

El manejo del dolor crónico –no oncológico–: un reto bioético emergente

The management of chronic pain –not oncological–: an emerging bioethical challenge

*David Cerdio Domínguez**

<https://doi.org/10.36105/mye.2022v33n2.06>

Resumen

El dolor y el sufrimiento son realidades sustanciales de la experiencia humana. Hoy se comienza a concienciar en cuanto a la realidad contextual del problema sanitario generado como consecuencia de la sociedad líquida y del descarte que se ha heredado. La bioética, como campo interdisciplinar, tiene un papel fundamental y crucial en la orientación y guía de las ciencias de la salud. Analizar y comprender dichos conceptos (dolor y sufrimiento) es elemental para, entonces, poder plantear –proactivamente– estrategias puntuales que favorezcan y promuevan un adecuado tratamiento multidimensional. La presente revisión sistemática tiene como finalidad presentar una visión global y actual en cuanto a la percepción que tanto el dolor crónico como el sufrimiento representan para la sociedad moderna. Epidemiológicamente, se vive una epidemia silente en este sentido, la cual, de no ser abordada integralmente, representa un factor de riesgo para el desarrollo de problemáticas sociales, en combinación con los reduccionismos antropológicos que rigen contemporáneamente.

* Universidad Anáhuac México, Facultad de Ciencias de la Salud. México. Correo electrónico: dr.cerdio@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-9871-1649>
Recepción: 15 de octubre de 2021. Aceptación: 07 de diciembre de 2021.

Palabras clave: opioides, interdisciplinar, dignidad humana, sufrimiento.

1. Introducción

El dolor y el sufrimiento forman parte sustancial –inevitablemente– de la experiencia del ser humano (1); son realidades antropológicas innegables, por lo que es fundamental que se presente un análisis crítico desde la bioética que permita a la persona conocer y comprender(se) desde esta perspectiva. La sociedad en la que la humanidad se desarrolla está cada vez más caracterizada por ser una sociedad del descarte, de un mundo líquido (2), en donde no existen valores fundamentales que vayan más allá de una interpretación subjetiva y relativa de la realidad. La bioética, como terreno común para el trabajo interdisciplinar y multidisciplinar (3), tiene mucho que decir con respecto a la forma en que el dolor es comprendido en la actualidad (4, 5).

A lo largo del último siglo, la medicina ha experimentado un crecimiento exponencial en cuanto al fundamento técnico y científico que la caracteriza; se ha logrado aumentar la expectativa de vida; se han combatido y vencido enfermedades –antes consideradas invencibles–. Sin embargo, pareciera que existe una percepción, cada vez más generalizada, con respecto a cómo es que las ciencias médicas se han enfocado más en la técnica que en la persona (6, 7). Esto ha detonado un movimiento personalista en los profesionales sanitarios, quienes, a través de la concienciación, han logrado identificar estas desviaciones en el actuar médico (8). Estas reflexiones interdisciplinarias (9-11) han orientado a la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), a buscar redefinir y puntualizar lo que hoy por hoy se comprende como dolor en la sociedad médica (12, 13). Durante más de 40 años se definió el dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño». En el 2018, la IASP

Tabla 1. Consideraciones fundamentales: nueva definición del dolor.

Consideración	Significancia
El dolor es una experiencia personal influenciada –en diferentes grados– por factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.	– El dolor es comprendido como una realidad individual, la cual se ve influenciada por la globalidad, individualidad e indivisibilidad de la persona humana.
El dolor y la nocicepción son fenómenos distintos.	– El dolor no puede ser reducido a un proceso nervioso sensitivo.
Las personas aprenden el concepto de dolor a través de la experiencia de vida.	– Al ser una experiencia individual y personal, ésta es vivida y comprendida únicamente a través de las realidades empíricas.
Si una persona manifiesta una experiencia dolorosa, ésta debe ser respetada.	– Uno de los mayores miedos por parte de los pacientes que sufren dolor es la incomprensión por parte de los médicos.
Aunque el dolor usualmente cumple una función protectora, al cronificarse puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar integral de la persona.	– Se presenta un aspecto fundamental, y es que todo dolor crónico comienza siempre por ser un dolor agudo que, al cronificarse, se convierte, en sí mismo, en una patología.
Una de las maneras de expresar el dolor es una descripción verbal. La incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o animal experimente dolor.	– Basados en el principio de subsistencia, la capacidad de comunicar no reduce o minimiza la posibilidad de experimentar el dolor, ya que el dolor es y existe, a pesar de las complicaciones correspondientes a su expresión verbalizada. – El dolor existe a pesar de no poder ser expresado, lo que ha implicado el desarrollo de escalas de medición que valoran parámetros conductuales, permitiendo, así, una aproximación semiológica en pacientes que no puedan comunicar su sintomatología.

Fuente: Elaboración propia.

convocó a distintos expertos en el área para poner a su consideración la pertinencia y conveniencia de dicha definición, de modo que en el 2020 se presentó una nueva propuesta, definiendo el dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable aso-

ciada o similar a la asociada con un daño tisular real o potencial» (13). Esta nueva definición trajo a colación distintas consideraciones (Tabla 1), las cuales son fundamentales para poder complementar, así, el conocimiento que se tiene hasta el día de hoy de dicha experiencia (13).

