

UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA



Facultad de Ciencias Médicas

Trabajo Monográfico para optar a la Licenciatura de Farmacia

**Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30-40 años en Clínica
Médica Vita, Managua (enero – febrero 2026).**

Autor (es):

Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano.

Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez.

Asesores:

Científico: Lic. Gustavo Méndez Telles.

Marzo 2026



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

"Agnitio Ad Verum Ducit"

CARTA AVAL TUTOR /CIENTIFICO(A)

Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Médicas.

UCN – Campus Central
Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográficos elaborado por el/los egresados(s) Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano y Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez. para optar al título de Licenciatura en farmacia, cuyo título de la Monografía es: Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30-40 años en Clínica Médica Vita, Managua (enero–febrero 2026). El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el capítulo VIII. de las formas de culminación de estudios del reglamento académico; para ser evaluada por el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 25 días del mes de marzo del año 2026.

Lic. Gustavo Adolfo Méndez Telles

Tutor(a) Científico

CC: Archivo.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

“Agnitio Ad Verum Ducit”

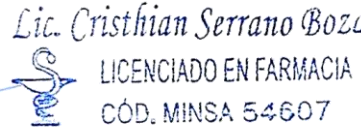
CARTA AVAL TUTOR /METODOLOGO(A)

Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Médicas.

UCN – Campus Central
Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográficos elaborado por los egresados Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano y Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez., para optar al título de Licenciatura en farmacia, cuyo título de la Monografía es: Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30-40 años en Clínica Médica Vita, Managua (enero – febrero 2026 El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el capítulo VIII. de las formas de culminación de estudios del reglamento académico; para ser evaluada por el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 25 días del mes de marzo del año 2026.

Lic. Cristhian Jesús Serrano Boza
 Tutor Metodológico

CC: Archivo.

Resumen

El tramadol es un analgésico opioide de acción central ampliamente utilizado en el tratamiento del dolor moderado a severo. Durante varios años fue considerado un fármaco con menor potencial de dependencia en comparación con otros opioides; sin embargo, evidencia científica reciente ha demostrado que su uso prolongado puede generar tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia tras la reducción o suspensión del medicamento. Este síndrome representa un desafío clínico debido a la diversidad de manifestaciones físicas y psicológicas y a la limitada disponibilidad de protocolos específicos para su manejo en algunos contextos sanitarios.

El objetivo de este estudio fue analizar el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol, identificando los criterios farmacológicos y terapéuticos empleados por médicos en la práctica asistencial. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, utilizando entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos con experiencia en el tratamiento de pacientes que habían presentado dependencia a este fármaco.

Los resultados mostraron que los médicos coincidieron en señalar la reducción progresiva de la dosis de tramadol como estrategia principal para el manejo de la abstinencia, con el fin de evitar la intensificación de los síntomas. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentemente identificadas se destacaron ansiedad, insomnio e irritabilidad, consideradas por los participantes como los síntomas que generan mayor malestar en los pacientes. Asimismo, se observó el uso recurrente de benzodiacepinas para el control de la ansiedad y la agitación, así como la sustitución por analgésicos no opioides para el manejo del dolor residual. Los entrevistados indicaron que, ante la ausencia de protocolos institucionales específicos, las decisiones terapéuticas se basaron principalmente en el criterio clínico individual y en la experiencia profesional.

Se concluyó que el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol requiere un enfoque integral que combine la reducción progresiva del medicamento, el control sintomático y el apoyo psicológico. Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer guías de atención adaptadas al contexto nacional que orienten la práctica clínica y contribuyan a mejorar la seguridad del paciente.

Palabras Clave: Opioide, síndrome, tramadol, farmacoterapia, manejo clínico.

Índice de Contenidos

Contenido	
Resumen	4
Índice de Contenidos	5
Índice de Tablas	8
Índice de figuras	8
Introducción.	8
Antecedentes y Contexto del Problema y contexto de la investigación.	10
Antecedentes	10
Contexto del Problema y Contexto de la Investigación.	13
Objetivos	18
<i>Objetivo General</i>	18
<i>Objetivos Específicos.</i>	18
Pregunta Central de Investigación.	18
Justificación	19
Limitaciones	22
<i>Limitación Relacionada con el Tamaño de la Muestra</i>	22
<i>Limitación Relacionada con el Tiempo de Ejecución</i>	23
<i>Limitación Relacionada con la Naturaleza Cualitativa del Estudio</i>	24
<i>Limitación Relacionada con la Disponibilidad de Información Clínica Documentada</i>	25
Supuestos Básicos.	26
Categorías, Temas y patrones Emergentes de la Investigación	26
<i>Manejo Farmacológico del Síndrome de Abstinencia.</i>	26

<i>Criterios Clínicos Para la Toma de Decisiones Terapéuticas.</i>	28
<i>Estrategias No Farmacológicas Complementarias.</i>	30
<i>Contexto Normativo y Ausencia de Protocolos Institucionales.</i>	30
Perspectiva Teórica	31
Estado del Arte	31
Perspectiva Teórica Asumida.	35
<i>Fundamentos Farmacológicos de los Opioides</i>	35
<i>Perfil Farmacológico del Tramadol.</i>	37
<i>Uso Indevido y Dependencia del Tramadol.</i>	38
<i>Síndrome de Abstinencia por Tramadol</i>	39
<i>Manifestaciones Clínicas y Severidad del Cuadro.</i>	39
<i>Manejo Clínico del Síndrome de Abstinencia.</i>	40
<i>Marco Normativo y Contexto Nacional</i>	41
Metodología	43
Enfoque Cualitativo Asumido y su Justificación	43
<i>Tipo de Estudio</i>	43
Enfoque	43
<i>Escenario de la investigación</i>	43
<i>Población</i>	43
Muestra Teórica y Sujetos del Estudio	43
<i>Muestra</i>	43
<i>Tipo de Muestreo</i>	44
Métodos y Técnicas de Recolección de Datos	44
<i>Procedimiento de Recolección de Datos.</i>	45
<i>Aspectos Éticos</i>	45
<i>Cumplimiento de Normativas Institucionales</i>	46
<i>Consentimiento Informado y Participación Voluntaria.</i>	46
Confidencialidad y Anonimato	47
<i>Respeto y Manejo Ético de los Datos</i>	47
<i>Principios Éticos de la Investigación Cualitativa</i>	48
Criterios de Calidad aplicados: Credibilidad, Confiabilidad y Triangulación.	48
<i>Credibilidad</i>	48
<i>Confiabilidad</i>	49

<i>Triangulación</i>	49
Métodos y Técnicas Para el Procesamiento de Datos y análisis de Información.	50
Discusión de Resultados o Hallazgos	51
Objetivo 1.....	51
Objetivo 2.....	53
<i>Categoría 1</i>	53
<i>Categoría 2</i>	54
<i>Categoría 3</i>	56
Objetivo 3.....	56
<i>Categoría 4</i>	56
Recomendaciones	59
Referencias	60
Anexos o Apéndices.	63
Apéndice A. Operacionalización de Variables	63
Apéndice B. Protocolo de aplicación de entrevista semiestructurada.	66
Protocolo de aplicación de entrevista semiestructurada.....	66
Apéndice C. Imagen de Carta de Autorización de Instrumentos	70
Apéndice D. Imagen de Carta Emitida al Propietario de Clínica Médica Vita	71
Apéndice E. Imagen de Clínica Médica Vita	72
Apéndice F. Primera Entrevista.	73
Apéndice F. Ilustración de Primera Entrevista	77
Apéndice G. Ilustración de la continuación de la Primera Entrevista	78
Apéndice H. Segunda entrevista.	79
Apéndice I. Ilustración de Segunda Entrevista	83
Apéndice J. Ilustración de Continuación de Segunda Entrevista	84
Apéndice K. Tercera Entrevista	85
Apéndice L. Ilustración de Tercera Entrevista	90
Apéndice M. Ilustración Continuación de Tercera Entrevista	91
Apéndice N. Matriz de Reducción de Datos	92
Apéndice O. Matriz de Triangulación de Datos	94
Apéndice P. Evidencia de Primera Entrevista	96
Apéndice Q. Evidencia de Segunda Entrevista	97
Apéndice R. Evidencia de Tercera Entrevista	98

Apéndice S. Carta Aval del Tutor Científico	99
--	-----------

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de Variables.....	63
Tabla 2 Matriz de Reducción de Datos.....	92
Tabla 3. Matiz de Triangulación de Datos.....	94

Índice de figuras

Ilustración 1. Carta de Autorización de Instrumentos.....	70
Ilustración 2. Carta Emitida al Propietario.	71
Ilustración 3. Clínica Médica Vita.	72
Ilustración 4. Primera Entrevista.	77
Ilustración 5. Continuación de Primera Entrevista.	78
Ilustración 6. Segunda Entrevista.....	83
Ilustración 7. Continuación de Segunda Entrevista.	84
Ilustración 8. Tercera Entrevista.	90
Ilustración 9. Continuación de Tercera Entrevista.....	91
Ilustración 10. Carta de Tutor Científico.	99

Introducción.

El manejo del dolor constituye uno de los pilares fundamentales de la práctica médica contemporánea y representa un componente esencial en la calidad de vida de los pacientes. El dolor no solo es una experiencia sensorial, sino también emocional, que puede afectar significativamente la funcionalidad física y el bienestar psicológico. En especialidades como ortopedia, cirugía y medicina interna, su control adecuado influye directamente en la recuperación y evolución del paciente. Por ello, la selección del tratamiento analgésico debe basarse en criterios clínicos y farmacológicos que permitan equilibrar eficacia terapéutica y seguridad.

Entre las opciones disponibles, los analgésicos opioides ocupan un lugar relevante por su eficacia en el control del dolor moderado a severo. Actúan sobre el sistema nervioso central mediante la activación de receptores opioides específicos, modulando la percepción del dolor. Dentro de este grupo, el tramadol ha sido ampliamente prescrito debido a su mecanismo de

acción dual agonismo parcial sobre receptores μ e inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina lo que inicialmente generó la percepción de un menor riesgo de dependencia en comparación con opioides más potentes.

No obstante, la evidencia científica demostró que el tramadol no está exento de riesgos. El uso prolongado, la automedicación y la ausencia de supervisión médica pueden favorecer el desarrollo de tolerancia y dependencia. Como consecuencia, la reducción significativa o suspensión del medicamento puede desencadenar un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, insomnio, irritabilidad, sudoración, dolor muscular y síntomas gastrointestinales, entre otras manifestaciones. La variabilidad en la intensidad del cuadro y la ausencia de protocolos específicos pueden generar diferencias en las decisiones terapéuticas adoptadas por los profesionales de salud.

En Nicaragua, la reclasificación del tramadol como sustancia psicotrópica controlada incrementó la necesidad de analizar su manejo clínico en casos de abstinencia. En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las estrategias empleadas por los médicos en el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol, identificando los criterios clínicos y farmacológicos utilizados en la práctica asistencial. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo fenomenológico, orientado a comprender la experiencia profesional dentro del contexto sanitario nacional.

Los resultados evidenciaron que el manejo clínico se fundamentó principalmente en la reducción progresiva de la dosis como estrategia central, acompañada del uso sintomático de benzodiacepinas y analgésicos no opioides, así como del apoyo psicológico como complemento terapéutico. Asimismo, se identificó que las decisiones estuvieron influenciadas en gran medida por el criterio clínico individual ante la ausencia de protocolos institucionales específicos, lo que resalta la necesidad de fortalecer lineamientos adaptados al contexto local.

Antecedentes y Contexto del Problema y contexto de la investigación.

Antecedentes

El tramadol es un analgésico opioide sintético ampliamente utilizado en el tratamiento del dolor moderado a severo. Su mecanismo de acción combina el agonismo sobre receptores opioides μ con la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, lo que le confiere un perfil farmacológico particular frente a otros opioides tradicionales. Existen formulaciones de liberación inmediata y prolongada que amplían su uso en distintos contextos clínicos; sin embargo, su empleo prolongado se asocia con riesgo de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, lo que exige vigilancia farmacológica individualizada (Manraj et al., 2024). Este doble mecanismo explica tanto su eficacia analgésica como la complejidad de los cuadros de abstinencia que se generan tras un consumo sostenido, ya que involucra no solo la regulación de receptores opioides, sino también la modulación de neurotransmisores monoaminérgicos.

En relación con los trastornos derivados del uso de opioides, (Zúñiga et al., 2024), en el estudio titulado Síndrome de Abstinencia a los Opioides, tuvieron como objetivo analizar las características clínicas, fisiopatológicas y las implicaciones terapéuticas del síndrome de abstinencia. Para ello, emplearon como instrumento una revisión sistemática de literatura científica actual, seleccionando artículos en bases de datos académicas reconocidas. Los resultados identificaron manifestaciones clínicas frecuentes como ansiedad, insomnio, sudoración, dolor muscular y alteraciones gastrointestinales, destacando que la prescripción sin control estricto incrementa la incidencia de estos cuadros. Los autores concluyen que es necesario fortalecer la vigilancia clínica y la regulación sanitaria para prevenir complicaciones asociadas al uso de opioides. Este estudio aporta evidencia sólida sobre la relación entre la dosis acumulada, la duración del consumo y la severidad de los síntomas, lo que refuerza la importancia de contar con protocolos clínicos claros y estrategias de seguimiento estandarizadas. Además, subraya que la falta de control en la prescripción constituye un factor

determinante en la aparición de síndromes de abstinencia, lo que convierte al tramadol en un medicamento que requiere especial atención en la práctica clínica.

De manera complementaria, (Saenz & Sabattini, 2025) realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar la evidencia reciente sobre abuso y trastornos por consumo de tramadol. El instrumento metodológico consistió en la recopilación y análisis de estudios científicos publicados en bases de datos académicas internacionales. Sus resultados evidenciaron que, aunque el tramadol ha sido considerado históricamente un opioide de menor potencia, mantiene un riesgo significativo de abuso y desarrollo de dependencia, especialmente en contextos de automedicación y control insuficiente de la prescripción. Los autores enfatizan la necesidad de reforzar la supervisión clínica y farmacológica, así como implementar estrategias de seguimiento más estrictas.

Este hallazgo es particularmente relevante en países donde el acceso al tramadol es amplio y donde la regulación ha sido históricamente más laxa, ya que la automedicación y la falta de control médico incrementan la vulnerabilidad de los pacientes. La revisión también destaca que el riesgo de dependencia no depende únicamente de la potencia del opioide, sino de factores como la disponibilidad, la percepción de seguridad y la ausencia de mecanismos de control, lo que convierte al tramadol en un fármaco de alto interés para la farmacovigilancia.

En el ámbito del manejo terapéutico, el documento *Guide for Clinicians on the Appropriate Dosage Reduction or Discontinuation of Long-Term Opioid Analgesics* (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024) tuvo como objetivo establecer lineamientos basados en evidencia para la reducción segura de opioides en pacientes con uso prolongado. La guía fue elaborada mediante revisión de evidencia científica y consenso técnico, constituyendo un instrumento normativo y clínico de referencia internacional. Entre sus principales recomendaciones se encuentra la reducción gradual e individualizada de la dosis, evitando descensos abruptos que puedan precipitar síntomas de abstinencia o exacerbar el

dolor. El documento señala que pueden emplearse agonistas parciales y completos como buprenorfina y metadona para facilitar la transición terapéutica, así como fármacos adyuvantes como clonidina y lofexidina para controlar manifestaciones autonómicas. Además, recomienda la utilización de medicamentos no opioides antiinflamatorios, antidepresivos y anticonvulsivos como parte de una estrategia integral.

