

25 preguntas
clave en

Dolor crónico no oncológico

COORDINADORA:

DRA. DELIA RUIZ RODRÍGUEZ



Adium



ACHED-CP
Asociación Chilena para el Estudio
del Dolor y Cuidados Paliativos IASP



PERMANYER
www.permanyer.com

25 preguntas clave en

Dolor crónico no oncológico

COORDINADORA:

DRA. DELIA RUIZ RODRÍGUEZ



PERMANYER
www.permanyer.com



© 2025 Permanyer
Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com



www.permanyer.com



Impreso en papel totalmente libre de cloro



Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO
Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

Edición impresa en Chile

ISBN: 979-13-87774-48-6

Ref.: 11314ACHI251

Reservados todos los derechos

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopando, grabando o cualquier otro modo.

La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores lleven a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

Autores

Andrea Fuenzalida Palma

Médico

Directora de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Unidad de Dolor Crónico, Hospital Clínico Mutual de Seguridad

Coordinadora de la Certificación IBLM-SOCHIMEV (Sociedad Chilena de Medicina del Estilo de Vida) Santiago de Chile

María Jesús Mena-Iturriaga

Kinesióloga

Directora de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Profesor Asistente, Coordinadora Músculo-esquelético, Carrera Kinesiología, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo Santiago de Chile

Ana Petermann Toledo

Nutricionista

Coordinadora de la Comisión de Nutrición y Dolor Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Directora del curso «Abordaje nutricional de la persona con dolor crónico no oncológico», Universidad del Desarrollo Santiago de Chile

Matías Ramírez Allendes

Químico Farmacéutico

Secretario de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Unidad de Dolor Crónico no Oncológico, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Profesor asociado, Universidad Andrés Bello, Facultad de Medicina

Profesor Patrocinante, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile Santiago de Chile

Alejandra Rodríguez Alvarado

Psicóloga Clínica y Médica

Directora de la Asociación Chilena para Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Directora del Centro del Dolor Chile (CDD)

Docente Universitaria, Universidad de Chile y Universidad de Los Andes Santiago de Chile

Delia Ruiz Rodríguez

Médico Fisiatra

Presidenta de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Unidad de Tratamiento del Dolor, Hospital Clínico Universidad de Chile

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Unidad de Dolor Crónico, Clínica Alemana Santiago Profesor Asistente, Universidad de Chile

y Universidad del Desarrollo Santiago de Chile

David Soto Betancourt

Médico Anestesiólogo

Vicepresidente de la Asociación Chilena para Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

Servicio de Anestesiología y Unidad de Dolor Crónico, Clínica Alemana de Santiago - Hospital Clínico La Florida

Profesor auxiliar, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo Santiago de Chile

Abreviaturas

5-HT	5-hidroxitriptamina	FBSS	síndrome de cirugía fallida de espalda
AF	actividad física	GABA	ácido gamma-aminobutírico
AINE	antiinflamatorio no esteroideo	GHQ-12	Cuestionario de Salud General de 12 ítems
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades	IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión	KOP	receptores opioides kappa (κ)
COX	ciclooxigenasa	MOR	receptores opioides mu (μ)
DASS-21	<i>Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 Items</i>	NA	noradrenalina
DCNO	dolor crónico no oncológico	NMDA	N-metil-D-aspartato
DCPO	dolor crónico postoperatorio	PECS	pectoral nerve blocks
DCPQ	dolor crónico posquirúrgico	PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
DN4	Escala de Evaluación del Dolor Neuropático 4	PNS	estimulación periférica de nervios
DRG	estimulación de ganglios dorsales	SCS	<i>Spinal Cord Stimulation</i>
EFIC	Federación Europea del Dolor	SDRC	síndrome de dolor regional complejo
EM	entrevista motivacional	SNC	sistema nervioso central
		TAP	<i>transversus abdominis plane block</i>