El dolor y el sufrimiento son realidades tan entrelazadas que, a veces, puede ser complejo poder diferenciarlas. Ya lo decía Burgos (1): «Forman parte de la experiencia del ser humano». En este momento sería importante recordar que, para hablar de bioética, es fundamental primero –lo recalco– hablar de la persona. La persona como unidad individual e indivisible se ve afectada en su totalidad tanto por el dolor como por el sufrimiento. El sufrimiento es esta experiencia biológica, emotivo-afectiva, social y espiritual que, desde una perspectiva tanto histórica como cultural, ha sido vinculada en el mundo occidental con un aspecto teleológico del ser humano (14, 15). Hablar del dolor y del sufrimiento, en el fondo es hablar de la persona que lo experimenta en toda su esencia natural, influyendo determinadamente en su afectividad individual y subjetiva (16).

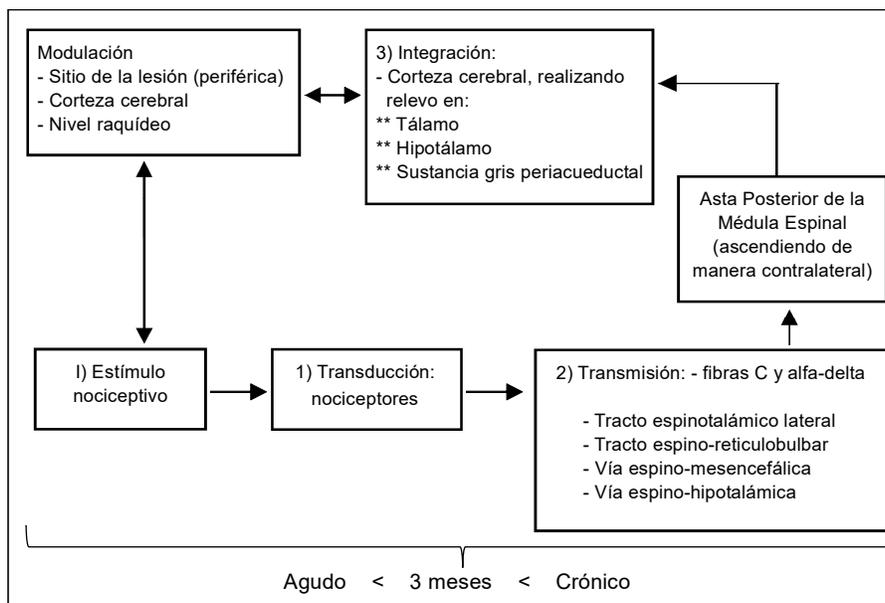
2. Fisiopatología del dolor crónico

El dolor, como experiencia subjetiva –además de ser comprendido desde la perspectiva antropológica–, puede y debe ser comprendido, a su vez, desde la perspectiva fisiopatológica (Figura 1) (17-25).

La semiología propia del dolor tanto agudo como crónico, es sumamente compleja, ya que se realiza un esfuerzo por objetivar una realidad siempre subjetiva; sin embargo, se han llevado a cabo distintos esfuerzos por identificar características propias de cada uno de los cuadros dolorosos (Tabla 2).

El dolor crónico es considerado, ya no como un síntoma aislado, sino como un proceso patológico individual, el cual debe ser abordado desde dicho enfoque. Para simplificar su estudio se ha propuesto una división global entre dolor crónico –oncológico– y

Figura 1. Fisiología, percepción e integración del dolor.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Semiología del dolor (agudo y crónico).

Tipo de dolor	Características
Nociceptivo: hay un estímulo lesivo.	El dolor nociceptivo es aquel que se percibe mediante la estimulación directa de los nociceptores. Dicha estimulación puede ser catalogada como: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Parietal</i>: dolor bien localizado, con irritación directa de fibras nerviosas (ejemplo: apendicitis con irritación peritoneal). – <i>Visceral</i>: dolor difuso con irritación directa de plexos nerviosos, con estimulación de vías autonómicas (ejemplo: distensión abdominal).
Neuropático (26): hay un estímulo patológico sobre las fibras nerviosas.	Dolor –usualmente– comprendido con características distintas al dolor nociceptivo. <ul style="list-style-type: none"> – Dolor de tipo hormigueo. – Dolor eléctrico y/o quemante.

Agudo < 3 meses < Crónico

Fuente: Elaboración propia.

dolor crónico –no oncológico– (27). En el presente artículo de revisión se tiene como finalidad presentar una visión general con respecto a la percepción global que tanto el dolor crónico –no oncológico– como el sufrimiento representan para la sociedad moderna en la que vivimos.

3. Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, empleando como motores de búsqueda las siguientes plataformas: PubMed, EBSCO Host, Web of Science y Scielo. Se utilizaron como palabras clave, mediante buscadores booleanos, las siguientes: *chronic pain*/dolor crónico, *bioethics*/bioética, *opioid treatment*/tratamiento con opioides, *pain management*/manejo del dolor. Como criterios de inclusión, se tomaron los artículos que cumplieran con dichas descripciones y que estuvieran disponibles para su descarga. Se excluyeron todos aquellos que presentaban aspectos relacionados con pacientes pediátricos o con dolor crónico de etiología oncológica. Posteriormente, mediante el uso del gestor de referencias *EndNote*, se identificaron los artículos que estuvieran duplicados. El riesgo de sesgo puede ser identificado en cuanto a la deficiencia de estudios tanto cualitativos, cuantitativos o de revisión en este sentido. Una vez realizada la búsqueda se identificaron 112 artículos, de los cuales 17 no cumplieron con los criterios de inclusión y 15 fueron eliminados debido a su duplicidad (Figura 2).