En cuanto a la dosificación, sugiere reducciones progresivas de entre 5 % y 20 % cada cuatro semanas, ajustando el ritmo según la tolerancia del paciente, e incluso reducciones más lentas en casos de dependencia prolongada. Asimismo, propone el uso de instrumentos clínicos estandarizados como escalas de dolor, cuestionarios de calidad de vida, pruebas de drogas en orina y registros clínicos periódicos para monitorear la evolución y la severidad del cuadro. Esta guía constituye un referente internacional que aporta criterios técnicos y clínicos aplicables en diversos contextos, aunque su implementación depende de la existencia de políticas nacionales que respalden su aplicación (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024).

A nivel nacional, la preocupación por el uso indebido de tramadol se refleja en la Resolución Ministerial N.º 71-2025 emitida por el Ministerio de Salud de Nicaragua, cuyo objetivo fue incorporar el tramadol a la lista de sustancias psicotrópicas controladas. Esta disposición establece mayores restricciones en su prescripción, dispensación y distribución. La medida se sustenta en el marco legal vigente sobre sustancias controladas establecido por la (Asamblea Nacional de Nicaragua, 1998), fortaleciendo el control sanitario y la supervisión del uso de este medicamento. La resolución ministerial constituye un hito regulatorio que evidencia la creciente preocupación de las autoridades por el riesgo de dependencia y abuso de tramadol en la población, y marca un cambio en la percepción institucional de este fármaco, que anteriormente era considerado de menor riesgo en comparación con otros opioides. Además, esta disposición obliga a los profesionales de la salud a ajustar sus prácticas de prescripción y

a implementar mecanismos de seguimiento más rigurosos, lo que incrementa la relevancia de contar con estudios que analicen cómo se están aplicando estas medidas en la práctica clínica cotidiana.

En conjunto, estos antecedentes evidencian una creciente preocupación científica, clínica y regulatoria respecto al uso prolongado de tramadol y la aparición de síndromes de abstinencia. Mientras la literatura internacional aporta lineamientos terapéuticos estructurados y herramientas de monitoreo, el contexto nacional introduce restricciones normativas que incrementan la relevancia de analizar cómo se aplican estas estrategias en la práctica clínica real. Esta convergencia de evidencia científica y regulación sanitaria fundamenta la necesidad de estudios que examinen el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en contextos específicos de atención médica, permitiendo identificar tanto las prácticas actuales como las limitaciones que enfrentan los profesionales de la salud en Nicaragua. La integración de estos antecedentes en el marco teórico de la investigación no solo aporta sustento académico, sino que también contextualiza la problemática en un escenario donde confluyen la evidencia científica internacional, las recomendaciones técnicas y las disposiciones regulatorias nacionales, lo que refuerza la pertinencia y urgencia del estudio.

Contexto del Problema y Contexto de la Investigación

El uso clínico del tramadol como analgésico opioide ha experimentado un incremento significativo en las últimas décadas debido a su eficacia en el control del dolor moderado a severo y a la percepción inicial de que presentaba un menor potencial de dependencia en comparación con otros opioides tradicionales. Su mecanismo de acción, caracterizado por una actividad agonista sobre receptores μ opioides combinada con la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, le confiere un perfil farmacológico particular que lo ha convertido en una alternativa frecuente en la práctica médica ambulatoria y hospitalaria. Sin embargo, esta

misma dualidad farmacodinámica implica una complejidad clínica que puede traducirse en riesgos no siempre anticipados durante su prescripción prolongada.

Aunque el tramadol ha sido ampliamente utilizado con fines terapéuticos legítimos, la evidencia científica contemporánea demuestra que su uso continuo o sin un seguimiento farmacológico adecuado puede conducir al desarrollo de tolerancia, dependencia física y, eventualmente, síndrome de abstinencia al momento de su reducción o suspensión. La dependencia no se limita exclusivamente a contextos de abuso intencional o consumo recreativo, sino que puede surgir en pacientes que inicialmente recibieron el medicamento bajo indicación médica para el tratamiento del dolor agudo o crónico. Este fenómeno desplaza el enfoque del problema desde el uso indebido hacia la necesidad de fortalecer los criterios clínicos de prescripción, monitoreo y retirada progresiva del fármaco.

El síndrome de abstinencia por opioides constituye una respuesta fisiológica y neurobiológica que se produce cuando un organismo previamente expuesto de forma sostenida a un opioide experimenta una reducción significativa o la suspensión abrupta del mismo. En el caso del tramadol, la sintomatología puede incluir ansiedad, insomnio, irritabilidad, sudoración, dolor muscular, náuseas, vómitos y alteraciones gastrointestinales, así como manifestaciones autonómicas y psicológicas de diversa intensidad (Ropper et al., 2020). La presencia de estos síntomas no solo genera malestar significativo en el paciente, sino que puede comprometer su estabilidad clínica, afectar la adherencia terapéutica y, en algunos casos, conducir a la reanudación del consumo como mecanismo de alivio sintomático.

La complejidad del síndrome de abstinencia por tramadol se incrementa debido a su mecanismo dual. A diferencia de opioides clásicos cuya abstinencia responde principalmente a la disrupción del sistema opioide endógeno, el tramadol involucra además la modulación de neurotransmisores monoaminérgicos. Esto implica que la retirada del fármaco puede generar no solo síntomas físicos característicos, sino también alteraciones del estado de ánimo, mayor

labilidad emocional y potencial riesgo convulsivo en determinados contextos clínicos. En consecuencia, el manejo terapéutico requiere una evaluación integral que contemple tanto la dimensión neurobiológica como la condición clínica general del paciente.

En la práctica médica cotidiana, el tratamiento del síndrome de abstinencia por tramadol puede incluir la reducción progresiva de la dosis, el uso de fármacos adyuvantes para el control sintomático y, en algunos casos, la sustitución con otros medicamentos. Sin embargo, no siempre existen protocolos específicos que orienten estas decisiones de manera estandarizada. En muchos contextos, las decisiones terapéuticas dependen principalmente del criterio clínico individual del profesional de salud, lo cual puede generar variabilidad en las estrategias aplicadas. Esta variabilidad podría influir en la eficacia del tratamiento, en la seguridad del paciente y en la prevención de recaídas.

El problema adquiere mayor relevancia cuando se considera el contexto regulatorio reciente. En Nicaragua, la clasificación del tramadol como sustancia psicotrópica controlada mediante la Resolución Ministerial No. 71-2025 refleja el reconocimiento institucional del riesgo asociado a su uso prolongado y potencial dependencia. Esta medida establece mayores controles en su prescripción y dispensación, lo que evidencia que el fenómeno no es aislado, sino que constituye una preocupación actual dentro del sistema sanitario. No obstante, la regulación del acceso al medicamento no necesariamente resuelve los desafíos clínicos asociados a la atención de pacientes que ya presentan dependencia o síntomas de abstinencia.

En este sentido, surge una brecha entre la normativa y la práctica clínica cotidiana. Mientras que el marco regulatorio busca limitar el uso indiscriminado del fármaco, los profesionales de salud continúan enfrentando casos de pacientes que requieren manejo específico durante la reducción o suspensión del tramadol. La ausencia de lineamientos nacionales estandarizados para el tratamiento del síndrome de abstinencia por tramadol podría

generar decisiones heterogéneas, sustentadas principalmente en la experiencia individual y en la extrapolación de guías diseñadas para otros opioides.

Asimismo, resulta relevante considerar las características particulares de la población atendida. Las mujeres de 30 a 40 años pueden presentar condiciones específicas relacionadas con factores hormonales, emocionales y sociales que influyen en la percepción del dolor, la respuesta farmacológica y la adherencia terapéutica. Además, en este grupo etario pueden coexistir responsabilidades familiares y laborales que incrementan el impacto funcional de los síntomas de abstinencia. Estas particularidades hacen necesario comprender cómo se están aplicando las decisiones clínicas en este segmento poblacional específico.

Desde una perspectiva de salud pública, el síndrome de abstinencia por tramadol no solo constituye un evento clínico individual, sino también un indicador de prácticas de prescripción y seguimiento que podrían requerir fortalecimiento. El incremento de reportes de dependencia y uso indebido sugiere la necesidad de analizar no solo el fenómeno farmacológico, sino también las dinámicas de atención médica que influyen en su aparición y manejo. La identificación de estrategias terapéuticas empleadas en contextos reales permite evaluar si estas prácticas se alinean con la evidencia científica disponible y si responden adecuadamente a las características del entorno sanitario local.

En la Clínica Médica Vita, ubicada en Managua, la atención de pacientes con dolor constituye una parte relevante de la práctica clínica. En este escenario, es posible que algunos pacientes hayan recibido tramadol como parte de su esquema terapéutico y que, posteriormente, requieran manejo durante el proceso de reducción o suspensión. Sin embargo, no se dispone de información sistematizada que describa cómo los médicos toman decisiones en estos casos, qué criterios farmacológicos consideran y qué estrategias implementan para minimizar complicaciones.

La ausencia de estudios aplicados en este contexto específico limita la comprensión del fenómeno desde una perspectiva local. Si bien la literatura internacional ofrece lineamientos generales sobre la abstinencia por opioides, existe una carencia de investigaciones que documenten de manera descriptiva el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres nicaragüenses de 30 a 40 años atendidas en clínicas privadas. Esta falta de evidencia contextualizada dificulta la formulación de recomendaciones adaptadas a la realidad nacional.

Por lo tanto, se plantea la necesidad de analizar cómo se están aplicando las decisiones clínicas y farmacológicas en el tratamiento del síndrome de abstinencia por tramadol en contextos reales de atención médica. Resulta fundamental identificar las estrategias terapéuticas utilizadas, describir los medicamentos seleccionados y evaluar los criterios que influyen en la elección del manejo clínico. Este análisis permitirá comprender si las prácticas actuales se encuentran alineadas con la evidencia científica disponible y si responden adecuadamente a las necesidades de la población atendida.

De esta problemática general emergen las siguientes interrogantes de investigación: ¿Qué estrategias emplean los médicos para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita? ¿Cuáles son los criterios clínicos y farmacológicos que orientan la selección del tratamiento? ¿Qué medicamentos se utilizan con mayor frecuencia y con qué finalidad terapéutica? ¿Cómo influye la regulación vigente en las decisiones clínicas adoptadas durante el período enero–febrero de 2026?

La respuesta a estas interrogantes permitirá aportar evidencia descriptiva aplicada, contribuir a la comprensión del fenómeno en el contexto nacional y generar información útil para la eventual elaboración de lineamientos clínicos más estandarizados. En consecuencia, el estudio no solo aborda una problemática clínica concreta, sino que también se inserta dentro

de un marco más amplio de fortalecimiento de la práctica médica basada en evidencia y adaptada a la realidad regulatoria y sanitaria de Nicaragua.

Objetivos

Objetivo General.

Analizar el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 – 40 años en la clínica médica Vita, Managua (enero – febrero 2026).

Objetivos Específicos.

Identificar las estrategias que emplean los médicos para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en clínica médica Vita, durante el período de tiempo estudiado.

Describir las estrategias terapéuticas utilizadas en el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en la población estudiada.

Evaluar los hallazgos farmacológicos empleados en el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol, según la práctica clínica de los médicos de la Clínica Médica Vita.

Pregunta Central de Investigación.

La revisión de la literatura científica y de las disposiciones regulatorias evidencia que el tramadol, pese a ser considerado históricamente un opioide de menor potencia, posee un riesgo real de generar dependencia y síndrome de abstinencia, especialmente en contextos de prescripción prolongada o automedicación. Los estudios internacionales (Zúñiga et al., 2024); (Saenz & Sabattini, 2025) han documentado las manifestaciones clínicas más frecuentes y las implicaciones terapéuticas de este cuadro, mientras que las guías técnicas (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024) recomiendan estrategias de reducción gradual y el uso de fármacos complementarios para garantizar la seguridad del paciente. A nivel nacional, la

reciente incorporación del tramadol a la lista de sustancias psicotrópicas controladas (Ministerio de salud de Nicaragua, 2025) refleja la preocupación creciente de las autoridades sanitarias y la necesidad de fortalecer la vigilancia clínica.

Sin embargo, persiste un vacío de conocimiento respecto a cómo estas recomendaciones y disposiciones se aplican en la práctica clínica cotidiana, particularmente en escenarios privados de atención médica en Nicaragua. La ausencia de protocolos nacionales específicos obliga a los profesionales a fundamentar sus decisiones en el juicio clínico individual, lo que genera variabilidad en las estrategias empleadas y plantea interrogantes sobre la efectividad y seguridad del manejo actual. Este contexto justifica la pertinencia de realizar investigaciones que permitan analizar las prácticas clínicas reales, aportando evidencia contextualizada que contribuya a mejorar la atención de los pacientes y a orientar la elaboración de guías adaptadas al entorno nacional.

Esto lleva a plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el manejo clínico que se aplica al síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la clínica médica Vita, Managua, durante el período enero – febrero de 2026?

Justificación

La presente investigación sobre el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita de Managua, durante el período enero – febrero de 2026, se enmarca en el área de Educación y Salud Integral y se inscribe dentro de la línea de investigación en Salud Pública, específicamente en el eje de vigilancia epidemiológica. Este alineamiento se establece en coherencia con la Estrategia Nacional de Educación “Bendiciones y Victorias” 2024–2026, que promueve la protección de la salud de la persona, la familia y la comunidad, y refuerza la pertinencia del estudio al responder

a una problemática que afecta directamente la calidad de vida de las pacientes y la seguridad de los sistemas de salud. De esta manera, el proyecto no solo adquiere relevancia académica, sino también impacto social, al aportar evidencia contextualizada que puede contribuir a la mejora de las prácticas clínicas, a la formulación de guías terapéuticas y al fortalecimiento de las políticas públicas en el ámbito de la salud integral.

El estudio beneficia de forma directa al personal médico y farmacéutico involucrado en la atención de pacientes con antecedentes de consumo de opioides, ya que les proporciona evidencia contextualizada sobre las prácticas clínicas actuales y los criterios terapéuticos empleados en el manejo de la abstinencia por tramadol. Asimismo, las pacientes atendidas en este grupo etario se convierten en beneficiarias inmediatas, al contar con información que puede contribuir a mejorar la calidad de la atención y a reducir riesgos asociados a la suspensión del medicamento. La investigación también aporta utilidad a la institución clínica, al sistema universitario y a la sociedad en general, al generar información técnica aplicable sobre el uso y la suspensión de tramadol, un fármaco recientemente reclasificado como sustancia psicotrópica controlada en Nicaragua. Para el investigador y la universidad, fortalece la producción académica en el área farmacológica y de salud pública, con posibilidad de difusión por medios académicos y telemáticos actuales, lo que incrementa la visibilidad y el impacto del trabajo científico.

La investigación es necesaria porque existe limitada evidencia local sobre el manejo terapéutico específico de la abstinencia por tramadol en contextos clínicos privados y en poblaciones femeninas adultas. Estudios recientes describen las características clínicas de la abstinencia a opioides y los riesgos de dependencia asociados al tramadol, señalando la importancia de la regulación y vigilancia farmacológica (Zúñiga et al., 2024); (Saenz & Sabattini, 2025); (Manraj et al., 2024). Sin embargo, no se dispone de información aplicada al contexto clínico de Managua posterior a la Resolución Ministerial N.º 71-2025, que incorporó el tramadol

a la lista de sustancias psicotrópicas controladas. Por ello, el estudio aporta evidencia clínica y farmacológica contextualizada que puede servir como base para recomendaciones terapéuticas y futuras guías institucionales, contribuyendo a cerrar el vacío de conocimiento existente y a fortalecer la práctica médica en Nicaragua.