Índice

1. ¿Qué es el dolor crónico y cómo se diferencia del dolor agudo?	1
2. ¿Por qué el dolor persiste incluso cuando ya no hay una lesión evidente?.....	2
3. ¿Cómo se clasifica el dolor?	2
4. ¿Qué herramientas diagnósticas se utilizan en el dolor crónico?	3
5. ¿Qué es la entrevista motivacional y cuál es su posible aplicación en el dolor crónico?.....	5
6. ¿Qué es el enfoque multidisciplinario y cuáles son los beneficios de su aplicación en el tratamiento del dolor crónico?.....	6
7. ¿Por qué se deben sumar la evaluación y el manejo del estilo de vida en el tratamiento del dolor crónico?	7
8. ¿Qué es la autogestión o automanejo del dolor crónico y qué estrategias se pueden utilizar para favorecerlo?	7
9. Tratamiento farmacológico según la clasificación del dolor: ¿qué grupos farmacológicos se deben usar?.....	8
10. ¿Qué papel tienen los fármacos opioides en el manejo del dolor crónico musculoesquelético y qué consideraciones hay que tener?	10
11. ¿Cuándo, cómo y por qué se debe realizar la rotación de opioides?	11
12. ¿Hasta cuándo es seguro usar opioides y cómo hay que realizar su desprescripción?	12
13. Uso racional de medicamentos en personas mayores	13
14. ¿Qué se entiende por dolor neuropático y cuáles son sus características clínicas más relevantes?	14
15. ¿Existen estrategias para prevenir el desarrollo de dolor crónico después de una cirugía?	14
16. ¿Qué tipos de procedimientos intervencionales están disponibles para el tratamiento del dolor crónico y en qué casos se indican?	15
17. ¿Qué es la neuromodulación en el manejo del dolor crónico y qué pacientes pueden beneficiarse de ella?	16
18. ¿Cuándo es recomendable derivar a un paciente con dolor crónico a una unidad de dolor para técnicas intervencionistas?	17
19. ¿Cuál es el rol de la intervención kinesiológica en el dolor crónico no oncológico y cuáles son las estrategias terapéuticas de dicha disciplina que benefician a las personas que sufren este dolor?	18
20. ¿Por qué la actividad física beneficia a las personas con dolor crónico no oncológico y qué tipo de actividad física o deporte debiera indicarse a este grupo de personas?	19
21. ¿Qué señala la evidencia respecto a los objetivos terapéuticos más relevantes para optimizar la calidad de vida y la funcionalidad en personas con dolor crónico no oncológico y cómo debería articularse el trabajo del equipo interdisciplinario para alcanzarlos?	20
22. ¿Cuál es el rol de la psicología en el abordaje del dolor físico persistente?	21
23. ¿Cómo se relacionan la depresión, la ansiedad, el dolor y el insomnio en la experiencia dolorosa?	21
24. ¿Cuáles son las áreas de evaluación e intervención de la psicología del dolor?.....	22
25. ¿Cómo puede influir la alimentación en los mecanismos que sostienen el dolor crónico y así disminuirlo?	23

25 preguntas clave en dolor crónico no oncológico

1. ¿QUÉ ES EL DOLOR CRÓNICO Y CÓMO SE DIFERENCIA DEL DOLOR AGUDO?

Dra. Delia Ruiz Rodríguez

El dolor constituye una experiencia sensorial y emocional compleja que cumple un rol fundamental en la supervivencia humana. Tradicionalmente se clasifica en dolor agudo y dolor crónico, categorías que difieren en su fisiopatología, duración, implicancias clínicas y abordaje terapéutico. Comprender estas diferencias es esencial para los profesionales de la salud, dado el impacto del dolor en la calidad de vida y en los sistemas sanitarios.