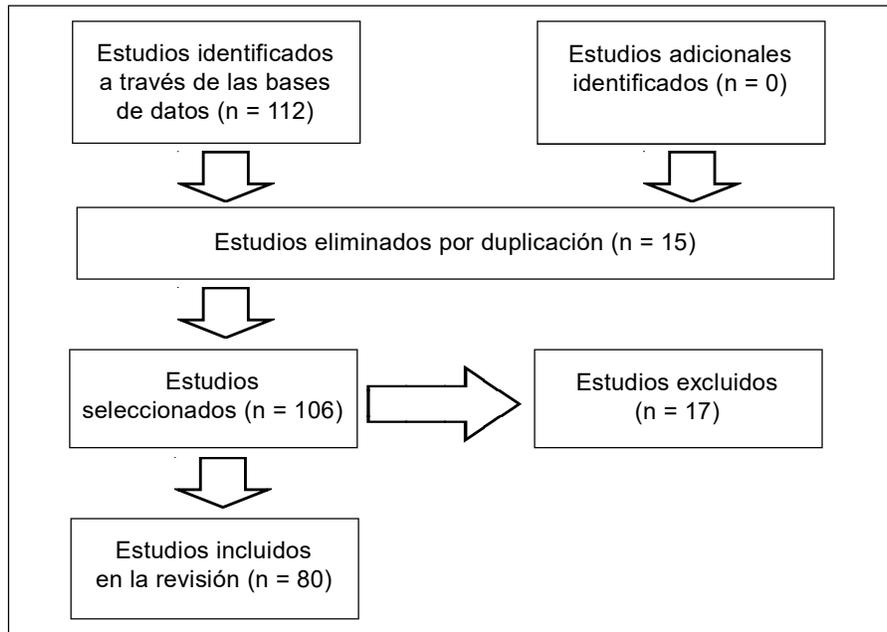
4. Resultados

a) Definición

Lograr definir el dolor, tanto agudo como crónico, es un aspecto fundamental, ya que únicamente, a partir de esta concepción, se podrán comprender las distintas esferas que lo conforman, permi-

tiendo, así, a la sociedad, poder trabajar unificada en el acompañamiento integral (Tabla3).

Figura 2. Metodología PRISMA.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Concepto del dolor y sus definiciones.

Tipo de dolor	Características
Definición IASP 1979 (12, 28)	Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.
Definición IASP 2020 (13, 17, 29)	Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial.

Fuente: Elaboración propia.

b) Salud pública y epidemiología (4):

Desde el resurgimiento de los cuidados paliativos y del manejo del dolor en la medicina moderna (6, 7), se ha ido concienciado a la sociedad, de tal modo que desde distintas áreas se ha comprendido y evidenciado que el dolor representa un verdadero problema (30) de salud pública (17, 31-33), y que conforma una verdadera pandemia silente (22, 27, 34) (Tabla 4).

c) Multidimensionalidad del sufrimiento

El dolor es en sí mismo una experiencia tan compleja que no puede ser abordada desde una perspectiva única. Es necesario partir

Tabla 4. Dolor, sufrimiento y epidemiología.

Tipo de dolor	Características
Incidencia y prevalencia (estimada) (31, 35, 36)	<ul style="list-style-type: none"> – Anualmente, más de 61 millones de personas en el mundo experimentan cerca de 6 billones de días relacionados con sufrimiento severo asociado a la salud (37). – Se estima que en México la prevalencia de dolor crónico es del 41.5% (47.3% mujeres) (33.6% hombres) (31).
Principales síndromes dolorosos (21, 25, 27, 29)	Reporte epidemiológico de Estados Unidos de América (2019) (27): <ul style="list-style-type: none"> – Cefalea: aguda (7-51%), crónica (3-4.4%). – Cervicalgia: aguda (16-40%), crónica (20%). – Lumbalgia: aguda (22-33%), crónica (5-45%). – Dolor articular inespecífico: crónico (40%).
Costos directos e indirectos estimados (38)	– Estados Unidos de América reportó en 2019 un costo estimado superior a los \$600 billones de dólares anuales (27).
Accesos a los cuidados paliativos (34, 37, 39, 40)	<ul style="list-style-type: none"> – Se estima que el 1% de los medicamentos opioides es distribuido en el 50% de los países más pobres (39). – El 90% de los medicamentos opioides es distribuido entre el 10% de los países más ricos (39). – México cuenta con <5% de los medicamentos opioides para satisfacer las necesidades en el país (39).

Fuente: Elaboración propia.

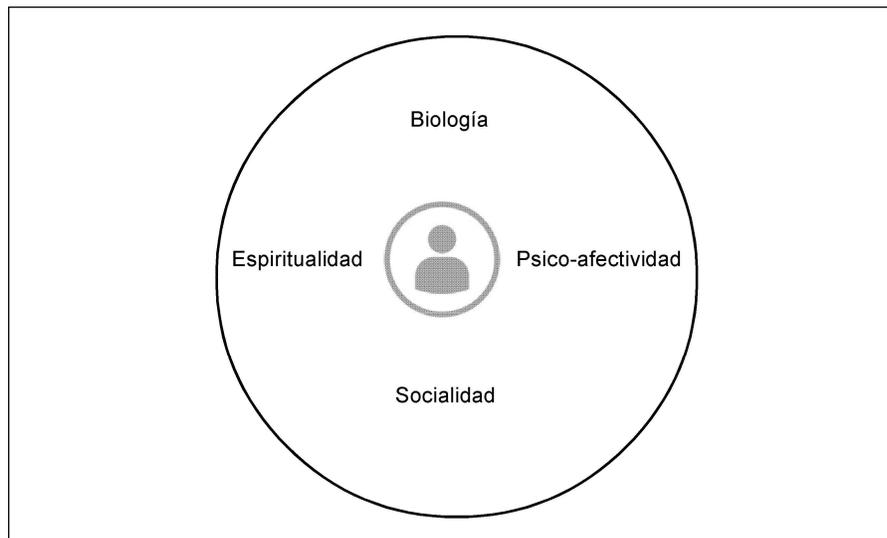
del concepto de multidimensionalidad (41, 42), lo que implica, fundamentalmente, un abordaje multi-terapéutico, en donde se puedan enfocar de manera integral las distintas esferas que conforman la realidad humana (21, 23, 43, 44) (Figura 3).