El alcance del estudio se centra en describir las estrategias farmacológicas y no farmacológicas utilizadas en el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en un grupo específico de edad y en una institución determinada, durante un período definido. No pretende establecer eficacia comparativa entre protocolos ni generalizar resultados a toda la población nacional, sino documentar prácticas clínicas reales y criterios terapéuticos utilizados en ese entorno. Este enfoque descriptivo permite obtener un panorama claro de las prácticas actuales, identificar patrones emergentes y señalar las limitaciones que enfrentan los profesionales de la salud en la ausencia de protocolos nacionales específicos. Entre las limitaciones se reconoce el carácter local de la muestra y la dependencia de la información obtenida mediante entrevistas clínicas, lo que restringe la posibilidad de extrapolar los hallazgos a otros contextos, pero asegura la validez interna del estudio en el escenario analizado.

La investigación es viable porque se cuenta con acceso a la Clínica Médica Vita como sitio de recolección de datos, con instrumentos previamente diseñados como guía de entrevista y consentimiento informado, y con disponibilidad de fuentes científicas recientes para el sustento teórico. Asimismo, el diseño metodológico es compatible con los recursos de tiempo, logística y supervisión académica disponibles, lo que permite su ejecución dentro del período establecido. La viabilidad también se sustenta en el compromiso institucional y en la pertinencia del tema, que asegura interés y colaboración por parte de los profesionales de la salud involucrados.

En síntesis, la justificación de este estudio se fundamenta en la convergencia de tres dimensiones: la pertinencia social y académica, al responder a una problemática de salud pública actual; la necesidad científica, al aportar evidencia contextualizada en un campo donde existe vacío de conocimiento; y la viabilidad metodológica, al contar con recursos, acceso y respaldo institucional para su ejecución. Todo ello refuerza la importancia de llevar a cabo esta investigación y de difundir sus resultados como insumo para la práctica clínica y la formulación de políticas de salud en Nicaragua.

Limitaciones

En toda investigación científica es necesario reconocer los alcances y las limitaciones que pueden influir en el proceso metodológico y en la interpretación de los resultados. De acuerdo con (Sampieri, 2018), las limitaciones constituyen aquellos aspectos del diseño, contexto o ejecución del estudio que el investigador no puede controlar completamente y que pueden restringir el alcance de los hallazgos. No obstante, el reconocimiento explícito de dichas limitaciones fortalece la transparencia metodológica y contribuye a la rigurosidad científica, ya que permite delimitar con claridad el marco de interpretación de los resultados. En este sentido, las limitaciones no invalidan el estudio, sino que definen su alcance y orientan futuras investigaciones.

A continuación, se describen las principales limitaciones identificadas en el desarrollo de la presente investigación.

Limitación Relacionada con el Tamaño de la Muestra

El estudio estará condicionado por el número reducido de profesionales de la salud disponibles para participar en entrevistas, dado que únicamente podrán ser incluidos aquellos médicos que atienden directamente casos de síndrome de abstinencia por tramadol en la Clínica Médica Vita. Esta característica responde al criterio de muestreo intencional propio del

enfoque cualitativo, en el cual, según (Sampieri, 2018), los participantes se seleccionan en función de su relevancia y experiencia respecto al fenómeno estudiado, y no con base en criterios de representatividad estadística.

Sin embargo, el número limitado de médicos que cumplen con estas características podría restringir la diversidad de perspectivas clínicas analizadas. En investigaciones cualitativas, (Sampieri, 2018) señala que el tamaño de la muestra no se determina por criterios numéricos rígidos, sino por la saturación teórica, es decir, el momento en que la información comienza a repetirse y no emergen nuevos datos relevantes. No obstante, cuando el universo de posibles participantes es reducido, la saturación puede alcanzarse con menor variabilidad conceptual, lo que podría limitar la amplitud de categorías emergentes.

Esta restricción podría influir en la transferibilidad de los hallazgos hacia otros contextos clínicos, especialmente instituciones con mayor complejidad hospitalaria o con protocolos estructurados para el manejo de la abstinencia por opioides. A pesar de ello, se considera que el tamaño de la muestra será suficiente para cumplir con el carácter descriptivo y fenomenológico del estudio, ya que permitirá comprender en profundidad la experiencia clínica dentro del contexto específico de la Clínica Médica Vita. En coherencia con lo planteado por (Sampieri, 2018), el propósito del estudio no es generalizar estadísticamente los resultados, sino generar comprensión contextualizada del fenómeno investigado.

Limitación Relacionada con el Tiempo de Ejecución

El período establecido para la recolección de información podría restringir la posibilidad de ampliar el campo de estudio a otras clínicas del sector público o privado, lo que habría permitido incrementar la diversidad de experiencias clínicas y fortalecer la triangulación de datos. Sampieri (2018) indica que el tiempo disponible constituye un recurso metodológico fundamental que puede influir en la profundidad del análisis cualitativo, ya que la exploración de

fenómenos complejos requiere espacios adecuados para la recopilación, transcripción, codificación e interpretación de la información.

En este caso, la delimitación temporal del estudio al período enero – febrero de 2026 establece un marco concreto de observación, pero también limita la posibilidad de realizar seguimiento longitudinal a los casos clínicos o de incorporar nuevas entrevistas que pudieran enriquecer el análisis comparativo. Una mayor disponibilidad de tiempo habría permitido ampliar el número de participantes, contrastar experiencias entre diferentes instituciones e incluso incorporar técnicas adicionales de triangulación metodológica.

No obstante, aunque esta limitación temporal reduce el alcance potencial del estudio, no se prevé que comprometa la validez interna de los hallazgos dentro del contexto delimitado. Como señala (Sampieri, 2018), en estudios cualitativos el rigor se garantiza mediante la coherencia entre el problema, los objetivos, el diseño metodológico y la interpretación de resultados. En ese sentido, el tiempo asignado será suficiente para cumplir con los objetivos planteados y desarrollar un análisis profundo de la información obtenida.

Limitación Relacionada con la Naturaleza Cualitativa del Estudio

Otra limitación inherente al diseño corresponde al enfoque cualitativo adoptado. Según (Sampieri, 2018), las investigaciones cualitativas buscan comprender fenómenos desde la perspectiva de los participantes, priorizando la profundidad sobre la amplitud. Esto implica que los resultados no pueden generalizarse de manera estadística a toda la población médica ni a todos los contextos clínicos del país.

La interpretación de los datos dependerá del discurso y la experiencia relatada por los médicos entrevistados, lo que introduce un componente subjetivo propio de este tipo de investigación. Sin embargo, esta característica no constituye una debilidad metodológica, sino una propiedad del enfoque fenomenológico, que se orienta a describir y comprender

significados. La limitación radica, por tanto, en la imposibilidad de establecer relaciones causales o medir la efectividad comparativa de estrategias terapéuticas mediante indicadores cuantitativos.

Limitación Relacionada con la Disponibilidad de Información Clínica Documentada

El estudio se basa principalmente en entrevistas a profesionales de la salud y no en revisión sistemática de expedientes clínicos completos, lo que podría limitar la verificación documental de algunos casos descritos. Esta situación responde a consideraciones éticas y de confidencialidad, así como a restricciones institucionales en el acceso a registros clínicos.

(Sampieri, 2018) señala que en investigaciones cualitativas la información proviene frecuentemente de fuentes primarias como entrevistas y observaciones, lo que implica confiar en el relato y la experiencia del participante. Aunque esta estrategia es válida metodológicamente, puede limitar la triangulación con fuentes documentales adicionales.

Consideración Final Sobre las Limitaciones. En conjunto, las limitaciones descritas no invalidan la pertinencia ni la relevancia de la investigación, sino que delimitan su alcance interpretativo. Como establece (Sampieri, 2018), reconocer las limitaciones permite contextualizar adecuadamente los hallazgos y orientar futuras investigaciones que puedan ampliar la muestra, extender el período de estudio o incorporar metodologías mixtas que complementen el análisis cualitativo.

De esta manera, las limitaciones aquí expuestas constituyen un marco de referencia para la interpretación prudente de los resultados y para la proyección de nuevas líneas de investigación sobre el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en el contexto nacional.

Supuestos Básicos.

Se asume que, ante la ausencia de protocolos estandarizados específicos para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol, el personal médico recurre principalmente a la experiencia clínica, el juicio profesional y al conocimiento general sobre la abstinencia a opioides para orientar el diagnóstico y el tratamiento.

Se infiere que el síndrome de abstinencia por tramadol constituye una condición clínica reconocida en la literatura científica, susceptible de presentarse tras la reducción o suspensión del fármaco, incluso cuando este ha sido utilizado con fines terapéuticos.

Se asume que los profesionales de la salud participantes cuentan con experiencia clínica pertinente en la atención de pacientes con síndrome de abstinencia por tramadol, lo que constituye una condición necesaria para la obtención de información relevante y coherente que permita describir el fenómeno en el contexto institucional estudiado.

Categorías, Temas y patrones Emergentes de la Investigación

A continuación, se describen las categorías, temas y patrones emergentes de esta investigación.

Manejo Farmacológico del Síndrome de Abstinencia.

Temas. Reducción progresiva del tramadol; uso de benzodiazepinas; sustitución por analgésicos no opioides; empleo eventual de opioides más potentes en casos severos.

Dentro de esta categoría, los temas más relevantes que emergieron fueron la reducción progresiva del tramadol, el uso de benzodiazepinas, la sustitución por analgésicos no opioides y el empleo eventual de opioides más potentes en casos severos. La reducción progresiva del tramadol se evidenció como la estrategia principal, considerada por los entrevistados como la forma más segura de evitar el agravamiento de los síntomas de abstinencia. La suspensión abrupta del medicamento no es vista como una opción viable, debido al riesgo de

intensificación del cuadro clínico y al aumento de complicaciones tanto físicas como psicológicas.

El uso de benzodiacepinas aparece como un recurso frecuente para el tratamiento sintomático, especialmente en el control de la ansiedad, la agitación y las alteraciones conductuales que acompañan el proceso de abstinencia. Los médicos señalan que este grupo farmacológico permite estabilizar al paciente en las fases iniciales del retiro del tramadol, aunque reconocen que su empleo debe ser cuidadosamente regulado para evitar la aparición de dependencia secundaria. En situaciones de dolor intenso o comportamiento agresivo, algunos profesionales recurren temporalmente a opioides más potentes, como la morfina o la buprenorfina, con el fin de lograr una estabilización clínica rápida. Sin embargo, esta práctica se describe como eventual y limitada a casos severos, dado el riesgo de perpetuar la dependencia. Asimismo, se reporta la sustitución con antiinflamatorios no esteroideos como parte del proceso de estabilización, especialmente en pacientes con dolor crónico que requieren alternativas analgésicas seguras.

En cuanto a los patrones emergentes, se identifica como predominante la desescalada progresiva del medicamento acompañada de tratamiento sintomático. Existe coincidencia entre los entrevistados en priorizar la estabilización clínica gradual, lo que refleja una práctica orientada a minimizar riesgos y controlar tanto las manifestaciones físicas como las psicológicas de la abstinencia. Este patrón sugiere que, más allá de las diferencias individuales en la elección de fármacos complementarios, la lógica clínica compartida se centra en evitar la abrupta interrupción del tramadol y en acompañar el proceso con medidas farmacológicas que reduzcan el impacto del síndrome de abstinencia.

Otro patrón emergente identificado es la variabilidad en la selección de medicamentos complementarios, la cual depende de la disponibilidad de recursos en cada institución y de la experiencia personal del médico tratante. Mientras algunos profesionales optan por

benzodiacepinas como primera línea de apoyo, otros prefieren antiinflamatorios no esteroideos o incluso recurren a opioides más potentes en casos extremos. Esta variabilidad pone de manifiesto la ausencia de protocolos nacionales específicos y la necesidad de contar con guías clínicas adaptadas al contexto local.

Finalmente, se observa un patrón relacionado con la percepción de riesgo subestimado. Los médicos reconocen que, en muchos casos, el tramadol ha sido considerado un analgésico relativamente seguro, lo que ha favorecido su prescripción prolongada sin un monitoreo estricto. Sin embargo, la experiencia clínica muestra que la dependencia y el síndrome de abstinencia asociados al tramadol son problemas reales y crecientes, lo que obliga a replantear las prácticas de prescripción y a fortalecer las estrategias de manejo clínico.

Patrones Emergentes. Se identifica como patrón predominante la desescalada progresiva del medicamento acompañada de tratamiento sintomático. Existe coincidencia entre los entrevistados en priorizar la estabilización clínica gradual, lo que refleja una práctica orientada a minimizar riesgos y controlar manifestaciones físicas y psicológicas de la abstinencia.

Criterios Clínicos Para la Toma de Decisiones Terapéuticas.

Temas: Intensidad del dolor; nivel de ansiedad; conducta agresiva; tiempo de consumo; antecedentes de consumo de sustancias.

Los temas que emergieron dentro de esta categoría fueron la intensidad del dolor, el nivel de ansiedad, la presencia de conducta agresiva, el tiempo de consumo del tramadol y los antecedentes de consumo de otras sustancias. La intensidad del dolor se reconoce como un criterio fundamental, ya que condiciona la necesidad de recurrir a analgésicos complementarios o incluso a opioides más potentes en casos extremos. Los médicos señalan que un dolor

intenso no controlado puede agravar el cuadro de abstinencia y dificultar la adherencia al proceso de reducción progresiva del medicamento.

El nivel de ansiedad y la presencia de conducta agresiva también influyen directamente en la elección del tratamiento. La ansiedad se describe como uno de los síntomas más frecuentes y debilitantes, lo que justifica el uso de benzodiacepinas como recurso terapéutico. En casos donde la ansiedad se acompaña de agitación o agresividad, los profesionales consideran necesario ajustar la dosificación o incorporar medicamentos adicionales que permitan estabilizar al paciente. Este criterio refleja la importancia de atender no solo las manifestaciones físicas de la abstinencia, sino también las alteraciones conductuales que pueden comprometer la seguridad del paciente y del entorno clínico.

El tiempo de consumo del tramadol constituye otro criterio relevante, ya que los médicos reconocen que la duración del uso condiciona la severidad del síndrome de abstinencia. Pacientes con consumo prolongado tienden a presentar síntomas más intensos y requieren estrategias de reducción más cuidadosas. De manera similar, los antecedentes de consumo de otras sustancias se consideran un factor de riesgo que puede complicar el manejo clínico. La coexistencia de dependencia a alcohol, benzodiacepinas u otros opioides incrementa la complejidad del tratamiento y obliga a los profesionales a diseñar intervenciones más integrales.

Patrones Emergentes: El patrón central es la predominancia del criterio clínico individual como fundamento de las decisiones terapéuticas. Esto genera un manejo personalizado, aunque también puede producir variabilidad en las estrategias empleadas entre profesionales

Estrategias No Farmacológicas Complementarias.

Temas. Apoyo familiar; referencia a psicología; referencia a psiquiatría; acompañamiento emocional.

En los discursos analizados se reconoce que el síndrome de abstinencia no se limita a manifestaciones físicas, sino que involucra componentes emocionales y conductuales. Por ello, se menciona la importancia del apoyo familiar y la derivación a servicios de psicología o psiquiatría cuando el caso lo requiere. Estas estrategias buscan fortalecer la estabilidad emocional del paciente durante el proceso de reducción del fármaco.

Patrones Emergentes. Se observa un consenso en la necesidad de integrar apoyo psicosocial al tratamiento farmacológico, evidenciando una comprensión integral del fenómeno de dependencia.

Contexto Normativo y Ausencia de Protocolos Institucionales.

Temas. Regulación reciente del tramadol; ausencia de guías clínicas específicas; dependencia del criterio profesional.

Los participantes reconocen que el tramadol se encuentra actualmente bajo regulación más estricta; sin embargo, manifiestan que no existen protocolos institucionales específicos para el manejo del síndrome de abstinencia por este medicamento. En consecuencia, las decisiones terapéuticas se sustentan principalmente en la experiencia clínica individual.

