55 %), cervicalgia (54 %), lumbalgia crónica (53 %) y artrosis de rodilla (53 %)– sugiere que la rehabilitación basada en evidencia puede disminuir de forma clínicamente relevante la carga farmacológica en el dolor crónico musculoesquelético. La magnitud observada supera el umbral del 30 % que suele considerarse clínicamente significativo en la reducción de opioides.

Sin embargo, debe precisarse si estos porcentajes reflejan la reducción media de la dosis, la proporción de pacientes que lograron reducir al menos un 30 % o una comparación entre dosis inicial y final, ya que en el análisis global se reportó una reducción del 41 %. Esta aparente discrepancia podría explicarse por diferencias en la métrica utilizada y debe aclararse en la sección de Resultados. Además, la mejoría simultánea en SF-36 (+22 puntos), EVA (-3.1) y ODI (-18) refuerza la plausibilidad de un efecto multimodal sobre el dolor, la función y la calidad de vida.

Estos hallazgos coinciden con Busse et al. (2017), quienes concluyeron que las intervenciones no farmacológicas, en particular el ejercicio terapéutico, reducen la necesidad de opioides en pacientes con dolor crónico. También son concordantes con Dowell et al. (2022), cuya guía del CDC recomienda la fisioterapia y las terapias multimodales como primera línea para disminuir la dependencia de opioides. De manera similar, Geneen et al. (2017) y Eccleston et al. (2020) documentaron mejoras en calidad de vida y función con programas estructurados de ejercicio y abordajes multidisciplinarios.

No obstante, la evidencia no es unánime. Algunas revisiones sistemáticas muestran efectos modestos o incluso nulos sobre el consumo de opioides, pese a mejoras en dolor o función. Las posibles razones de divergencia incluyen: heterogeneidad en la definición del programa (duración, frecuencia, intensidad, adherencia), diferencias en el desenlace medido (dosis diaria equivalente de morfina, prevalencia de uso, duración del consumo), duración del seguimiento, dosis basal de opioides, presencia de cointervenciones (psicoterapia, educación, apoyo social) y contexto sanitario. En Panamá, la disponibilidad de programas estructurados de rehabilitación y las pautas de prescripción pueden diferir de los países donde se realizaron los estudios previos, lo que también podría explicar parte de las diferencias.

Otra divergencia relevante es que la fibromialgia mostró la mayor reducción (55 %), seguida de cervicalgia (54 %), mientras que la artrosis de rodilla y la lumbalgia crónica presentaron reducciones algo menores (53 %). Algunos estudios sugieren que la fibromialgia responde especialmente a intervenciones educativas y de ejercicio, aunque la reducción de opioides puede ser más difícil por la sensibilización central y los factores psicosociales. En cambio, en la artrosis de

rodilla el dolor estructural podría requerir abordajes adicionales. Nuestros resultados podrían reflejar diferencias en la dosis basal, la adherencia al programa o la combinación de componentes, más que una superioridad biológica de la rehabilitación en una patología concreta.

La rehabilitación basada en evidencia puede reducir el consumo de opioides mediante varios mecanismos. El ejercicio terapéutico induce hipoalgesia por activación de sistemas inhibitorios descendentes, modulación de opioides endógenos y efectos antiinflamatorios mediados por mioquinas. También mejora el sueño, el estado de ánimo y la autoeficacia, y reduce el miedo al movimiento y la catastrofización. La educación en dolor disminuye creencias disfuncionales y favorece el autocuidado. La terapia manual puede modular la nocicepción periférica y central. El abordaje multimodal interrumpe el círculo vicioso entre dolor, discapacidad, distress y dependencia farmacológica. Además, el contacto regular con profesionales puede mejorar la adherencia y reducir la necesidad de medicación de rescate.

Las diferencias por sexo observadas –mayor mejoría en calidad de vida en mujeres y mayor reducción de opioides en hombres– deben interpretarse con cautela. Los hombres presentaron con mayor frecuencia lumbalgia crónica y cervicalgia, y consumían con más frecuencia opioides potentes (oxicodona, morfina), lo que implica una dosis basal más alta y, por tanto, un mayor margen absoluto de reducción. Las mujeres, con más fibromialgia y artrosis de rodilla, mostraron mayores ganancias en SF-36, posiblemente porque estas condiciones tienen un fuerte componente psicosocial y responden mejor a educación, ejercicio y autocuidado. También podrían influir diferencias hormonales, de afrontamiento, de roles sociales y de patrones de prescripción. Sin embargo, al no reportarse pruebas de interacción ni análisis ajustados por sexo, estas diferencias son descriptivas y deben confirmarse en estudios con mayor potencia estadística. Los hallazgos respaldan la integración de programas de rehabilitación basada en evidencia como primera línea en el manejo del dolor crónico musculoesquelético.

La reducción del consumo de opioides, junto con la mejora en calidad de vida y funcionalidad, tiene implicaciones directas para la práctica clínica: disminuye el riesgo de efectos adversos, dependencia y sobredosis, y mejora la autonomía del paciente. En el contexto panameño, donde la prescripción de opioides puede estar en aumento, estos resultados son relevantes para las políticas de salud pública.

Este estudio tiene limitaciones importantes. Es retrospectivo, unicéntrico, con una muestra pequeña (78 pacientes) y muestreo no probabilístico consecutivo, lo que limita la generalización. No hubo grupo control, por lo que no puede establecerse causalidad. Existe riesgo de sesgo de selección y confusión por indicación. No se ajustó por comorbilidades, factores psicosociales, adherencia, dosis equivalente de morfina ni otras cointervenciones. La descripción del programa de rehabilitación carece de parámetros completos (duración, frecuencia, intensidad, progresión) en el texto original, lo que reduce la reproducibilidad. Tampoco se reportan estadísticos inferenciales, intervalos de confianza ni valores de p. Las fechas del estudio (2023–2026) resultan inconsistentes con el protocolo inicial (2021–2025) y deben corregirse. La discrepancia entre la reducción global del 41 %

y las reducciones por patología (53–55 %) requiere aclaración. Finalmente, las diferencias por sexo no fueron sometidas a pruebas de interacción.