El dolor agudo se define como un dolor de inicio súbito, generalmente asociado a un daño tisular evidente, como traumatismos, intervenciones quirúrgicas o procesos inflamatorios. Su duración suele ser inferior a tres meses y cumple una función protectora, al alertar sobre una lesión real o potencial, favoreciendo la adopción de conductas de protección y facilitando los procesos de cicatrización¹. Neurofisiológicamente, se asocia con la activación transitoria de nociceptores periféricos y vías ascendentes que transmiten señales al sistema nervioso central (SNC). El manejo terapéutico suele ser exitoso con analgésicos convencionales, antiinflamatorios y medidas locales.

Por contraste, el dolor crónico se define como aquel dolor que persiste más allá del tiempo esperado de curación, usualmente más de tres meses, y que pierde su función protectora inicial para

transformarse en una condición patológica en sí misma². Además, se caracteriza por fenómenos de sensibilización periférica y central, que perpetúan la percepción dolorosa incluso en ausencia de daño tisular activo. Clínicamente, suele acompañarse de alteraciones emocionales, trastornos del sueño, deterioro funcional y mayor riesgo de discapacidad laboral y social.

La distinción entre dolor agudo y crónico no es meramente temporal, sino que involucra diferencias cualitativas en su fisiopatología y consecuencias. Mientras que el dolor agudo suele responder a estrategias farmacológicas simples, el dolor crónico requiere un enfoque multidimensional e interdisciplinario, que incluya intervenciones farmacológicas, no farmacológicas y psicosociales. En este sentido, el paradigma actual lo concibe como una enfermedad independiente, lo que demanda políticas de salud pública específicas y programas de manejo integrales³.

En conclusión, diferenciar ambos tipos de dolor no sólo orienta el diagnóstico y tratamiento, sino que también permite comprender la necesidad de un abordaje integral para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raja SN. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
2. Treede RD. Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
3. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Terminology. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology>

2. ¿POR QUÉ EL DOLOR PERSISTE INCLUSO CUANDO YA NO HAY UNA LESIÓN EVIDENTE?

Dra. Delia Ruiz Rodríguez

Desde el punto de vista neurobiológico, la persistencia del dolor se explica principalmente por procesos de sensibilización periférica y central. La sensibilización periférica ocurre cuando los nociceptores aumentan su excitabilidad debido a la liberación sostenida de mediadores inflamatorios, generando una disminución del umbral para el disparo del potencial de acción. Sin embargo, cuando la lesión inicial cicatriza, el SNC puede mantener un estado de hiperexcitabilidad, conocido como *sensibilización central*, en el cual las neuronas de la médula espinal y del cerebro amplifican las señales nociceptivas o incluso las generan sin estímulo periférico¹.

Este proceso se acompaña de una reorganización sináptica y de alteraciones en la expresión génica de neurotransmisores y receptores, como los del glutamato y el N-metil-D-aspartato (NMDA), que perpetúan la transmisión excitatoria. Asimismo, se han identificado mecanismos de neurogliosis reactiva, donde las células gliales liberan citocinas proinflamatorias que modulan la actividad neuronal y mantienen la hipersensibilidad².

Se ha demostrado también que en el dolor crónico existen cambios estructurales y funcionales en el cerebro, particularmente en regiones como la corteza somatosensorial, la ínsula, el cíngulo anterior y la amígdala, que participan en la modulación emocional y cognitiva del dolor. Estos cambios pueden perpetuar la experiencia dolorosa, incluso cuando el estímulo nocivo ha desaparecido³.

Otro factor determinante es la disfunción del sistema modulador descendente del dolor, que normalmente actúa inhibiendo las señales nociceptivas a través de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina. Este sistema puede volverse menos eficaz o incluso facilitador, contribuyendo a la cronificación del dolor⁴.

Desde una perspectiva biopsicosocial, el mantenimiento del dolor sin lesión visible también se asocia con factores psicológicos, cognitivos y

sociales, como el estrés crónico, la ansiedad, la depresión, el miedo al movimiento y las creencias catastróficas sobre el dolor. Estas variables influyen en los circuitos cerebrales de la atención, la emoción y la memoria, incrementando la percepción del dolor y dificultando los procesos de recuperación⁵.