Patrones Emergentes. El patrón identificado es la coexistencia de un marco regulatorio general con una limitada estandarización práctica en la atención clínica, lo que refuerza la necesidad de lineamientos adaptados al contexto nacional.

Perspectiva Teórica

Estado del Arte

La literatura científica contemporánea ha incrementado significativamente el interés en el estudio del tramadol debido a su creciente utilización clínica y al reconocimiento progresivo de su potencial para generar dependencia y síndrome de abstinencia. Aunque durante años fue considerado un opioide “atípico” o de menor riesgo en comparación con otros analgésicos opioides, investigaciones recientes han demostrado que su perfil farmacológico particular no lo exime de producir dependencia física y psicológica, incluso cuando se emplea con fines terapéuticos legítimos.

Desde una perspectiva fisiopatológica, (Zúñiga et al., 2024) profundizan en los mecanismos neurobiológicos implicados en el síndrome de abstinencia por opioides, destacando que la hiperactividad del locus coeruleus constituye un elemento central en la génesis de los síntomas. Este núcleo noradrenérgico del tronco encefálico desempeña un papel clave en la regulación del estado de alerta y la respuesta al estrés; durante la abstinencia, la disminución de la estimulación opioide genera una activación compensatoria que se traduce en síntomas autonómicos como sudoración, taquicardia, ansiedad e irritabilidad. En el caso específico del tramadol, su mecanismo dual agonismo opioide débil y bloqueo de la recaptación de serotonina y noradrenalina introduce una complejidad adicional. La combinación de efectos opioides y monoaminérgicos puede producir un perfil sintomatológico parcialmente diferenciado, lo que implica que la abstinencia no solo responde a la desregulación opioide clásica, sino también a alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica.

Esta particularidad farmacodinámica sugiere que los esquemas terapéuticos tradicionales diseñados para otros opioides podrían no ser completamente suficientes para el manejo específico de la abstinencia por tramadol. Mientras que la abstinencia por morfina o heroína se asocia principalmente a síntomas autonómicos y dolor generalizado, en el tramadol pueden observarse además manifestaciones relacionadas con alteraciones del estado de ánimo, mayor riesgo convulsivo y fenómenos neuropsiquiátricos, lo que demanda una comprensión más integral del fenómeno.

En el contexto latinoamericano, (Saenz & Sabattini, 2025) realizaron una revisión sistemática enfocada en patrones de abuso y trastornos por consumo de tramadol. Sus hallazgos evidencian una elevada prevalencia de policonsumo (100 %), escalada progresiva de dosis en el 80 % de los casos y presencia de convulsiones tónico-clónicas en el 12.9 % de los pacientes evaluados. Estos datos son particularmente relevantes porque demuestran que el uso problemático del tramadol no se limita al aumento gradual de la dosis para controlar el dolor, sino que puede evolucionar hacia un patrón de consumo compulsivo acompañado de complicaciones neurológicas graves. La presencia de convulsiones, fenómeno menos frecuente en otros opioides de potencia similar, refuerza la idea de que el tramadol posee características clínicas diferenciadas.

La coincidencia entre los hallazgos neurobiológicos descritos por (Zúñiga et al., 2024) y los patrones conductuales documentados por (Saenz & Sabattini, 2025) permite establecer una relación entre la base fisiopatológica y las manifestaciones clínicas observadas en la práctica. La hiperactividad noradrenérgica y la alteración serotoninérgica podrían explicar no solo la sintomatología autonómica, sino también la mayor vulnerabilidad a crisis convulsivas y alteraciones del comportamiento. De este modo, la literatura no solo confirma el potencial adictivo del tramadol, sino que lo contextualiza dentro de un marco neurobiológico coherente.

En la misma línea, (Manraj et al., 2024) advierten que la dependencia puede desarrollarse incluso cuando el medicamento ha sido prescrito adecuadamente para el tratamiento del dolor moderado a severo. Este planteamiento resulta fundamental porque desplaza el foco del problema desde el abuso intencional hacia la prescripción prolongada sin monitoreo adecuado. La dependencia, por tanto, no debe interpretarse exclusivamente como resultado de conductas desviadas, sino como una posible consecuencia del uso terapéutico continuado, especialmente en pacientes con dolor crónico. Esta perspectiva amplía la comprensión del fenómeno y obliga a reconsiderar los protocolos de seguimiento clínico en pacientes que reciben tramadol durante períodos prolongados.

Desde el punto de vista terapéutico, la literatura ofrece recomendaciones generales para el manejo del síndrome de abstinencia por opioides. (Zúñiga et al., 2024) señalan el uso de agonistas opioides como buprenorfina y metadona, así como agonistas α -2 adrenérgicos como clonidina, para el control de los síntomas autonómicos. Estas estrategias se basan en la sustitución controlada o en la modulación de la hiperactividad simpática. Sin embargo, la evidencia específica sobre el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol es limitada y en muchos casos se extrapola a partir de estudios realizados con otros opioides.

(Mansi & Martin, 2023) sostienen que la clonidina puede ser eficaz para controlar los síntomas autonómicos, pero no aborda de manera integral los componentes serotoninérgicos asociados al mecanismo dual del tramadol. Esta observación pone en evidencia una brecha terapéutica: mientras que los síntomas físicos pueden atenuarse con agonistas α -2 adrenérgicos, las alteraciones del estado de ánimo, la ansiedad intensa o el riesgo convulsivo pueden requerir estrategias complementarias. En consecuencia, el tratamiento del síndrome de abstinencia por tramadol no debería limitarse a protocolos generales de desintoxicación opioide, sino adaptarse a sus características farmacológicas específicas.

Además de las intervenciones farmacológicas, la literatura enfatiza la importancia de estrategias no farmacológicas. El acompañamiento psicológico, el apoyo familiar y el seguimiento clínico estructurado forman parte de un enfoque integral que reconoce la dimensión biopsicosocial de la dependencia. Aunque gran parte de la evidencia se centra en opioides de mayor potencia, el principio de integralidad terapéutica resulta igualmente aplicable al tramadol, especialmente considerando su impacto en el estado emocional y la conducta.

En el plano normativo, la regulación del tramadol ha evolucionado en distintos países como respuesta al incremento en los casos de uso indebido y dependencia. En Nicaragua, la Resolución Ministerial No. 71-2025 reclasifica el tramadol como sustancia psicotrópica controlada, estableciendo mayores restricciones en su prescripción y dispensación. Esta medida refleja un reconocimiento institucional del riesgo asociado al fármaco y se alinea con tendencias internacionales orientadas a fortalecer el control sanitario de opioides. Sin embargo, la existencia de regulación no garantiza automáticamente la estandarización del manejo clínico del síndrome de abstinencia.

Desde la perspectiva metodológica planteada por (Sampieri, 2018), el análisis del estado del arte permite identificar tendencias, convergencias, divergencias y vacíos de conocimiento. En este caso, la revisión evidencia que la mayoría de investigaciones se concentran en tres ejes principales: los mecanismos fisiopatológicos de la abstinencia, los patrones de abuso y los lineamientos terapéuticos generales para opioides. No obstante, existe una limitada producción científica orientada a documentar cómo se implementan estas recomendaciones en contextos clínicos específicos, particularmente en escenarios locales con recursos y normativas propias.

En especial, no se identifican estudios que examinen el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres nicaragüenses de 30 a 40 años atendidas en clínicas privadas durante el período enero – febrero de 2026. La ausencia de evidencia contextualizada

limita la formulación de estrategias adaptadas a la realidad nacional y dificulta la elaboración de guías clínicas basadas en la práctica local.

En síntesis, el estado actual del conocimiento confirma que el tramadol posee un potencial adictivo significativo, sustentado en mecanismos neurobiológicos complejos y respaldado por evidencia clínica y epidemiológica. También se reconoce la existencia de lineamientos terapéuticos generales para la abstinencia por opioides; sin embargo, persiste una brecha en cuanto a la aplicación específica de estos lineamientos al caso del tramadol y, más aún, en contextos locales concretos. Esta situación evidencia la necesidad de investigaciones descriptivas aplicadas que los profesionales y generen conocimiento útil para fortalecer la práctica médica y la formulación documenten las estrategias clínicas reales, identifiquen criterios farmacológicos utilizados *por* de futuras guías nacionales.

Perspectiva Teórica Asumida.

La presente investigación se sustenta en una perspectiva teórica biomédica–clínica integrada con un enfoque de salud pública y regulatorio, orientada a comprender el síndrome de abstinencia por tramadol como un fenómeno multidimensional que involucra procesos neurobiológicos, fundamentos farmacológicos, decisiones clínicas individuales y determinantes contextuales vinculados a la regulación sanitaria. Esta perspectiva articula los fundamentos farmacológicos de los opioides, el perfil específico del tramadol, los procesos de dependencia y abstinencia, las estrategias terapéuticas empleadas en la práctica clínica y el marco normativo nacional que regula su prescripción y dispensación.

Fundamentos Farmacológicos de los Opioides

Los analgésicos opioides constituyen un grupo de fármacos con acción principal sobre el sistema nervioso central, utilizados en el tratamiento del dolor moderado a severo. Su efecto

farmacológico se produce mediante la activación de receptores opioides específicos, principalmente los receptores μ (mu), κ (kappa) y δ (delta), los cuales participan en la modulación de la percepción del dolor, la respuesta emocional al mismo y diversos efectos neurovegetativos. La activación de estos receptores genera analgesia, pero también se asocia a múltiples efectos adversos y al desarrollo de tolerancia y dependencia (Schumacher et al., 2021).

Desde el punto de vista farmacodinámico, los opioides producen efectos que incluyen analgesia, sedación, depresión respiratoria, disminución de la motilidad gastrointestinal, náuseas y vómitos. Estos efectos no deseados son considerados extensiones de su acción farmacológica primaria. Entre los efectos adversos más relevantes descritos se encuentran la depresión respiratoria, el estreñimiento, la retención urinaria, el prurito, la sedación, el delirio y, en algunos casos, convulsiones y mioclonías. Con el uso crónico también pueden observarse alteraciones endocrinas como hipogonadismo, cambios inmunológicos e hiperalgesia inducida por opioides (Schumacher et al., 2021).

En el contexto actual, el uso de opioides se encuentra bajo una estricta vigilancia regulatoria en muchos países, debido al incremento de casos de abuso y dependencia. Este panorama ha motivado la búsqueda de alternativas terapéuticas y el desarrollo de protocolos más seguros para su prescripción. Sin embargo, en escenarios clínicos donde el dolor es intenso y persistente, los opioides continúan siendo indispensables, lo que obliga a los profesionales de la salud a balancear cuidadosamente los beneficios y riesgos de su uso.

En conclusión, los analgésicos opioides representan un recurso terapéutico de gran valor en el manejo del dolor, pero su administración requiere un control riguroso para evitar complicaciones asociadas a la tolerancia, la dependencia y los efectos adversos descritos. La evidencia científica, como la presentada por (Schumacher et al., 2021), subraya la importancia de comprender tanto los mecanismos farmacológicos como las consecuencias clínicas de estos

fármacos, con el fin de diseñar estrategias de manejo que maximicen su eficacia y minimicen los riesgos para los pacientes.

Perfil Farmacológico del Tramadol.

Según (Manraj et al., 2024) el tramadol es un analgésico de acción central ampliamente utilizado en el tratamiento del dolor moderado a severo. Su mecanismo farmacológico combina la actividad agonista sobre receptores opioides μ con la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina, lo que le confiere un perfil farmacodinámico particular en comparación con otros opioides clásicos. Al igual que otros opioides, el tramadol se une selectivamente a varios receptores opiáceos en el sistema nervioso central (SNC) debido a su naturaleza opioide. La enzima hepática CYP2D6 convierte el tramadol en su metabolito activo M1, que tiene una mayor afinidad por el receptor μ que la forma inactiva.

El metabolito M1 demuestra una potencia analgésica hasta 6 veces mayor que el tramadol. El tramadol no se une tanto al receptor μ como la morfina. A diferencia de otros opioides, el tramadol no revierte completamente su curso tras la administración de naloxona. El efecto analgésico también se atribuye al efecto antinociceptivo en la vía descendente, secundario a la inhibición de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Manraj et al., 2024).

Las reacciones adversas más comunes con el tramadol son náuseas, mareos, prurito, estreñimiento, vómitos, somnolencia y dolor de cabeza. Tienden a ocurrir durante el tratamiento inicial más que durante la fase de mantenimiento. Se ha reportado manía inducida por tramadol en un paciente sin antecedentes de trastorno bipolar (Manraj et al., 2024).

Los efectos adversos graves incluyen sedación profunda y depresión respiratoria, esta última, si es grave, puede provocar la muerte. La insuficiencia suprarrenal requiere un diagnóstico rápido, la suspensión del tramadol y el tratamiento con esteroides. También se han reportado hipotensión severa, síncope e hipotensión ortostática. El tramadol puede reducir la

estimulación respiratoria, lo que conduce a retención de CO₂ y agravamiento de la presión intracraneal. Ciertos riesgos están asociados al uso simultáneo de tramadol con benzodiacepinas, ya que combinar opioides y benzodiacepinas puede provocar depresión respiratoria sinérgica, aumentando significativamente la probabilidad de una sobredosis de fármacos. Por lo tanto, es recomendable evitar esta combinación (Manraj et al., 2024).

Bajo esta concepción, la abstinencia no se interpreta exclusivamente como un fenómeno conductual o psicológico, sino como una manifestación clínica objetiva derivada de cambios neuroadaptativos inducidos por la exposición sostenida al medicamento. Esto implica reconocer que la dependencia física puede desarrollarse incluso cuando el fármaco ha sido utilizado con fines terapéuticos y bajo prescripción médica, lo que amplía el análisis más allá del paradigma tradicional del abuso de sustancias.

Uso Indevido y Dependencia del Tramadol.

En los últimos años, la literatura científica ha incrementado la atención sobre el uso indebido de tramadol y sus consecuencias clínicas. (Saenz & Sabattini, 2025), en una revisión sistemática sobre abuso y trastornos por consumo de tramadol, documentan que este fármaco presenta un riesgo significativo de uso problemático, especialmente en contextos de automedicación, escalada de dosis y ausencia de control estricto de prescripción. Sus hallazgos muestran que, aunque históricamente fue percibido como un opioide “más seguro”, actualmente se reconoce su capacidad para inducir dependencia fisiológica y psicológica, así como síndromes de abstinencia clínicamente relevantes. Estos hallazgos han motivado cambios regulatorios en distintos países y refuerzan la necesidad de estudiar no solo el consumo, sino también el manejo clínico de la abstinencia asociada.

Síndrome de Abstinencia por Tramadol

El síndrome de abstinencia por opioides se define como el conjunto de signos y síntomas que aparecen tras la interrupción brusca o la reducción significativa del consumo en pacientes con dependencia. (Zúñiga et al., 2024) describen que este síndrome incluye manifestaciones como ansiedad, irritabilidad, insomnio, sudoración, dolor muscular, náuseas, síntomas gastrointestinales y alteraciones autonómicas.

En el caso del tramadol, la presentación clínica puede incorporar además manifestaciones relacionadas con su efecto sobre monoaminas, lo que amplía el espectro sintomático y puede modificar la respuesta terapéutica (Zúñiga et al., 2024). En este contexto, resulta fundamental reconocer que la abstinencia no es un evento uniforme, sino un proceso clínico cuya expresión depende de la dosis utilizada, la duración del consumo, las características del paciente y las intervenciones terapéuticas aplicadas.

Manifestaciones Clínicas y Severidad del Cuadro.