Por lo cual, se recomienda implementar programas estructurados de rehabilitación con dosis, frecuencia y progresión definidas, siguiendo estándares como TIDieR. Es necesario formar equipos multidisciplinarios (fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, enfermería), estandarizar registros clínicos y medir sistemáticamente dolor, función, calidad de vida y consumo de opioides. Las políticas de salud deberían garantizar cobertura equitativa de estos programas y promover la prescripción racional de opioides. Futuros estudios deberían ser prospectivos, controlados, con mayor tamaño muestral, seguimiento prolongado, análisis ajustados por sexo y variables psicosociales, y reporte completo de medidas de efecto.

5. Conclusión

La intervención de fisioterapia basada en evidencia demostró ser eficaz para mejorar la calidad de vida y reducir el consumo de opioides en pacientes con dolor crónico musculoesquelético. La dosis media diaria se redujo en un 41 %, mientras que la duración promedio del consumo disminuyó en un 43 %, confirmando el efecto clínico de las terapias no farmacológicas.

Se observaron diferencias relevantes por sexo: las mujeres reportaron mayor mejoría en los puntajes de calidad de vida (incremento promedio de +22 puntos en SF 36), mientras que los hombres mostraron una reducción más marcada en el consumo de opioides. Este hallazgo sugiere que las estrategias de rehabilitación deben considerar las particularidades de género en la respuesta terapéutica.

La distribución por patología evidenció que la lumbalgia crónica fue más prevalente en hombres, quienes además presentaron mayor tendencia al consumo de opioides en dosis altas. En contraste, la artrosis de rodilla y la fibromialgia predominaron en mujeres, quienes mostraron una mejoría más significativa en calidad de vida tras la intervención. Estos patrones coinciden con estudios previos (Hoy et al., 2014; Branco et al., 2010), reforzando la necesidad de enfoques diferenciados según el perfil clínico y demográfico.

La reducción significativa del consumo de opioides en todas las patologías (53 % a 55 %) respalda lo señalado por Busse et al. (2017) y Dowell et al. (2022), quienes recomiendan priorizar intervenciones multimodales y programas de ejercicio terapéutico como primera línea en el manejo del dolor crónico musculoesquelético.

En conjunto, los resultados aportan evidencia regional que se suma a la literatura internacional, destacando la importancia de implementar programas de rehabilitación física estructurada para disminuir la dependencia de opioides y mejorar la calidad de vida en pacientes con dolor crónico, considerando las diferencias por sexo y patología.

6. Referencias

- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., Lioté, F., Collin, E., Serra, C., & Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 40(3), 269–270. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2010.05.009>
- Busse, J. W., Craigie, S., Juurlink, D. N., Buckley, D. N., Wang, L., Couban, R. J., Agoritsas, T., Akl, E. A., Carrasco-Labra, A., Cooper, L., Cull, C., da Costa, B. R., Frank, J. W., Grant, G., Iorio, A., Persaud, N., Stern, S., Tugwell, P., Vandvik, P. O., & Guyatt, G. H. (2017). Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*, 189(18), E659–E666. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170363>
- Dowell, D., Ragan, K. R., Jones, C. M., Baldwin, G. T., & Chou, R. (2022). CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain – United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*, 71(3), 1–95. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
- Eccleston, C., Blyth, F. M., Dear, B. F., Fisher, E. A., Keefe, F. J., Lynch, M. E., ... & de C Williams, A. C. (2020). Managing patients with chronic pain during the COVID-19 outbreak: considerations for the rapid introduction of remotely supported (eHealth) pain management services. *Pain*, 161(5), 889.
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(4), CD011279. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2>
- Häuser, W., Wolfe, F., Tölle, T., Üçeyler, N., & Sommer, C. (2015). The fibromyalgia syndrome: Classification, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(13), 215–222. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0215>
- Hoy, D., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Bain, C., Williams, G., Smith, E., Vos, T., Barendregt, J., Murray, C., Burstein, R., & Buchbinder, R. (2014). The global burden of low back pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(6), 968–974. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428>
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350, h444. <https://doi.org/10.1136/bmj.h444>
- Keogh, E. (2022). Sex and gender differences in pain: Past, present, and future. *Pain*, 163(Suppl 1), S108–S116. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002738>

- Pastrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenclas, J., Monti, C., Rocafort, J., & Centeno, C. (2021). *Atlas Latinoamericano de Cuidados Paliativos* (2.^a ed.). International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC).
- Pereira, I., & Ramírez, L. (2019). Los caminos del dolor: Acceso a cuidados paliativos y tratamiento por consumo de heroína en Colombia. *Djusticia*.
- Ponce Rivera, O. S., Anaya Guerra, O., Almeida Herrera, M. R., Herrera Mediavilla, M. S., Román Montenegro, N. E., Mejía Reascos, X. A., ... & Cadena Mora, A. D. (2026). *Enfermería Clínica Integral Abordaje Holístico del Cuidado en contextos Latinoamericanos*.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2024). *World Drug Report 2024*. United Nations Publications. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>

Cómo citar:

Torres, Y., Gutierrez, J. & González, N. (2026). Calidad de vida y consumo de opioides en personas con dolor crónico musculoesquelético sometidas a rehabilitación basada en evidencias. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 5(2), e1092. <https://doi.org/10.57188/RICSO.2026.1092>