El abordaje aislado o generalizado del dolor es insuficiente, ya que como menciona la IASP, es una experiencia subjetiva, motivo por el cual el tratamiento debe ser orientado desde una perspectiva individualizada, favoreciendo una medicina centrada en el paciente, en donde, partiendo de una relación médico-paciente deliberativa, se empodere al enfermo en el combate contra el dolor y sufrimiento.

d) Aspectos bioéticos en el manejo del dolor; prescripción responsable

El análisis bioético (45, 46) en el manejo del dolor es todo un reto (4, 5, 47), ya que puede ser abordado desde la perspectiva de la justicia social-distributiva y promoción de derechos humanos (34, 35),

Figura 3. Esferas conformantes de la multidimensionalidad humana.

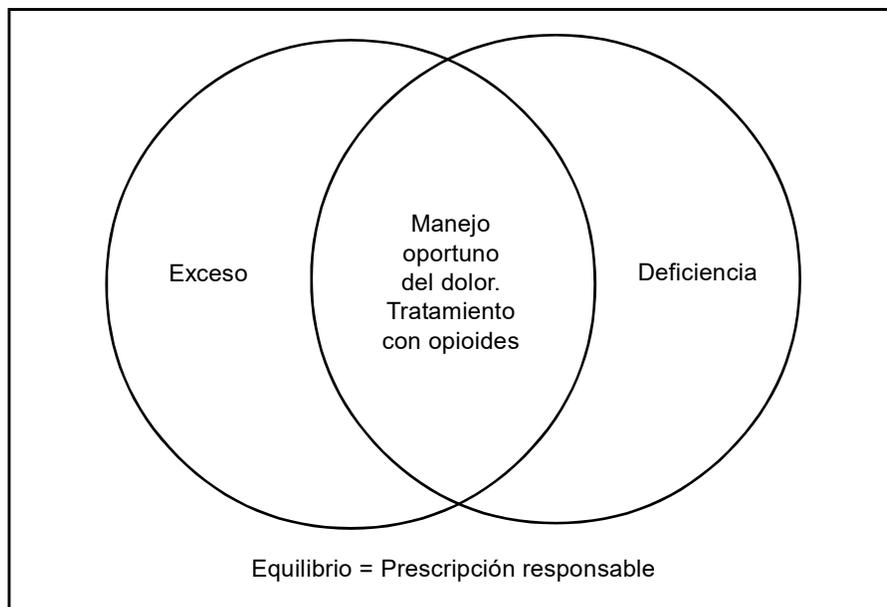


Fuente: Elaboración propia.

la investigación clínica, o desde la perspectiva biomédica (48, 49), en cuanto a los requerimientos fundamentales para promover una prescripción responsable (50-55) que sopesen en su complejidad los riesgos y los beneficios sobre las alternativas terapéuticas.

Hoy día, los medicamentos opioides representan una crisis ambivalente (Figura 4). Por un lado se percibe una verdadera carencia en la cual no se logra satisfacer el derecho humano del manejo del dolor por deficiencia en la universalidad de los servicios de salud y, por otro lado, existe una verdadera epidemia en cuanto al consumo excesivo que se presenta en algunos países, lo que pone en entredicho el análisis de riesgo-beneficio existente en dichos medicamentos. Los opioides representan una herramienta crucial y elemental para el manejo del dolor; sin embargo, mientras se carezca de una

Figura 4. Crisis ambivalente en el tratamiento del dolor crónico mediante opioides.



Fuente: Elaboración propia.

cultura y formación dirigida en cuanto a la prescripción responsable de los mismos, se seguirá experimentando esta crisis ambivalente, en la cual la bioética tiene realmente un papel fundamental en cuanto a la orientación y guía hacia el bien trascendental.

5. Discusión

El dolor crónico –como enfermedad– representa –al mismo tiempo– uno de los problemas médicos, jurídicos y sociales (14, 23, 56, 57) más preocupantes y silenciosos para la sociedad del siglo XXI. A lo largo de los últimos años, la reflexión e investigación se ha priorizado en este sentido, generándose mayor conciencia en cuanto al sufrimiento relacionado con la salud (19, 58). Sin embargo, corresponde a la bioética (47, 59) establecer un territorio común (45), en donde todos los involucrados sociales (9-11) puedan participar en abierto diálogo (49, 60-62), para determinar así los mejores medios a seguir, pudiendo, entonces, trabajar de manera directa sobre un aspecto fundamental para el ser humano: la calidad de vida (63). Dicha problemática deberá ser abordada desde una perspectiva bioética integral (48, 52), considerando la suma de avances que se han generado en los últimos 40-50 años. Únicamente a partir de la colaboración integral se podrá dar una solución satisfactoria, que promueva –de manera proactiva– (64) la dignidad de la persona humana (8, 65).