Las manifestaciones clínicas constituyen un componente central para la comprensión del síndrome de abstinencia por tramadol. Desde el punto de vista clínico, se entienden como el conjunto observable de signos y síntomas que expresan la respuesta fisiológica y neuroquímica del organismo ante la ausencia del fármaco. Estas manifestaciones pueden ser físicas, psicológicas y conductuales, y su identificación orienta la clasificación de la severidad del cuadro y la selección de las estrategias terapéuticas. La presencia de dolor, sudoración, insomnio, náuseas y alteraciones del estado de ánimo forma parte de los indicadores clínicos utilizados por el personal de salud para reconocer y valorar el cuadro de abstinencia en la práctica médica (Zúñiga et al., 2024).

La severidad del cuadro clínico es otro concepto fundamental dentro del análisis del síndrome de abstinencia. La severidad se refiere a la intensidad y al impacto funcional de los

signos y síntomas que presenta el paciente, así como a la probabilidad de desenlaces adversos durante la evolución del cuadro. En la literatura clínica se reconoce que la severidad orienta la toma de decisiones terapéuticas, la necesidad de intervención farmacológica, el nivel de supervisión requerido y el uso de recursos sanitarios. La evaluación de la severidad puede basarse en el número de síntomas presentes, su intensidad y el grado de afectación de la funcionalidad del paciente, constituyendo un criterio clave para seleccionar y ajustar el tratamiento (Puig Manresa et al., n.d.).

En coherencia con este enfoque, el proceso diagnóstico no depende de pruebas de laboratorio específicas, sino de la valoración integral del paciente, su historia farmacológica y la correlación temporal entre la disminución del consumo y la aparición de síntomas.

Manejo Clínico del Síndrome de Abstinencia

En relación con el manejo terapéutico, (Zúñiga et al., 2024) describen que existen estrategias farmacológicas utilizadas en la práctica clínica para el control de los síntomas de abstinencia. Entre ellas mencionan el uso de agonistas opioides de acción prolongada y de fármacos moduladores adrenérgicos alfa-2 como la clonidina, los cuales contribuyen a reducir la intensidad de los síntomas autonómicos. El documento también indica que la selección de la estrategia terapéutica debe considerar la condición clínica del paciente y la severidad del cuadro sintomático.

Dentro del manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol, la farmacoterapia ocupa un lugar central. La terapia farmacológica se entiende como el uso de medicamentos con el objetivo de prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal (National Cancer Institute., s.f.). En el contexto de la abstinencia por opioides, la farmacoterapia puede incluir fármacos destinados a reducir la intensidad de los síntomas, estabilizar al paciente y prevenir complicaciones. Las decisiones farmacológicas se basan en criterios clínicos como severidad del cuadro, comorbilidades, antecedentes de consumo y

respuesta previa a tratamientos. (Manraj et al., 2024) señalan que el conocimiento detallado del perfil farmacológico del tramadol es indispensable para planificar estrategias de retirada y manejo sintomático de forma segura.

Además de las intervenciones farmacológicas, el manejo clínico puede incluir estrategias no farmacológicas, tales como apoyo psicológico, orientación al paciente, seguimiento clínico cercano y participación del entorno familiar. La integración de medidas farmacológicas y no farmacológicas responde a un enfoque clínico integral centrada en la seguridad y el bienestar del paciente.

No obstante, la investigación asume que el manejo clínico real puede diferir de las recomendaciones normativas internacionales debido a factores contextuales como disponibilidad de medicamentos, recursos institucionales, experiencia del profesional y ausencia de protocolos estandarizados. Por ello, esta perspectiva teórica reconoce la importancia del criterio clínico individual como elemento central en la toma de decisiones terapéuticas dentro del contexto local.

Marco Normativo y Contexto Nacional

Desde el enfoque de salud pública, el síndrome de abstinencia por tramadol se interpreta también como una consecuencia indirecta de patrones de prescripción, accesibilidad del medicamento y control regulatorio. La literatura reciente ha documentado que el tramadol, aunque inicialmente considerado de menor riesgo, posee potencial significativo de dependencia y abuso, especialmente en escenarios con supervisión limitada (Saenz & Sabattini, 2025). En este sentido, el fenómeno no puede analizarse únicamente desde la fisiopatología individual, sino también desde las dinámicas del sistema sanitario y las políticas de control farmacológico.

En el contexto normativo, la regulación del tramadol ha experimentado cambios recientes en Nicaragua. El Ministerio de Salud, mediante la Resolución Ministerial No. 71-2025,

incluyó al tramadol en la lista de sustancias psicotrópicas controladas, estableciendo requisitos más estrictos para su prescripción, dispensación y control sanitario. Esta medida responde a la preocupación por el uso indebido, la automedicación y el potencial de dependencia del fármaco. La reclasificación regulatoria incrementa la relevancia de estudiar cómo se manejan clínicamente los casos de abstinencia, ya que introduce nuevas exigencias de control y supervisión en la práctica médica y farmacéutica (Asamblea Nacional de Nicaragua, 1998).

Desde la perspectiva clínica y farmacéutica, resulta necesario analizar de manera sistemática las estrategias terapéuticas empleadas en contextos reales de atención. La variabilidad en la práctica médica, la ausencia de protocolos específicos locales y la adaptación de guías diseñadas para otros opioides pueden generar diferencias en las decisiones terapéuticas. Por ello, el estudio del manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol, con énfasis en criterios farmacológicos, severidad clínica, reacciones adversas y selección de tratamientos, permite articular la base teórica con la práctica observada y producir conocimiento aplicable al contexto sanitario específico.

En conclusión, la perspectiva teórica asumida en esta investigación permite comprender el síndrome de abstinencia por tramadol como un fenómeno clínico complejo que integra dimensiones farmacológicas, neurobiológicas, clínicas y regulatorias. La interacción entre los fundamentos farmacodinámicos del tramadol, los procesos de neuroadaptación asociados a la dependencia, la valoración clínica de la severidad sintomática y el contexto normativo nacional configura un escenario en el que las decisiones terapéuticas no pueden analizarse de manera aislada, sino dentro de un marco integral.

Metodología

Enfoque Cualitativo Asumido y su Justificación

Tipo de Estudio

La presente investigación adoptó un estudio no experimental, de corte transversal, con un diseño cualitativo fenomenológico descriptivo. Se optó este diseño debido a que la investigación se orientó a analizar el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años, así como a describir las estrategias terapéuticas empleadas por los profesionales de la salud en su práctica clínica. El enfoque fenomenológico permitió comprender estas estrategias desde la experiencia de los médicos, interpretando los hallazgos en relación con la literatura existente y reconociendo que no se buscaba manipular variables ni demostrar causalidad, sino comprender significados y prácticas.

Enfoque

Tiene un enfoque cualitativo ya que se orientó a describir las estrategias utilizadas por los médicos ante el síndrome de abstinencia.

Escenario de la investigación

El estudio se desarrolló en Clínica médica Vita, Managua.

Población

La población de la investigación se conformó por los médicos de Clínica médica Vita

Muestra Teórica y Sujetos del Estudio

Muestra

Se seleccionaron 3 médicos de Clínica Médica Vita como muestra del estudio debido a que por su especialidad son de los pocos médicos de la clínica tratando pacientes con síndrome de abstinencia. De acuerdo con (Sampieri, 2018), en estudios cualitativos

descriptivos el tamaño de muestra oscila entre 1 y 50 casos, determinada por saturación de categorías. Para este estudio se entrevistará a 3 médicos hasta alcanzar saturación informativa

Tipo de Muestreo

El estudio emplea un muestreo no probabilístico de tipo intencional, en el cual los participantes se seleccionaron deliberadamente de acuerdo con criterios definidos por el investigador y su relación directa con el fenómeno analizado. En la investigación cualitativa, este tipo de muestreo permite elegir informantes clave con experiencia pertinente, capaces de aportar información profunda y contextualizada sobre la situación estudiada, priorizando la riqueza de los datos sobre la generalización estadística (Sampieri, 2018).

Métodos y Técnicas de Recolección de Datos

En la metodología cualitativa descrita por (Sampieri, 2018), los métodos y técnicas de recolección de datos se entienden como los procedimientos sistemáticos que permiten obtener información relevante y contextualizada acerca del fenómeno de estudio. De manera literal, se señala que: “Los métodos y técnicas de recolección de datos en la investigación cualitativa son las estrategias que el investigador utiliza para obtener información profunda y significativa acerca del problema de investigación, recurriendo a diversas fuentes y escenarios”.

Cuando se emplean entrevistas semiestructuradas, estas se consideran una técnica flexible que combina preguntas previamente diseñadas con la posibilidad de introducir nuevas interrogantes en función de las respuestas de los participantes. Este formato permitió mantener una guía temática que aseguró la coherencia con los objetivos de la investigación, al mismo tiempo que otorgó libertad para explorar aspectos emergentes que surgen durante la interacción.

Para obtener información detallada y contextualizada, se emplearon las siguientes técnicas: entrevistas semiestructuradas.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para la realización de las entrevistas semiestructuradas se siguieron los siguientes pasos:

Elaboración de la guía de entrevistas: Se diseñaron las preguntas que conforman la guía de entrevista semiestructurada, asegurando que estuvieran alineadas con los objetivos del estudio y permitieran recopilar información relevante y detallada.

Identificación de los participantes: Se seleccionaron a los médicos que atienden directamente a mujeres de 30-40 años presentando el síndrome de abstinencia por tramadol

Organización logística: Se planificaron las entrevistas, se establecieron las fechas, horarios y lugares más convenientes para los participantes, garantizando accesibilidad y comodidad.

Realización de las entrevistas: Se llevaron a cabo las entrevistas de manera individual, en un ambiente privado que garantizó la confidencialidad de la información.

Procesamiento y análisis inicial de las entrevistas.

Aspectos Éticos

La presente investigación se desarrolló bajo los principios éticos que rigen la investigación científica en el ámbito de la salud, particularmente aquellos aplicables a estudios de enfoque cualitativo. De acuerdo con Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2018), la ética en la investigación implica la protección de los participantes, el respeto a su dignidad, la transparencia en los procedimientos y el uso responsable de la información obtenida. Los autores señalan que toda investigación debe garantizar que los sujetos involucrados participen de manera voluntaria, informada y sin sufrir daño físico, psicológico o social como consecuencia del estudio.

En coherencia con estos principios, el estudio adoptó medidas específicas orientadas a salvaguardar los derechos de los participantes y asegurar el cumplimiento de las normativas institucionales y profesionales.

Cumplimiento de Normativas Institucionales

Según (Sampieri, 2018), toda investigación debe contar con autorización formal de las instituciones donde se llevará a cabo, garantizando que el proceso investigativo respete los reglamentos internos y las disposiciones legales vigentes. En este sentido, las actividades del estudio fueron previamente notificadas y autorizadas por las autoridades competentes de la Clínica Médica Vita, asegurando que el desarrollo de la investigación se encontrara alineado con su normativa institucional y con los lineamientos éticos aplicables al ejercicio profesional de la medicina.

Este cumplimiento institucional no solo legitimó el proceso investigativo, sino que también garantizó que la recolección de información no interfiriera con la atención médica habitual ni comprometiera la calidad del servicio brindado a los pacientes. Asimismo, aseguró que los procedimientos empleados respeten las disposiciones relacionadas con el manejo de información clínica y la protección de datos sensibles.

Consentimiento Informado y Participación Voluntaria

(Sampieri, 2018) establecen que uno de los principios fundamentales de la ética en la investigación es el consentimiento informado, entendido como el proceso mediante el cual los participantes reciben información clara, suficiente y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, para decidir libremente si desean participar.

En este estudio, los médicos entrevistados fueron informados previamente sobre la finalidad académica de la investigación, la naturaleza descriptiva del estudio, el uso exclusivo de la información con fines científicos y su derecho a retirarse en cualquier momento sin

consecuencias. La participación fue completamente voluntaria y no implicó ningún tipo de presión, coerción o incentivo indebido.

Confidencialidad y Anonimato

De acuerdo con (Sampieri, 2018), la confidencialidad consiste en proteger la identidad de los participantes y evitar que la información proporcionada pueda asociarse directamente con una persona específica. En investigaciones cualitativas, donde se recopilan opiniones y experiencias profesionales, este principio cobra especial relevancia.

En consecuencia, se garantizó que los datos recolectados mediante entrevistas no incluyeran nombres, cargos específicos ni información que permita identificar directamente a los participantes. En la presentación de los resultados se utilizaron códigos o denominaciones genéricas (por ejemplo, "Entrevistado 1", "Médico A"), preservando el anonimato. Además, los archivos digitales y transcripciones fueron resguardados en dispositivos protegidos, con acceso restringido únicamente a los investigadores responsables.

La información obtenida no fue compartida con terceros ajenos al estudio ni utilizada para fines distintos a los establecidos en el protocolo de investigación.

Respeto y Manejo Ético de los Datos

(Sampieri, 2018) señalan que la ética también implica el uso responsable de los datos, evitando su manipulación, tergiversación o interpretación sesgada. En este sentido, el análisis de la información se realizará de manera objetiva, respetando fielmente las respuestas brindadas por los participantes y evitando alteraciones que distorsionen su significado original.

La información recopilada fue utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos, en el marco del estudio sobre el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol. No se empleó para evaluaciones laborales, juicios profesionales ni ningún otro propósito externo al ámbito investigativo.

Asimismo, se respeta el principio de beneficencia, procurando que los resultados contribuyan al fortalecimiento de la práctica clínica y a la mejora de los procesos terapéuticos, sin generar perjuicio alguno a los participantes ni a la institución.

Principios Éticos de la Investigación Cualitativa

En el enfoque cualitativo (Sampieri, 2018) destacan que el investigador debe actuar con integridad, sensibilidad y respeto hacia el contexto estudiado. Esto implica reconocer la experiencia profesional de los participantes como fuente legítima de conocimiento y evitar posturas que puedan desvalorizar sus aportes.

En este estudio, se asume una postura descriptiva y no evaluativa. El objetivo no fue juzgar las decisiones clínicas de los profesionales, sino comprender y documentar las estrategias empleadas en un contexto específico. Esta orientación garantiza un tratamiento ético y respetuoso de la información proporcionada.

Criterios de Calidad aplicados: Credibilidad, Confiabilidad y Triangulación.

En coherencia con la presente investigación con enfoque cualitativo fenomenológico descriptivo, se aplicaron criterios de calidad metodológica orientados a garantizar el rigor científico del estudio. De acuerdo con (Sampieri, 2018), el rigor en los estudios cualitativos se sustenta en criterios como credibilidad, dependibilidad (confiabilidad), confirmabilidad y transferibilidad, los cuales permiten evaluar la solidez y coherencia del proceso investigativo.

Credibilidad

La credibilidad se refiere al grado en que los resultados representan fielmente la realidad del fenómeno estudiado (Sampieri, 2018). En la presente investigación, este criterio se garantizó mediante la selección intencional de informantes clave, conformada por médicos con experiencia directa en el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en la Clínica Médica Vita.

Asimismo, se empleó una guía de entrevista semiestructurada alineada con los objetivos del estudio, permitiendo obtener información pertinente y contextualizada. La coherencia entre los hallazgos empíricos y la literatura científica revisada fortaleció la consistencia interpretativa del estudio.

Confiabilidad

En este estudio, se aseguró mediante la descripción detallada del diseño metodológico, el procedimiento de recolección de datos y la sistematización de la información en matrices de reducción de datos.

El protocolo de aplicación de entrevistas estableció pasos claros para la selección de participantes, organización logística, aplicación del instrumento y registro de la información, permitiendo que el procedimiento pueda replicarse en condiciones similares.