Tanto el dolor crónico como el sufrimiento (18, 24, 43) podrían parecer crisis ajenas e incluso un poco obvias; sin embargo, son aspectos fundamentalmente trascendentales que atañen directamente al ser humano en sus fibras más profundas (37), razón por la cual deben ser tratados con la importancia que les corresponde. La historia (64, 66) ha enseñado que un problema social mal enfrentado puede desencadenar problemáticas tan grandes que afecten la concepción misma de la persona –reduccionismos antropológicos– y, a su vez, también evidencia cómo una crisis es un momento de

oportunidad y crecimiento. La bioética, como ciencia interdisciplinaria (3, 67), debe ser capaz de reconocer las problemáticas sociales –concernientes a las ciencias biomédicas (68)–, favoreciendo la reflexión en este sentido, buscando orientar con antelación y anticipación el actuar profesional, de modo que se pueda ofrecer una solución adecuada y consecuente, orientando, así, la construcción armónica de la sociedad, desde la ciencia hacia el bien trascendental, con base en la naturaleza humana (46).

Hoy, el dolor crónico representa un llamado social, de modo que como humanidad se participe de manera activa y concreta en beneficio de la dignidad del ser humano (69, 70). El reto bioético comienza con el llamado (vocación) de salir al encuentro de las personas y de ser capaces de aplicar sus metodologías deliberativas de manera individual (50), de manera que el ser humano sea comprendido como lo que es, una sustancia individual e indivisible. Esto favorecerá la reflexión y colaboración interdisciplinaria y promoverá una sociedad profundamente involucrada e integrada (71). El dolor es ya una epidemia silenciosa, razón por la cual el diálogo debe comenzar de manera proactiva. Éste permitirá una transformación social, en la que la solidaridad, la justicia social, el valor de la vida y el respeto a la libertad serán los fundamentos que permitirán al ser humano alcanzar una vida con verdadera calidad.

El tratamiento del dolor, como derecho humano, implica una profunda responsabilidad social tanto para el gremio médico, como para la sociedad en general (32, 72). Un planteamiento erróneo o incompleto (41, 73) puede desencadenar múltiples complicaciones sanitarias (74):

1. Sociedades algofóbicas (con miedo o rechazo a reconocer el dolor/sufrimiento) (20, 44):

La superficialidad que se ha heredado tras los cambios culturales contemporáneos ha influido de manera directa sobre la concepción que socialmente se tiene con respecto al dolor y al sufrimiento. Si bien el ser humano no está llamado a sufrir, el sufrimiento es

una experiencia ineludible de la humanidad, una experiencia que confronta al ser humano con sus límites y aspiraciones teleológicas. Es crucial que, como sociedad, formemos un sentido de aceptación con respecto a dichas circunstancias, de manera que no sólo se pueda aceptar y superar de manera individual, sino que se pueda vivir de manera colectiva, recordando que la persona no se comprende desde una perspectiva aislada, sino únicamente a través del encuentro con el otro.

2. Incremento –injustificado– en el consumo de opioides (75-77):

Al existir una crisis epidémica que afecta a más de 61 millones de personas alrededor del mundo, la realidad médica se confronta con una limitación terapéutica inherente. Ello ha llevado en ciertos países a favorecer una prescripción, a veces indiscriminada, de opioides, los cuales, si bien es cierto que son medicamentos sumamente benéficos en el manejo del dolor, también es cierto que conllevan un riesgo, debido a la farmacología propia del medicamento. La posibilidad de desarrollar dependencia y adicción es sumamente alta, lo que al final termina contrastando el potencial beneficio del manejo del dolor, con el riesgo real de desarrollar una adicción con las complicaciones correspondientes, no sólo para el paciente, sino para el núcleo familiar y social que lo rodea.

3. Deficiencia en cuanto al uso correcto e indicado de opioides en el manejo del dolor (54, 55, 78-80):

La ambivalencia en la crisis por el uso de opioides se identifica al contrastar dos realidades simultáneas (sindémicas); por un lado, existe el abuso indiscriminado de opioides tanto en el manejo del dolor agudo como crónico; por otro, en otros países menos favorecidos existe una deficiencia palpable en cuanto al acceso a dichos medicamentos (opioides). Esta crisis es sumamente compleja y para la cual no existe una solución sencilla. Hay un uso farmacológico parco y limitado por múltiples circunstancias, que van desde

lo socio-cultural y el condicionamiento contextual hasta concepciones ético-morales.

Para la bioética, esta crisis representa un área de oportunidad invaluable, ya que, de favorecer estrategias puntuales y concretas que permitan desarrollar habilidades para una prescripción responsable, se estaría alcanzando y resolviendo un problema sustancial: el manejo inadecuado del dolor con el consecuente sufrimiento severo asociado a la salud.

4. Pérdida de la calidad de vida (perpetuación de una vida con sufrimiento) (42):

El manejo adecuado del dolor y del sufrimiento desde una perspectiva integral –multidimensional– tiene como finalidad promover una adecuada calidad de vida. Este punto en particular llevará al lector a una de las preguntas trascendentales de la vocación médica: ¿cuál es el indicador de éxito en la medicina? ¿Cuál es la esencia de la profesión? Curar no siempre resulta posible; sin embargo, acompañar al paciente en su sufrimiento, buscando proveerle una mayor calidad de vida (y de muerte) en los momentos de máxima vulnerabilidad que representa la enfermedad, es tal vez uno de los mayores honores a los que un profesional de salud pudiera aspirar.

La calidad de vida es un indicador del compromiso social existente, en cuanto al involucramiento real del mundo académico y científico en la vida cotidiana. El trabajo y el progreso sólo cobran sentido en su aplicabilidad directa sobre la calidad con la que se vive día con día.

Hoy se experimenta una realidad influida y contextualizada bajo crisis humanitarias. Se podría pasar horas discutiendo y analizándolas; sin embargo, es crucial y determinante para la bioética que el trabajo académico resulte en iniciativas transformadoras, motivo por el cual el reconocimiento de estas posibles problemáticas representa un reto valiente y creativo para la bioética: ¿cómo orientar proactivamente el trabajo académico y cómo evitar que se quede en la academia, para que más bien logre influir decisivamente en la

sociedad? En un mundo marcado por reduccionismos antropológicos, es momento de defender a la persona, no con soluciones superficiales, sino con reflexiones antropológicas profundas, de modo que se pueda reorientar a la sociedad hacia un mundo más justo en el que todos tengan cabida.

A partir de la presente revisión sistemática, se proponen una serie de investigaciones que puedan fungir como guía y orientación en cuanto a los aspectos identificados como potenciales complicaciones sanitarias. Es esencial, pues, comprender a fondo que el único camino potencialmente suficiente transita a través del trabajo inter, multi y transdisciplinar.

6. Conclusión

La bioética, como terreno común para el trabajo interdisciplinar en la búsqueda del bien trascendental en las ciencias de la salud, enfrenta en pleno siglo XXI múltiples retos que atañen al ser humano en las fibras más profundas de su ser, motivo por el cual es fundamental que desde el trabajo académico y reflexivo se favorezca, a la vez, un trabajo de campo aplicado, en donde se dé respuesta directa a la vocación y al llamado de salir al encuentro de la persona, generando un impacto verdadero y transformacional en la sociedad. Dicha empresa únicamente será alcanzada a través de la promoción inter, multi y transdisciplinar del diálogo abierto entre los distintos agentes que participan activamente en la construcción armónica de la sociedad contemporánea.

El dolor crónico y el sufrimiento representan hoy día una verdadera epidemia silente. Por este motivo es crucial y fundamental favorecer el estudio, la investigación y la reflexión en este sentido. Es momento de salir al encuentro de las personas, de modo que el trabajo académico no se quede en la academia, sino que verdaderamente tenga una influencia social determinada. No tratar adecuadamente el dolor, puede desencadenar una serie de crisis sociales

inimaginables. Es momento de actuar de manera proactiva y dirigida en beneficio del ser humano en su multidimensionalidad; de promover un actuar centrado en la persona, reconociéndola como bien y fin en sí misma, de modo que se logre superar el reto principal de la indiferencia y el rechazo, manifestado a través de la algofobia que se vive y experimenta día con día en las sociedades modernas.

Referencias bibliográficas

1. Burgos JM. *Antropología Breve*. Palabra E, editor. España: Ediciones Palabra; 2010.
2. Bauman Z. *Vida Líquida*. Austral; 2013.
3. Emmerich N. What is Bioethics? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2015; 18(3): 437-441. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9628-7>
4. Christopher MJ. It's time for bioethics to see chronic pain as an ethical issue. *Am J Bioeth*. 2011; 11(6): 3-4. <https://doi.org/10.1080/15265161.2011.589282>
5. Yýldýrým G, Ertekin Pýnar P, Gürsoy S, Özdemir Kol I. Views of algology in patients about ethical issues related to pain. *Agri*. 2019; 31(3): 122-131. <https://doi.org/10.14744/agri.2019.80378>
6. Covarrubias AO, Templos ML, et al. Antecedentes de la medicina paliativa en México: Educación continua en cuidados paliativos. *Rev Mex Anest*. 2019; 42(2): 122-128.
7. Del Río IP A. Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina UC*. 2007; 32(1): 16-22.
8. Sgreccia E. *Human person and personalism*. *Cuad Bioet*. 2013; 24(80): 115-123.
9. Giordano J, Schatman ME. An ethical analysis of crisis in chronic pain care: Facts, issues and problems in pain medicine; Part I. *Pain Physician*. 2008; 11(4): 483-490. <https://doi.org/10.36076/ppj.2008/11/483>
10. Giordano J, Schatman ME. A crisis in chronic pain care: An ethical analysis. Part two: Proposed structure and function of an ethics of pain medicine. *Pain Physician*. 2008; 11(5): 589-595. <https://doi.org/10.36076/ppj.2008/11/589>
11. Giordano J, Schatman ME. A crisis in chronic pain care: An ethical analysis. Part three: Toward an integrative, multi-disciplinary pain medicine built around the needs of the patient. *Pain Physician*. 2008; 11(6): 775-784. <https://doi.org/10.36076/ppj.2008/11/775>
12. Ibarra E. Una nueva definición de dolor. Un imperativo en nuestros días. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006; 13(2): 65-72.
13. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, cha-