Triangulación

En la metodología cualitativa desarrollada por (Sampieri, 2018), la triangulación se define como una técnica de validación que consiste en contrastar y combinar diferentes perspectivas, fuentes y métodos de investigación con el propósito de incrementar la credibilidad y la solidez de los hallazgos. De manera literal, se describe como: “La triangulación es una técnica de análisis de datos que se centra en contrastar visiones o enfoques a partir de los datos recolectados. Por medio de esta se mezclan los métodos empleados para estudiar el fenómeno, bien sea aquellos de orientación cuantitativa o cualitativa”.

En la presente investigación, la triangulación se realizó mediante la comparación sistemática entre: Los hallazgos obtenidos en las entrevistas, la reducción y categorización de los datos. el sustento del marco teórico y los objetivos planteados en el estudio.

Esta confrontación permitió identificar niveles de coherencia entre la práctica clínica observada y la evidencia científica disponible, incrementando la solidez analítica del estudio.

Métodos y Técnicas Para el Procesamiento de Datos y análisis de Información.

El procesamiento y análisis de la información se desarrolló conforme al enfoque cualitativo fenomenológico descriptivo adoptado en la presente investigación. Dado que el estudio se orienta a comprender la experiencia clínica de los médicos en el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol, se emplearon procedimientos propios del análisis cualitativo.

En una primera fase, se realizó la organización de la información obtenida mediante entrevistas semiestructuradas aplicadas a los médicos participantes. Las respuestas fueron transcritas y sometidas a una lectura comprensiva, con el propósito de identificar ideas centrales relacionadas con los objetivos específicos del estudio.

Posteriormente, se aplicó la técnica de reducción de datos, consistente en la selección, síntesis y depuración de la información relevante, eliminando repeticiones y concentrando el contenido en unidades significativas de análisis. Esta información fue organizada en una matriz de reducción de datos, permitiendo visualizar similitudes, diferencias y recurrencias entre los participantes.

En una tercera etapa, se procedió a la categorización de la información, agrupando los hallazgos en función de las categorías previamente establecidas en la operacionalización de variables, tales como: manifestaciones clínicas, severidad del cuadro, manejo farmacológico, estrategias no farmacológicas y origen de las decisiones terapéuticas.

Finalmente, se implementó la técnica de triangulación, contrastando los hallazgos empíricos con el sustento de la literatura y los objetivos de investigación. Este procedimiento permitió identificar patrones emergentes, niveles de consenso entre los participantes y correspondencia con la literatura científica revisada, fortaleciendo la interpretación analítica del estudio.

En conjunto, estos métodos y técnicas garantizaron un proceso sistemático, coherente y estructurado para el análisis de la información, asegurando la rigurosidad metodológica del estudio.

Discusión de Resultados o Hallazgos

Para mejor claridad y sustento metodológico, véase la *Matriz de reducción de datos* (Apéndice N) y la *Matriz de triangulación de datos* (Apéndice O), en las cuales se organizó y contrastó la información obtenida.

Objetivo 1

Identificar las estrategias que emplean los médicos para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en clínica médica Vita, durante el período de tiempo estudiado.

Los hallazgos muestran que el manejo terapéutico en la Clínica Médica Vita se basa en tres pilares principales:

Evaluación de consumo y grado de dependencia.

Reducción gradual del opioide.

Sustitución por analgésicos no opioides.

Control sintomático con ansiolíticos.

Estrategias no farmacológicas.

No se identificó el uso sistemático de buprenorfina, metadona, clonidina o lofexidina, medicamentos recomendados en literatura internacional para manejo estructurado de abstinencia (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024).

Esto evidencia que el manejo observado es predominantemente sintomático y progresivo, más que protocolizado bajo esquemas especializados de desintoxicación.

Como síntesis de lo expuesto, se observa que los médicos entrevistados establecen como primera base del manejo clínico la evaluación sistemática de la sintomatología presentada por el paciente y la determinación del grado de abstinencia en función de los signos y síntomas manifestados. Esta valoración es esencial para orientar las decisiones terapéuticas y definir la intensidad del manejo farmacológico.

De manera complementaria, la identificación de factores de riesgo antes de iniciar cualquier intervención terapéutica se considera un componente crítico. Estos factores condicionan la vulnerabilidad del paciente y pueden modificar la respuesta clínica durante el proceso de abstinencia.

Una vez caracterizados los síntomas y los factores de riesgo, los profesionales proceden a la reducción progresiva de la dosis de tramadol, enfatizando que la suspensión abrupta del fármaco no debe realizarse bajo ninguna circunstancia, dado que esta práctica conlleva al agravamiento de los síntomas y a la desestabilización clínica del paciente. Esta estrategia coincide con las recomendaciones internacionales emitidas por el (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024), que sugieren reducciones graduales e individualizadas para minimizar la severidad del síndrome de abstinencia.

En consecuencia, los médicos optan por realizar una sustitución por AINEs para el control del dolor durante la reducción progresiva del tramadol. Posteriormente, en aquellos casos donde la sintomatología lo requiere, se implementa el uso de benzodiazepinas como tratamiento adyuvante, destinadas a controlar la ansiedad, la agitación y las alteraciones conductuales asociadas al proceso de abstinencia. Asimismo, se contempla la incorporación de valoraciones psicológicas y apoyo familiar estructurado, con el fin de proporcionar un soporte

integral que favorezca la adherencia al tratamiento y reduzca el impacto emocional del síndrome. Este manejo multidimensional refleja una práctica clínica orientada no solo al control farmacológico de los síntomas, sino también a la atención de las dimensiones psicosociales que acompañan el proceso de abstinencia.

Objetivo 2

Describir las estrategias terapéuticas utilizadas en el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en la población estudiada.

Categoría 1

Valoración clínica inicial.

Subcategoría 1.1. Evaluación del consumo y grado de dependencia.

Los médicos entrevistados señalaron que el primer paso consiste en determinar la cantidad de tramadol consumida diariamente y el tiempo de uso. Se identificó que el número de tabletas ingeridas constituye el principal indicador para estimar el grado de dependencia.

Evidencia textual:

La información obtenida en las entrevistas muestra que el número de tabletas ingeridas constituye el principal indicador utilizado por los profesionales para estimar el grado de dependencia. En palabras de uno de los participantes: *“Preguntar cuántas tabletas de tramadol se toma al día”* (Médico 2). Esta evidencia textual refleja la importancia que los médicos otorgan a la cuantificación directa del consumo como criterio básico de evaluación.

Este hallazgo coincide con lo descrito por (Zúñiga et al., 2024), quienes señalan que la severidad del síndrome de abstinencia está relacionada con la dosis acumulada y la duración

del consumo. No obstante, no se identificó el uso de escalas clínicas estructuradas como parte de la valoración inicial.

La dependencia al tramadol, como a otros opioides, se manifiesta en un espectro que va desde el consumo ocasional con mínima repercusión clínica hasta la ingesta sostenida de altas dosis con síntomas severos de abstinencia. La falta de herramientas formales para medir este espectro obliga a los profesionales a apoyarse en criterios subjetivos, como la percepción del paciente sobre su necesidad de consumo o la observación de signos clínicos durante la consulta. Aunque esta aproximación permite una atención personalizada, también genera variabilidad en la valoración y en las decisiones terapéuticas.

Subcategoría 1.2. Identificación de factores de riesgo.

Uno de los médicos indicó que evalúa antecedentes de adicción, alcoholismo, tabaquismo y uso prolongado previo de opioides antes de indicar tramadol.

Uno de los participantes expresó de manera explícita: *“Hay que ver si ha tenido antecedentes de drogadicción u otras adicciones”* (Médico 3). Esta evidencia textual refleja la importancia que los profesionales otorgan a la historia clínica del paciente como herramienta fundamental para anticipar posibles complicaciones. La valoración de los antecedentes permite establecer un perfil de riesgo que orienta la decisión de prescribir o no tramadol, así como la necesidad de implementar medidas de seguimiento más estrictas en aquellos pacientes con vulnerabilidades identificadas.

Este criterio coincide con lo señalado por (Saenz & Sabattini, 2025), quienes documentan que el policonsumo y los antecedentes de uso problemático aumentan el riesgo de dependencia.

Categoría 2

Estrategias farmacológicas empleadas.

Subcategoría 2.1. Reducción progresiva del tramadol.

Ambos médicos describieron la disminución paulatina de la dosis como estrategia central.

La evidencia textual obtenida en el trabajo de campo lo confirma: “Si lo teníamos cada seis horas, después cada ocho y luego cada doce” (Médico 3). Esta declaración refleja la práctica clínica de espaciar los intervalos de administración como mecanismo para disminuir gradualmente la exposición del paciente al fármaco, evitando así la aparición abrupta de síntomas severos de abstinencia. Este hallazgo es coherente con las recomendaciones del (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024), que sugieren reducciones graduales para evitar síntomas severos de abstinencia.

Subcategoría 2.2. Sustitución con AINES.

Se reportó el uso de ketorolaco, metamizol y otros antiinflamatorios no esteroideos para sustituir progresivamente el tramadol.

Esta estrategia coincide con el uso de fármacos no opioides para el control del dolor durante la reducción, como lo sugiere la (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024). Sin embargo, no se evidenció el uso de anticonvulsivos o antidepresivos adyuvantes descritos en guías internacionales.

Subcategoría 2.3. Uso de benzodiacepinas.

Se identificó el uso de diazepam y alprazolam para el control del componente ansioso y conductual.

“Si el paciente presenta ansiedad o insomnio, se puede utilizar una benzodiazepina de acción corta, como lorazepam, que tiene aproximadamente cuatro horas de acción.” (medico

1)

(Zúñiga et al., 2024) describen que la ansiedad es un síntoma frecuente del síndrome. El uso de ansiolíticos para su control resulta congruente con el manejo sintomático descrito en literatura, aunque no constituye tratamiento específico de desintoxicación.

Subcategoría 2.4. Uso eventual de opioides de mayor potencia.

En casos de agresividad o dolor intenso, se reportó uso de morfina.

Si bien la literatura menciona agonistas opioides para manejo estructurado de abstinencia (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024), en este caso su uso parece responder más a control agudo de crisis que a protocolo formal de sustitución.

Categoría 3

Estrategias no farmacológicas.

Se identificaron medidas como apoyo familiar, referencia a psicología o psiquiatría y actividades de esparcimiento.

(U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024) enfatiza la importancia de acompañamiento psicosocial durante procesos de reducción de opioides. Este hallazgo muestra coherencia con dicho enfoque integral.

Objetivo 3

Evaluar los hallazgos farmacológicos empleados en el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol, según la práctica clínica de los médicos de la Clínica Médica Vita.

Categoría 4

Criterios farmacológicos y toma de decisiones.

Subcategoría 4.1. Predominio del juicio clínico individual.

Los médicos indicaron que no cuentan con protocolos institucionales específicos.

Evidencia textual:

Los médicos participantes señalaron que no cuentan con protocolos institucionales específicos que orienten su práctica, lo que los obliga a fundamentar sus decisiones principalmente en la experiencia profesional y en la valoración individual de cada paciente. La evidencia textual obtenida lo confirma: “No hay guía... criterio clínico” (Médico 1).

Este hallazgo pone de manifiesto una característica central de la práctica clínica en el contexto estudiado: la ausencia de lineamientos formales que estandaricen el manejo farmacológico. En consecuencia, las decisiones terapéuticas dependen en gran medida de la capacidad del médico para interpretar los síntomas, evaluar los antecedentes y seleccionar la estrategia más adecuada según su criterio. Aunque esta práctica permite una atención personalizada, también genera variabilidad en las intervenciones y en los resultados obtenidos.

Esta práctica difiere de lo recomendado por guías internacionales que sugieren protocolos estructurados (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024). La ausencia de lineamientos formales podría generar variabilidad en la práctica clínica.

Subcategoría 4.2. Evaluación basada en consumo cuantitativo.

El principal parámetro utilizado es el número de tabletas consumidas.

Aunque la dosis es un factor relevante (Zúñiga et al., 2024), la literatura recomienda integrar escalas de severidad y evaluación integral del paciente, lo cual no fue evidenciado en las entrevistas.

Las conclusiones constituyen el cierre interpretativo de la investigación, en el cual se sintetizan los hallazgos más relevantes y se da respuesta a los objetivos planteados, evidenciando las aportaciones teóricas y prácticas del estudio (Zúñiga et al., 2024).

En relación con el primer objetivo, se concluye que las estrategias empleadas por los médicos para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol se fundamentan

principalmente en la valoración clínica de la sintomatología, la dosis consumida y el tiempo de uso del fármaco. La evaluación se basa en criterios clínicos directos, sin la utilización sistemática de escalas estructuradas, lo que confirma que el diagnóstico continúa siendo predominantemente clínico, tal como señalan (Mansi & Martin, 2023) y (Zúñiga et al., 2024).

Respecto al segundo objetivo, se concluye que las estrategias terapéuticas utilizadas en el contexto estudiado se centran en la reducción progresiva del tramadol, la sustitución por analgésicos no opioides y el uso de benzodiacepinas para el control de síntomas ansiosos y conductuales. Este hallazgo es coherente con las recomendaciones internacionales que enfatizan la importancia de evitar la suspensión abrupta y optar por esquemas de disminución gradual para minimizar la severidad del síndrome de abstinencia (U.S. Department of Health and Human Services, CDC., 2024). Sin embargo, a diferencia de lo planteado en dichas guías, no se evidenció el uso sistemático de agonistas parciales como buprenorfina ni moduladores adrenérgicos como clonidina, lo que revela una diferencia entre la práctica local y los lineamientos internacionales.

En relación con el tercer objetivo, se concluye que los hallazgos farmacológicos empleados en el manejo del síndrome de abstinencia responden principalmente al juicio clínico individual del profesional tratante. La ausencia de protocolos institucionales específicos confirma lo señalado en el estado del arte sobre la limitada disponibilidad de guías aplicadas específicamente al síndrome de abstinencia por tramadol. Aunque la experiencia clínica permite adaptar el tratamiento a cada paciente, la falta de estandarización puede generar variabilidad en la atención y posibles diferencias en los resultados terapéuticos.

Asimismo, el estudio confirma que el manejo observado se orienta principalmente al control sintomático inmediato, particularmente del componente ansioso, mediante el uso de benzodiacepinas. No obstante, considerando que el tramadol posee un mecanismo farmacológico dual opioide y serotoninérgico/noradrenérgico como describen (Manraj et al.,

2024), el tratamiento sintomático podría no abordar de manera integral todos los componentes fisiopatológicos del síndrome, lo que sugiere la necesidad de fortalecer estrategias terapéuticas más específicas.

Desde la perspectiva no farmacológica, se concluye que el apoyo psicológico y familiar es reconocido como un complemento relevante del tratamiento médico, lo que coincide con enfoques integrales del manejo de la dependencia descritos en la literatura reciente. Este hallazgo evidencia una comprensión multidimensional del fenómeno por parte de los profesionales entrevistados.

Desde una perspectiva contextual, la reciente regulación del tramadol como sustancia controlada en Nicaragua refleja un reconocimiento institucional del riesgo asociado a su uso. No obstante, los resultados muestran que esta regulación no se ha traducido aún en la implementación de protocolos clínicos específicos para el tratamiento del síndrome de abstinencia, lo que evidencia una brecha entre la normativa y la práctica médica cotidiana.

En síntesis, la investigación confirma que existen prácticas clínicas orientadas a la reducción progresiva del tramadol y al manejo sintomático de la abstinencia, en concordancia parcial con la evidencia internacional. No obstante, también se identifica la necesidad de fortalecer lineamientos estandarizados adaptados al contexto nacional. Este estudio aporta evidencia aplicada que puede servir como base para la elaboración de guías clínicas locales, contribuyendo a mejorar la seguridad del paciente y la calidad del manejo terapéutico en casos de dependencia a tramadol.

Recomendaciones

Con el fin de fortalecer el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol, se propone una intervención farmacéutica básica orientada al seguimiento y acompañamiento de pacientes que reciben o suspenden este medicamento.

En primer lugar, se recomienda realizar una evaluación farmacoterapéutica inicial en los pacientes que reciben tramadol por períodos prolongados, con el objetivo de identificar dosis, duración del tratamiento, antecedentes de uso de opioides y posibles factores de riesgo de dependencia.

En segundo lugar, se sugiere que el profesional farmacéutico participe en la educación del paciente, brindando información clara sobre el uso adecuado del medicamento, los riesgos asociados al consumo prolongado y la importancia de no suspender el tratamiento de forma brusca sin indicación médica.

Asimismo, se recomienda implementar un seguimiento farmacoterapéutico básico, que permita identificar tempranamente signos de tolerancia o síntomas de abstinencia, tales como ansiedad, insomnio, irritabilidad o malestar físico. En caso de detectarse estos signos, el farmacéutico debe orientar al paciente para acudir a valoración médica.

Finalmente, se propone fortalecer la comunicación entre el médico y el farmacéutico, con el objetivo de favorecer la reducción progresiva del medicamento cuando sea necesario y garantizar un manejo terapéutico más seguro para el paciente.

Esta intervención farmacéutica básica puede contribuir a mejorar el control del uso de tramadol, prevenir complicaciones asociadas a la dependencia y fortalecer la seguridad del paciente dentro del sistema de atención sanitaria.

Referencias

Asamblea Nacional de Nicaragua. (1998). *Ley N.º292 Ley de medicamentos y farmacias*.

Legislación de Nicaragua, Normas Jurídicas:

[http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/\(\\$All\)/10B9BC0F73CCA7FD062570A10057793D](http://legislacion.asamblea.gob.ni/Normaweb.nsf/($All)/10B9BC0F73CCA7FD062570A10057793D)

- Haoran, Z., & Zhimin, L. (2013, septiembre). *The investigation of tramadol dependence with no history of substance abuse: a cross-sectional survey of spontaneously reported cases in Guangzhou City, China*. PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24151592/>
- Manraj, D., Maldonado , K., Preeti, P., & Maani, C. (2024, Febrero 20). *Tramadol*. pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725745/>
- Mansi, S., & Martin, H. (2023, Enero). *Opioid Withdraw*. pubmed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252268/>
- Ministerio de salud de Nicaragua. (2025). *Resolución Ministerial No. 71-2025: Inclusión del tramadol en la lista de sustancias psicotrópicas controladas*. MINSA: <https://www.minsa.gob.ni/index.php/publicaciones/autoridad-nacional-de-regulacion-sanitaria/resolucion-ministerial-ndeg-71-2025>
- National Cancer Institute. (s.f.). *National Cancer Institute*. National Cancer Institute.: <https://www.cancer.gov/espanol/buscar/resultados?swKeyword=terapia+farmacol%C3%B3gica>
- Puig Manresa, J., Fernández de Sanmamed Santos, M., & Martínez Cantarero, C. (n.d.). *¿Cómo están de enfermos mis pacientes?* ELSEVIER: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-como-estan-enfermos-mis-pacientes-14265>
- Ropper, A., Samuels, M., Klein , J., & Prasad, S. (2020). *Principios de neurología (12ª ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Saenz, D., & Sabattini, A. (2025). *Tramadol abuse and consumption disorders: Systematic review*. Rehabilitation and sport medicine: <https://doi.org/10.56294/ri202532>
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (6.ª ed.)*. McGraw-Hill Education.

Schumacher, M., Basbaum, A., & Naidu, R. (2021). *Farmacología básica y clínica* (16.^a ed.).

McGraw-Hill Education.

<https://doi.org/https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3445§ionid=285674639>

U.S. Department of Health and Human Services, CDC. (2024). *Guide for clinicians on the appropriate dosage reduction or discontinuation of long-term opioid analgesics*. Centers for Disease Control and Prevention. CDC: <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/media/pdfs/2024/03/Guide-for-Clinicians-on-the-Appropriate-Dosage-Reduction-Opioid-Analgesics.pdf>

Zúñiga, J., Urrea, S., Valiente, L., Eraso, D., Osorio, J., Eraso, A., Sastoque, J., Riascos, A., & Barrios, O. (2024, Diciembre). *Síndrome de Abstinencia a los Opioides*. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15033

Anexos o Apéndices.

Apéndice A. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de Variables

Dimensiones.	Variables.	Definición conceptual.	Indicador.	Instrumento.
Síndrome de abstinencia por tramadol.	Manifestaciones clínicas.	Conjunto de signos y síntomas que aparecen tras la suspensión o reducción del consumo de tramadol en pacientes dependientes. (Zúñiga et al., 2024)	Presencia de síntomas físicos (dolor, sudoración, insomnio, náuseas).	Guía de entrevista semiestructurada.

Severidad del cuadro clínico.	La severidad clínica hace referencia a la intensidad de los síntomas y signos que presenta un paciente, y permite clasificarlos en categorías como leve, moderada o grave, en función de la magnitud de la afectación. (Puig Manresa y otros, s.f.)	Numero de síntomas presentes, intensidad de los síntomas e impacto funcional.	Guía de entrevista semiestructurada.
-------------------------------	--	---	--------------------------------------

Manejo clínico.	Farmacoterapia	Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se utiliza para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. (National Cancer Institute., s.f.)	Tipo de estrategias empleadas (farmacológicas y no farmacológicas)	Guía de entrevista semiestructurada.
-----------------	----------------	--	--	--------------------------------------

Apéndice B. Protocolo de aplicación de entrevista semiestructurada.

Protocolo de aplicación de entrevista semiestructurada

Introducción. El análisis del manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol requiere un enfoque cualitativo que permita comprender las prácticas médicas dentro de su contexto real de aplicación. En función de ello, se ha diseñado un protocolo de aplicación de entrevistas semiestructuradas dirigido a médicos de la Clínica Médica Vita en Managua, con el propósito de recoger de manera sistemática sus experiencias, criterios y estrategias terapéuticas empleadas en la atención de mujeres de 30 a 40 años con este cuadro clínico. El instrumento está diseñado para registrar tanto las intervenciones farmacológicas como las no farmacológicas aplicadas en la práctica clínica, así como los criterios clínicos utilizados en ausencia de guías específicas. Este protocolo establece las condiciones metodológicas para una recolección de datos rigurosa, coherente y pertinente para el análisis cualitativo del fenómeno estudiado.

Objetivo del protocolo de aplicación. Establecer el procedimiento para la aplicación de entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos de la Clínica Médica Vita, con el fin de recolectar información cualitativa sobre el manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol.

Tipo de instrumento a aplicar. Se empleará una entrevista semiestructurada de carácter cualitativo, aplicada de forma individual, que permitirá explorar en profundidad las estrategias diagnósticas y terapéuticas utilizadas por los médicos, manteniendo flexibilidad para ampliar respuestas relevantes.

Población y muestra. La población seleccionada han sido los médicos de clínica Médica Vita. El instrumento será aplicado a tres médicos de la Clínica Médica Vita que atienden

casos relacionados con síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años. La selección se realizará mediante muestreo intencional.

Procedimiento de aplicación. Solicitar autorización a la clínica y consentimiento informado a los participantes.

Programar entrevistas en horarios convenientes para los médicos.

Aplicar la entrevista en un espacio privado, garantizando confidencialidad.

Explicación clara del objetivo del estudio.

Duración estimada: 30–45 minutos por entrevista.

Registro manual o grabación de audio (según autorización).

Sobre los aspectos éticos. Se aplicará el instrumento de forma voluntaria y con autorización verbal y escrita de cada participante. El uso de los datos recolectados durante el procedimiento es con carácter académico. Los aspectos éticos de la investigación serán explicados a los participantes con anticipación a la aplicación del instrumento.



Universidad central de Nicaragua.

Facultad de ciencias médicas.

Guía de entrevista semiestructurada 2026.

Título del estudio:

Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero – febrero 2026)

Investigadores:

Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano.

Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez.

Universidad Central de Nicaragua, en proceso de titulación, por tanto, solicitamos su participación voluntaria, anónima y confidencial para la realización de la siguiente Entrevista, sobre Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero – febrero 2026)

Los datos obtenidos serán única y exclusivamente para fines académicos.

Datos generales

Nombre del médico:

Especialidad:

Años de experiencia clínica:

Firma de consentimiento del médico:

Preguntas guía

1. ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?
2. ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?
3. ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?
4. Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?

5. ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?
6. ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Apéndice C. Imagen de Carta de Autorización de Instrumentos

CARTA DE RESPONSABILIDAD DEL ASESOR CIENTÍFICO

Yo, Gustavo Adolfo Méndez Télles, mayor de edad, en pleno goce de mis derechos civiles, actuando en mi calidad de **Asesor(a) Científico(a)** de la Monografía titulada: Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30-40 años en Clínica Médica Vita, Managua (Enero – febrero 2026).

Desarrollado por los/las estudiantes, Br. Abel de Jesús Bermúdez Solorzano y Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Álvarez de la carrera, declaro bajo mi entera responsabilidad lo siguiente:

Que he revisado, orientado y validado técnicamente los **instrumentos de investigación** (encuestas, guías de entrevista u otros) que serán aplicados por los/las estudiantes con el propósito de levantar información necesaria para el desarrollo de la Investigación correspondiente.

Asimismo, **certifico y garantizo** que dichos instrumentos han sido elaborados conforme a los principios éticos de la investigación científica, resguardando la confidencialidad, el respeto, la voluntariedad y los derechos de las personas participantes, y que **no contravienen los reglamentos, normativas internas, lineamientos académicos ni disposiciones vigentes de la Universidad Central de Nicaragua.**

De igual forma, hago constar que los instrumentos de investigación **no vulneran las leyes de la República de Nicaragua**, ni atentan contra el orden jurídico, los derechos fundamentales, la dignidad humana, ni las disposiciones legales relacionadas con la protección de datos, la ética investigativa y el uso responsable de la información.

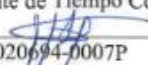
Asumo la responsabilidad académica y científica sobre el contenido, pertinencia y aplicación de los instrumentos de investigación autorizados, comprometiéndome a brindar el acompañamiento y seguimiento correspondiente durante el proceso de levantamiento de la información.

Para los fines que estime convenientes, firmo la presente en la ciudad de Managua, a los 01 días del mes de febrero del año 2026.

Atentamente,

Nombre del/de la Asesor(a) Científico(a)

Cargo: Docente de Tiempo Completo

Firma: 

Cédula: 401-020694-0007P

Universidad Central de Nicaragua

Ilustración 1. Carta de Autorización de Instrumentos.

Apéndice D. Imagen de Carta Emitida al Propietario de Clínica Médica Vita



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

Agnitio Ad Verum Ducit

Facultad de Ciencias Médicas



Managua, 11 de febrero del 2026

Dr. Carlos Guerra
Propietario
Clínica Médica Vita

Estimado Dr. Carlos, reciba un cordial Saludo y los mejores deseos de éxito en sus funciones.

Por medio de la presente me dirijo a usted para que sea de su conocimiento que autorizamos la solicitud de investigación, para que los bachilleres Br. Abel de Jesús Bermúdez Solorzano y Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Álvarez, estudiantes de la carrera de Farmacia de la Universidad Central de Nicaragua (UCN), realicen la investigación sobre "Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30-40 años en Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

La información se recolectará a través de entrevistas a los médicos de la Clínica, por lo antes mencionado estamos enviando a los estudiantes mencionados para que se presenten a coordinar con usted, agradeciendo su apoyo.

Sin otro particular, quedo a espera de su respuesta.

Atentamente.


Dra. Luisa Mendieta
Decana



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central de Nicaragua UCN
decanaturafcm@ucn.edu.ni

Ilustración 2. Carta Emitida al Propietario.

Apéndice E. Imagen de Clínica Médica Vita

*Ilustración 3. Clínica Médica Vita.*

Apéndice F. Primera Entrevista.

Entrevista N.º 1.

Lugar: Clínica Médica Vita, Managua

Entrevistado: Médico 1

Profesión: Ortopedista.

Duración: 17 minutos.

Pregunta 1.

Investigador: ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?

Entrevistado:

Lo primero es interrogar al paciente para identificar qué está tomando y si combina opioides u otros analgésicos. Se evalúa si el cuadro clínico coincide con un síndrome de abstinencia.

Se realizan preguntas sobre ansiedad, somnolencia, náuseas, vómitos, estrés y otros síntomas.

Posteriormente se valora la dosis que estaba tomando y el tiempo de consumo, ya que no es recomendable suspender el medicamento de manera inmediata. Lo adecuado es hacer una reducción progresiva de la dosis.

Generalmente considero que una dosis segura es 25 mg, por lo que inicio disminuyendo progresivamente hasta llegar a esa cantidad.

Pregunta 2.

Investigador: ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?

Entrevistado:

Principalmente utilizo AINEs para el manejo del dolor, ya que la mayoría de pacientes consumen tramadol por dolor. También pueden utilizarse corticoides en pequeñas dosis para que la disminución del tramadol no afecte tanto al paciente.

Si el paciente presenta ansiedad o insomnio, se puede utilizar una benzodiazepina de acción corta, como lorazepam, que tiene aproximadamente cuatro horas de acción.

El objetivo es controlar la sintomatología mientras se reduce progresivamente el tramadol.

Pregunta 3.

Investigador: ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?

Entrevistado:

En el caso de los AINEs, los criterios son principalmente clínicos: la persistencia del dolor y la escala de dolor.

En el caso de las benzodiazepinas, se evalúa si el paciente presenta ansiedad o problemas para dormir.

La decisión se basa en la sintomatología del paciente.

Pregunta 4.

Investigador: Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?

Entrevistado:

Si el paciente presenta problemas de ansiedad o alteraciones psicológicas, se remite a psicología. En la clínica se cuenta con una psicóloga disponible.

Se le informa al paciente sobre la opción de recibir atención psicológica y se le da seguimiento.

También se aplica terapia multimodal para el manejo del dolor, que consiste en combinar pequeñas dosis de AINEs, corticoides, infiltraciones y bloqueos regionales para disminuir el uso de tramadol.

Por ejemplo, en dolor de rodilla se pueden realizar infiltraciones con anestesia local o bloqueo de nervios geniculados para reducir el dolor y suspender progresivamente el tramadol.

Pregunta 5.

Investigador: ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?

Entrevistado:

No realizo sustitución con otros opioides como buprenorfina o codeína.

La naloxona se utiliza únicamente en casos severos de intoxicación o paro respiratorio, generalmente en emergencias hospitalarias, no en manejo ambulatorio del síndrome de abstinencia.

En casos de sobredosis o intento suicida puede utilizarse naloxona, pero no como parte del manejo habitual de abstinencia por tramadol.

Pregunta 6.

Investigador: ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Entrevistado:

No existe un protocolo estandarizado específico para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol.

El manejo depende del criterio clínico del médico y de la sintomatología del paciente.

En casos de sobredosis, el manejo hospitalario estándar incluye solución salina, suspensión del tratamiento y medidas de soporte.

A largo plazo, no he visto un protocolo formal; el abordaje depende de la experiencia clínica.

Apéndice F. Ilustración de Primera Entrevista



Universidad central de Nicaragua.

Facultad de ciencias médicas.

Guía de entrevista semiestructurada 2026.

Título del estudio:

Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

Investigadores:

Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano.

Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez.

Universidad Central de Nicaragua, en proceso de titulación, por tanto, solicitamos su participación voluntaria, anónima y confidencial para la realización de la siguiente Entrevista, sobre Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

Los datos obtenidos serán única y exclusivamente para fines académicos.