- llenges, and compromises. *Pain*. 2020; 161(9): 1976-1982.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
14. Karches KE. The ends of medicine and the crisis of chronic pain. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2019; 40(3): 183-196.
<https://doi.org/10.1007/s11017-019-09489-6>
15. Jennings N, Chambaere K, Macpherson CC, Deliens L, Cohen J. Main themes, barriers, and solutions to palliative and end-of-life care in the English-speaking Caribbean: A scoping review. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42: e15.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.15>
16. Gevaert J. *El problema del hombre*. Sígueme, editor. España: Sígueme; 2001.
17. García J. Manejo básico del dolor agudo y crónico. *Anestesia en Méx*. 2017; 29(1): 77-85.
18. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the body meets the brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2015; 126: 167-183.
19. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA, Smith SB, Slade GD. Overlapping chronic pain conditions: Implications for diagnosis and classification. *J Pain*. 2016; 17(9 Suppl): T93-t107. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.06.002>
20. Linton SJ, Flink IK, Vlaeyen JWS. Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Phys Ther*. 2018; 98(5): 315-324.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
21. Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Abe Y, Suzuki M. Literature review of pain management for people with chronic pain. *Jpn J Nurs Sci*. 2015; 12(3): 167-183.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12065>
22. Astudillo WM C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc Esp Dolor*. 1998; 6(1): 29-40.
23. Fillingim RB, Loeser JD, Baron R, Edwards RR. Assessment of chronic pain: Domains, methods, and mechanisms. *J Pain*. 2016; 17(9 Suppl): T10-20.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010>
24. Ahmadi A, Bazargan-Hejazi S, Heidari Z, Eusasobhon P, Ketumarn P, Karbasfrushan A, et al. Pain management in trauma: A review study. *J Inj Violence Res*. 2016; 8(2): 89-98. <https://doi.org/10.5249/jivr.v8i2.707>
25. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: Evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018; 391(10137): 2368-2383.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
26. Coluzzi F, Mattia C. Oxycodone. Pharmacological profile and clinical data in chronic pain management. *Minerva Anesthesiol*. 2005; 71(7-8): 451-460.
27. Domenichiello AF, Ramsden CE. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019; 93: 284-290.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.04.006>
28. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care. A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(4): 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

29. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, *et al.* The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Applicability in primary care. *Pain*. 2019; 160(1): 83-87. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001360>
30. Shapiro RS. Liability issues in the management of pain. *J Pain Symptom Manage*. 1994; 9(3): 146-152. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)90123-6](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)90123-6)
31. Barragán AM, S. Gutiérrez, LM. Dolor en adultos mayores de 50 años: Prevalencia y factores asociados. *Salud Pública Mex*. 2007; 49(1): 488-494. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007001000008>
32. Morrone LA, Scuteri D, Rombola L, Mizoguchi H, Bagetta G. Opioids resistance in chronic pain management. *Current Neuropharmacology*. 2017; 15(3): 444-456. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666161101092822>
33. Llaca-García E. La pandemia de COVID-19 en México: El papel fundamental de los cuidados paliativos y bioética. En: Templos-Esteban LA, editor. México: *Medicina y Ética*; 2021; 179-195. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.05>
34. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to pain management as a human right. *American Journal of Public Health*. 2019; 109(1): 61-65. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304743>
35. Carr DB, Fox DM, Rothstein MA, Spellman CM. Pain Management and public health: Introduction to the special section. *Am J Public Health*. 2019; 17-18. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304841>
36. Leppä IE, Gross MS. Optimizing medication treatment of opioid use disorder during COVID-19 (SARS-cov-2). *J Addict Med*. 2020; 14(4): e1-e3. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000678>
37. Bhadelia A, De Lima L, Arreola-Ornelas H, Kwete XJ, Rodríguez NM, Knaul FM. Solving the global crisis in access to pain relief: Lessons from country actions. *American Journal of Public Health*. 2019; 109(1): 58-60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304769>
38. Hadler RA, Rosa WE. Distributive justice: An ethical priority in global palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 55(4): 1242-1245. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.483>
39. Knaul FM. Disparities and crisis: Access to opioid medicines in Mexico. *Lancet Public Health*. 2021; 6(2): e83-e4. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00009-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00009-8)
40. Zyllicz Z. The changing face of palliative care. *Advances in palliative medicine*. 2011; 10(3/4): 85-88.
41. Haverfield MC, Giannitrapani K, Timko C, Lorenz K. Patient-Centered pain management communication from the patient perspective. *J Gen Intern Med*. 2018; 33(8): 1374-1380. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4490-y>
42. Sullivan MD, Vowles KE. Patient action: As means and end for chronic pain care. *Pain*. 2017; 158(8): 1405-1407. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000921>
43. Crofford LJ. Psychological aspects of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015; 29(1): 147-155.

<https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.04.027>

44. Edwards RR, Dworkin RH, Sullivan MD, Turk DC, Wasan AD. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *J Pain*. 2016; 17(9 Suppl): T70-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.01.001>
45. Ferrer U. Interdisciplinarietà de la bioética: Su posibilidad y sus límites. *Cuadernos de Bioética*. 2013; xxiv(2): 265-274.
46. Pastor LM. From virtue bioethics to bioethics personalistic: Is integration possible? *Cuad Bioet*. 2013; 24(80): 49-56.
47. Souza LA, Pessoa AP, Barbosa MA, Pereira LV. The bioethical principlism model applied in pain management. *Rev Gaucha Enferm*. 2013; 34(1): 187-195. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100024>
48. Millás-Mur J. Ética y bioética en el pregrado de medicina: Una propuesta. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019; 36: 93-99. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.361.4260>
49. Compagnone C, Tagliaferri F, Allegri M, Fanelli G. Ethical issues in pain and omics research. Some points to start the debate. *Croat Med J*. 552014, p. 1-2.
50. Matthias MS, Bair MJ. The patient-provider relationship in chronic pain management: Where do we go from here? *Pain Med*. 2010; 11(12): 1747-1749. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00998.x>
51. Henry SG, Holt ZB. Frustrated patients and fearful physicians. *J Gen Intern Med*. 322017, p. 148-149. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3868-y>
52. Guerra López R. Bioethics and rationality. Personalism at the service of expanding the horizon of reason at the foundation of bioethics. *Cuad Bioet*. 2013; 24(80): 39-48.
53. D'Hotman D, Pugh J, Douglas T. When is coercive methadone therapy justified? *Bioethics*. 2018; 32(7): 405-413. <https://doi.org/10.1111/bioe.12451>
54. Kaebnick GE. Bioethics and addiction. *Hastings Center Report*. 2020; 50(4): 2. <https://doi.org/10.1002/hast.1165>
55. Rieder TN. Opioids and ethics: Is opioid-free the only responsible arthroplasty? *Hss J*. 152019, p. 12-16. <https://doi.org/10.1007/s11420-018-9651-3>
56. Pati NB, Gupta VRM, Mayasa V, Velivela MDS, Hussain A. Rethinking chronic pain treatment with opioids. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2017; 79(6): 849-857. <https://doi.org/10.4172/pharmaceutical-sciences.1000301>
57. Rodrigues P, Crokaert J, Gastmans C. Palliative sedation for existential suffering: A systematic review of argument-based ethics literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 55(6): 1577-1590. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013>
58. Becker WC, Bair MJ, Picchioni M, Starrels JL, Frank JW. Pain management for primary care providers: A narrative review of high-impact studies, 2014-2016. *Pain Med*. 2018; 19(1): 40-49. <https://doi.org/10.1093/pm/pnx146>
59. Carvalho AS, Pereira SM, Jacomo A, Magalhaes S, Araujo J, Hernández-Marrero P, et al. Ethical decision making in pain management: A conceptual framework. *Journal of Pain Research*. 2018; 11: 967-976.