Datos generales

- Nombre del médico: *Carlos Antonio Guana Fitoria*
- Especialidad: *ortopedia*

Ilustración 4. Primera Entrevista.

Apéndice G. Ilustración de la continuación de la Primera Entrevista

- Años de experiencia clínica: 10 años
- Firma de consentimiento del médico:  

Preguntas guía

1. ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?
2. ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?
3. ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?
4. Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?
5. ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?
6. ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Ilustración 5. Continuación de Primera Entrevista.

Apéndice H. Segunda entrevista.

Entrevista N.º 2.

Fecha: 11/02/2026

Lugar: Clínica médica Vita.

Entrevistado: Médico 2.

Especialidad: Médico general.

Duración: 10 minutos.

Pregunta 1.

Investigador: ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?

Entrevistado:

Primero, el paciente se ingresa a observación. Luego se le pregunta cuántas dosis o cuántas tabletas de tramadol consume al día, para valorar el grado de tolerancia que ha desarrollado y el tiempo de consumo.

Posteriormente se realiza manejo con líquidos e hidratación. También se aborda el manejo del dolor, ya que es un paciente que ha desarrollado tolerancia al tramadol, por lo que es necesario modificar su esquema de tratamiento.

Se indican AINEs que sean menos gastroerosivos y que no generen adicción. Se puede utilizar metamizol. Además, se prescribe un protector gástrico, como un inhibidor de bomba de protones (IBP), por ejemplo, pantoprazol, para protección gástrica.

Pregunta 2.

Investigador: ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?

Entrevistado:

Principalmente utilizo AINEs para sustituir o modificar el uso del tramadol.

En cuanto a la sintomatología, el paciente puede presentar temblores, parestesias, vómitos, cefalea y dolor. En algunos casos el dolor puede ser psicossomático, ya que con dosis altas de tramadol no deberían sentir dolor, pero la adicción puede hacer que lo perciban.

Como opciones sustitutivas pueden utilizarse ketorolaco o metamizol, realizando un descenso progresivo del tramadol. Considero que el tramadol debería utilizarse cuando otros analgésicos ya no funcionan; debería ser una última opción.

Pregunta 3.

Investigador: ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?

Entrevistado:

El criterio principal es el grado de dependencia, evaluando cuántas tabletas de tramadol consume el paciente al día.

He tenido un caso de una paciente que consumía aproximadamente 20 tabletas al día. El máximo indicado es una cada 8 horas, por lo que esa cantidad representa un consumo excesivo.

Entre los efectos adversos que puede producir el tramadol están la hipotensión e incluso el choque hipotensivo.

Pregunta 4.

Investigador: Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?

Entrevistado:

No tengo claridad sobre la existencia de un centro especializado en adicciones como tal. Sin embargo, considero importante la terapia psicológica, ya que muchos casos están asociados a ansiedad, que forma parte del síndrome.

Pregunta 5.

Investigador: ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?

Entrevistado:

El uso de opioides más potentes, como fentanilo, lo consideraría únicamente en pacientes oncológicos o con dolor extremo, como fracturas mayores (por ejemplo, fractura de cadera).

También podría contemplarse en pacientes con metástasis ósea, donde el dolor es intenso.

No lo indicaría en personas con dolor leve, como cefalea u otros dolores ortopédicos menores.

En relación con la buprenorfina, es un derivado opioide, al igual que la morfina, por lo que puede utilizarse en ciertos casos específicos.

Pregunta 6.

Investigador: ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Entrevistado:

No existe una guía local específica para este tipo de casos. Las guías disponibles en el país son principalmente para intoxicaciones por órganos fosforados o mordeduras de serpiente.

En estos casos se consultan guías internacionales. Sin embargo, muchas veces no se dispone de todos los medicamentos recomendados en esas guías, por lo que se adaptan las decisiones al contexto y disponibilidad local.

Apéndice I. Ilustración de Segunda Entrevista



Universidad central de Nicaragua.

Facultad de ciencias médicas.

Guía de entrevista semiestructurada 2026.

Título del estudio:

Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

Investigadores:

Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano.

Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez.

Universidad Central de Nicaragua, en proceso de titulación, por tanto, solicitamos su participación voluntaria, anónima y confidencial para la realización de la siguiente Entrevista, sobre Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

Los datos obtenidos serán única y exclusivamente para fines académicos.

Datos generales

- Nombre del médico: Gabriela Alejandra Mendoza Balladares
- Especialidad: Medicina General

Ilustración 6. Segunda Entrevista

Apéndice J. Ilustración de Continuación de Segunda Entrevista

- Años de experiencia clínica:
- Firma de consentimiento del médico:


Dr. Gabriela Arango Ballón
MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL
C.O.D. / MINSA 28148

Preguntas guía

1. ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?
2. ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?
3. ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?
4. Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?
5. ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?
6. ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Ilustración 7. Continuación de Segunda Entrevista.

Apéndice K. Tercera Entrevista

Entrevista N.º 3.

Fecha: 16/02/2026

Lugar: Clínica médica Vita.

Entrevistado: Médico 3.

Especialidad: Medico general.

Duración: 10 minutos.

Pregunta 1.

Investigador: ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?

Entrevistado:

El entrevistado refiere que ha tenido pocos casos de síndrome de abstinencia por tramadol, debido a que es cuidadoso en la prescripción de opioides y sigue protocolos para su indicación en pacientes con fracturas.

En la valoración inicial, menciona que realiza una historia clínica completa, identificando factores de riesgo como:

Uso prolongado de opioides.

Antecedentes de drogadicción.

Alcoholismo.

Tabaquismo.

Alergias a opioides.

En los casos identificados de abstinencia, el manejo consiste principalmente en la retirada progresiva del tramadol. Describe que el fármaco no se suspende de forma brusca, sino que se disminuye paulatinamente la frecuencia de administración (por ejemplo, de cada seis horas a cada ocho horas, luego cada doce horas).

En un caso específico, el paciente presentaba conducta agresiva, exigencia de dosis elevadas y visitas frecuentes a emergencia para administración intravenosa. En ese contexto, el manejo incluyó:

Ingreso hospitalario por dos o tres días.

Uso de ansiolíticos (diazepam, alprazolam).

Sedación en casos de agitación.

Sustitución progresiva por otros analgésicos (AINES como ketorolaco y metamizol).

En algunos casos, uso de morfina cuando el tramadol ya no era efectivo

El proceso de deshabitación puede prolongarse varios meses, mencionando que después de seis meses sin consumo se puede considerar al paciente desintoxicado.

Pregunta 2.

Investigador: ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?

Entrevistado:

El entrevistado menciona los siguientes grupos farmacológicos:

Benzodiazepinas (diazepam, alprazolam):

Utilizadas para el manejo de la ansiedad, la agitación y el componente ansioso del síndrome de abstinencia.

Opioides (morfina):

Utilizados en casos donde el paciente presenta dolor severo o cuando el tramadol ya no produce efecto, especialmente en pacientes con fracturas graves.

AINES (ketorolaco, metamizol):

Utilizados como sustitución analgésica progresiva para disminuir la dependencia del tramadol y controlar el dolor sin recurrir a opioides.

Hidratación:

Se implementa como parte del manejo general, considerando que los pacientes pueden presentar deshidratación asociada al cuadro.

Pregunta 3.

Investigador: ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?

Entrevistado:

Los criterios mencionados por el entrevistado incluyen:

Grado de dependencia del paciente

Conducta agresiva o agitación

Intensidad del dolor

Presencia de ansiedad

Factores de riesgo previos (adicciones, uso prolongado)

La selección farmacológica se basa principalmente en el criterio clínico individual y la experiencia del médico, ya que refiere no contar con un protocolo específico institucional para estos casos.

Pregunta 4.

Investigador: Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?

Entrevistador:

El entrevistado señala las siguientes estrategias:

Apoyo familiar

Referencia a psicología

Referencia a psiquiatría

Actividades de esparcimiento

Estas intervenciones buscan abordar el componente psicológico y conductual del síndrome de abstinencia.

Pregunta 5.

Investigador: ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?

Entrevistado:

Indica que utiliza sustitución con opioides más potentes (como morfina) cuando:

El paciente presenta conducta agresiva

Existe exigencia insistente del medicamento

El tramadol ya no produce efecto analgésico

Hay dolor severo asociado a fracturas mayores

Posteriormente, realiza una reducción progresiva y sustitución por AINES.

Pregunta 6.

Investigador: ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Entrevistado:

El entrevistado manifiesta que no cuenta con un protocolo institucional específico para el manejo del síndrome de abstinencia por tramadol.

Las decisiones terapéuticas se basan en:

Criterio clínico.

Experiencia profesional.

Manejo individualizado del paciente.

Reconoce que son casos poco frecuentes en su práctica y que el abordaje depende principalmente de su juicio clínico.

Apéndice L. Ilustración de Tercera Entrevista



Universidad central de Nicaragua.

Facultad de ciencias médicas.

Guía de entrevista semiestructurada 2026.

Título del estudio:

Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

Investigadores:

Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano.

Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez.

Universidad Central de Nicaragua, en proceso de titulación, por tanto, solicitamos su participación voluntaria, anónima y confidencial para la realización de la siguiente Entrevista, sobre Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30 a 40 años atendidas en la Clínica Médica Vita, Managua (enero-febrero 2026)

Los datos obtenidos serán única y exclusivamente para fines académicos.

Datos generales

- Nombre del médico: *William Matute Cortez*
- Especialidad: *Ortopedista y Traumatólogo*

Ilustración 8. Tercera Entrevista.

Apéndice M. Ilustración Continuación de Tercera Entrevista

• Años de experiencia clínica: *8 meses.*

• Firma de consentimiento del médico:



Preguntas guía

1. ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?
2. ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?
3. ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?
4. Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?
5. ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?
6. ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?

Ilustración 9. Continuación de Tercera Entrevista.

Apéndice N. Matriz de Reducción de Datos

Tabla 2 Matriz de Reducción de Datos

Matriz de Reducción de Datos				
Pregunta	Médico 1	Médico 2	Médico 3	Consenso
1. ¿Podría describir cómo realiza el manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica?	Preguntar sintomatología, valorar dosis y tiempo de consumo, y hacer una reducción progresiva de la dosis.	Valorar el grado de tolerancia y el tiempo de consumo, y manejar hidratación y dolor.	Identificar factores de riesgo y reducir dosis de tramadol.	Valoración de sintomatología, dosis y tiempo de consumos para reducción de tramadol.
2. ¿Qué grupos de medicamentos utiliza con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica?	AINES, corticoides y benzodiazepinas.	AINES y Metamizol.	Benzodiazepinas, Morfina, AINES.	AINES y benzodiazepinas.
3. ¿Qué criterios clínicos y farmacológicos considera para seleccionar el medicamento a utilizar?	La decisión se basa en la sintomatología del paciente.	Grado de dependencia del paciente.	Sintomatología del paciente y grado de dependencia.	Sintomatología y grado de dependencia.

4. Además del tratamiento farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas implementa como parte del manejo del paciente?	Se remite a psicología y también se aplica terapia multimodal.	Terapia psicológica.	Apoyo familiar, referencia a psicología, referencia a psiquiatría y actividades de esparcimiento.	Terapia psicológica y multimodal.
5. ¿En qué situaciones utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?	No realizo sustitución con otros opioides.	Únicamente en pacientes oncológicos o con dolor extremo, como fracturas mayores.	Si el paciente presenta conducta agresiva, existe exigencia insistente del medicamento, el tramadol ya no produce efecto analgésico, hay dolor severo asociado a fracturas mayores.	Solo en caso de dolor extremo o dependencia severa.
6. ¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?	Depende del criterio clínico del médico y de la sintomatología del paciente.	Se consultan guías internacionales.	Criterio clínico, experiencia profesional, manejo individualizado del paciente.	Criterio clínico y experiencia profesional.

Apéndice O. Matriz de Triangulación de Datos

Tabla 3. Matiz de Triangulación de Datos.

Matriz de Triangulación de Datos			
Categorías de Análisis	Entrevista a Doctores (3 participantes)	Literatura Estudiada	Consenso
Manejo clínico de un caso de síndrome de abstinencia por tramadol desde la valoración inicial hasta la intervención terapéutica	Valoración de sintomatología, dosis y tiempo de consumos para reducción de tramadol.	Reducción gradual y especializada de opioides.	Existe coherencia entre la práctica clínica y la literatura internacional al realizar una reducción progresiva del opioide.
Grupos de medicamentos utilizados con mayor frecuencia en estos casos y con qué finalidad terapéutica específica	AINEs y benzodiazepinas.	Agonistas opioides, moduladores adrenérgicos alfa-2 como la clonidina, buprenorfina o metadona.	Consenso en el uso de estrategias farmacológicas orientadas al control sintomático, mediante AINEs y benzodiazepinas, lo cual coincide con la literatura en cuanto al manejo individualizado de la abstinencia. No obstante, se observa ausencia de uso sistemático de agonistas opioides o moduladores.
criterios clínicos y farmacológicos considerados para seleccionar el medicamento a utilizar	Sintomatología y grado de dependencia.	Severidad clínica y la intensidad sintomática.	Consenso en que el criterio principal es la sintomatología.

Además del tratamiento

farmacológico, ¿qué estrategias no farmacológicas se implementan como parte del manejo del paciente?	Terapia psicológica y multimodal.	Se resalta que el manejo debe ser Integral.	Consenso entre teoría y práctica, ya que los médicos incorporan intervención psicológica como parte del abordaje integral.
¿En qué situaciones se utiliza esquemas de sustitución con otros opioides o medicamentos adyuvantes?	Solo en caso de dolor extremo o dependencia severa.	Recomienda agonistas opioides en casos seleccionados.	Consenso en utilizar sustitución en casos individualizados.
¿De dónde provienen las decisiones farmacológicas que aplica en estos casos?	Criterio clínico y experiencia profesional.	La selección terapéutica debe basarse en evaluación clínica individualizada.	Predomina el juicio clínico individual.

Apéndice P. Evidencia de Primera Entrevista

<https://drive.google.com/file/d/1kABQcMFn--F0shSy5lp15b-TG6yv0sJl/view?usp=sharing>

Apéndice Q. Evidencia de Segunda Entrevista

<https://drive.google.com/file/d/17skggrhP1QprsQajqBtOR2segYLQJcLt/view?usp=sharing>

Apéndice R. Evidencia de Tercera Entrevista

https://drive.google.com/file/d/1u_sd03CKfD1atPn9GOcLunf8SIHQGJDM/view?usp=sharing

Apéndice S. Carta Aval del Tutor Científico



UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA

"Ignitio Ad Verum Ducit"

CARTA AVAL TUTOR /CIENTIFICO(A)

Dra. Luisa Mendieta
Decana de la Facultad de Ciencias Médicas.

UCN – Campus Central
Su Despacho

Por medio de la presente hago constar que he verificado el informe final del trabajo monográficos elaborado por el/los egresados(s) Br. Abel de Jesús Bermudez Solorzano y Br. Scarleth Esmeralda Zepeda Alvarez. para optar al título de Licenciatura en farmacia, cuyo título de la Monografía es: Manejo clínico del síndrome de abstinencia por tramadol en mujeres de 30-40 años en Clínica Médica Vita, Managua (enero–febrero 2026). El cual considero que cumple con los requisitos metodológicos exigidos por el capítulo VIII. de las formas de culminación de estudios del reglamento académico; para ser evaluada por el Comité Evaluador.

En La Ciudad de managua a los 25 días del mes de marzo del año 2026.

Lic. Gustavo Adolfo Méndez Telles

Tutor(a) Científico

CC: Archivo.