<https://doi.org/10.2147/JPR.S162926>

60. Saulnier KM. Telling, Hearing, and Believing: A critical analysis of narrative bioethics. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2020; 17(2): 297-308.

<https://doi.org/10.1007/s11673-020-09973-y>

61. Kaebnick GE. Bioethics and Addiction. *Hastings Cent Rep*. 2020; 50(4): 2. <https://doi.org/10.1002/hast.1165>

62. Bandini JI, Courtwright AM, Rubin E, Erler KS, Zwirner M, Cremens MC, et al. Ethics consultations related to opioid use disorder. *Psychosomatics*. 2020; 61(2): 161-170. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2019.10.003>

63. Gudat H, Ohnsorge K, Streeck N, Rehmman-Sutter C. How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. *Bioethics*. 2019; 33(4): 421-430.

<https://doi.org/10.1111/bioe.12590>

64. García LF, Fernandes MS, Moreno JD, Goldim JR. Mapping Bioethics in Latin America: History, theoretical models, and scientific output. *J Bioeth Inq*. 2019; 16(3): 323-331. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09903-7>

65. Sgreccia E. *La persona y el respeto por la vida humana*. 1997.

66. Wilson D. What can history do for bioethics? *Bioethics*. 2013; 27(4): 215-223. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01933.x>

67. Cortina A. La dimensión pública de las éticas aplicadas. España: *Revista Iberoamericana*; 2002, p. 45-64. <https://doi.org/10.35362/rie290950>

68. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking its fortieth anniversary. *Am J Bioeth*. 2019; 19(11): 9-12.

<https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

69. Varsi C, Ledel Solem IK, Eide H, Børøsund E, Kristjansdottir OB, Haldal K, et al. Health care providers' experiences of pain management and attitudes towards digitally supported self-management interventions for chronic pain: A qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2021; 21(1): 1-16.

<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06278-7>

70. Cameron F, Janze A, Klarare A. Homecoming-Dignity through movement at the end of life: A qualitative interview study with healthcare professionals. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021: 10499091211017876.

<https://doi.org/10.1177/10499091211017876>

71. Balboni MJ, Sullivan A, Smith PT, Zaidi D, Mitchell C, Tulsky JA, et al. The views of clergy regarding ethical controversies in care at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 55(1): 65+.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.05.009>

72. Black E, Khor KE, Demirkol A. Responsible prescribing of opioids for chronic non-cancer pain: A scoping review. *Pharmacy*. 2020; 8(3).

<https://doi.org/10.3390/pharmacy8030150>

73. Bushnell MC, Ceko M, Low LA. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*. 2013; 14(7): 502-511.

<https://doi.org/10.1038/nrn3516>

74. Kohrt BA, Griffith JL, Patel V. Chronic pain and mental health: Integrated solu-

- tions for global problems. *Pain*. 2018; 159 Suppl 1(Suppl 1): s85-s90. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001296>
75. Adamou N, Tukur J, Muhammad Z, Galadanci H. A randomised controlled trial of opioid only versus combined opioid and non-steroidal anti inflammatory analgesics for pain relief in the first 48 hours after Caesarean section. *Niger Med J*. 2014; 55(5): 369-373. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.140319>
76. Adeniji AO, Atanda OO. Randomized comparison of effectiveness of unimodal opioid analgesia with multimodal analgesia in post-cesarean section pain management. *J Pain Res*. 2013; 6: 419-424. <https://doi.org/10.2147/JPR.S44819>
77. Calvo-Alén J. Opioids in chronic musculoskeletal conditions. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2010; 2(5): 291-297. <https://doi.org/10.1177/1759720X10370237>
78. Saigal AN, Jones HM. Interdisciplinary mitigation of opioid misuse in musculoskeletal patients. *Hss J*. 2019; 15(1): 72-75. <https://doi.org/10.1007/s11420-018-09656-w>
79. Smith HS, Peppin JF. Toward a systematic approach to opioid rotation. *J Pain Res*. 2014; 7: 589-608. <https://doi.org/10.2147/JPR.S55782>
80. Rieder TN. The Perilous Blessing of Opioids. *Mo Med*. 2020; 117(3): 202-203.

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No-Comercial-CompartirIgual 4.0.