En síntesis, el dolor puede persistir más allá de la lesión debido a una plasticidad maladaptativa del SNC, a la activación glial sostenida, a la disfunción de los sistemas inhibitorios descendentes y a la influencia de factores emocionales y sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woolf CJ, Bennett GJ, Dib-Hajj SD, et al. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011;152(3 Suppl):S2-S15.
2. Ji RR, Chameissian A, Zhang YQ, et al. Neuroinflammation and Central Sensitization in Chronic and Widespread Pain. *Anesthesiology*. 2018;129(2):343-66.
3. Apkarian AV, Hashmi JA, Baliki MN, et al. Pain and the brain: specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*. 2011;152(Suppl 3):S49-S64.
4. Ossipov MH, Dussor GO, Porreca F, et al. Central modulation of pain. *Journal of Clinical Investigation*. 2010;120(11):3779-87.
5. Gatchel RJ, Bo Peng Y, Peters ML, et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007;133(4):581-624.

3. ¿CÓMO SE CLASIFICA EL DOLOR?

Dra. Delia Ruiz Rodríguez

La *International Association for the Study of Pain* (IASP) propone una clasificación del dolor que integra los avances neurobiológicos y clínicos recientes, reconociendo que el dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja, influida por factores biológicos, psicológicos y sociales¹:

- Clasificación según la duración: dolor agudo y dolor crónico.
- Clasificación según la fisiopatología:
 - Nociceptivo: deriva de la activación de nociceptores por daño tisular o inflamación (por ejemplo, artrosis, tendinitis).
 - Neuropático: resulta de una lesión o enfermedad del sistema nervioso periférico

- o central (por ejemplo, neuralgia postherpética).
- Nociplastico: se produce por una alteración en el procesamiento del dolor en el SNC sin evidencia de daño tisular o nervioso (por ejemplo, fibromialgia)².
- Mixto: combina mecanismos nociceptivos y neuropáticos, como ocurre en el dolor lumbar crónico o el dolor posquirúrgico persistente.
- Clasificación según la localización u origen anatómico: el dolor puede clasificarse, según su origen, en somático superficial, somático profundo, visceral o referido. Esta distinción tiene relevancia diagnóstica y terapéutica, ya que las diferentes estructuras generan patrones de irradiación y respuesta distintos³.
- Clasificación según la etiología y la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11): el dolor crónico se divide en dos grandes categorías:
 - Dolor crónico primario: se caracteriza por no tener una causa subyacente identificable o por ser desproporcionado respecto a la lesión inicial. Refleja una disfunción en los mecanismos de modulación del dolor, con sensibilización central y alteraciones neuroquímicas que perpetúan la experiencia dolorosa⁴. Se divide en:
 - Dolor crónico generalizado (por ejemplo, fibromialgia).
 - Síndrome de dolor regional complejo (SDRC) de tipo I.
 - Cefalea o dolor orofacial crónico primario (por ejemplo, desórdenes temporomandibulares).
 - Dolor crónico visceral primario (por ejemplo, síndrome del intestino irritable).
 - Dolor crónico musculoesquelético primario (por ejemplo, lumbago crónico inespecífico).
 - Dolor crónico secundario: se asocia con una causa específica persistente o identificable. Este grupo incluye:
 - Dolor crónico por cáncer.
 - Dolor crónico posquirúrgico o postraumático, vinculado a procedimientos invasivos o lesiones persistentes.
 - Dolor neuropático crónico (por ejemplo, neuropatía diabética).
 - Dolor visceral crónico, que surge de órganos internos (por ejemplo, dolor pélvico crónico).
 - Dolor musculoesquelético crónico secundario, asociado a trastornos inflamatorios o degenerativos como la artrosis o las espondiloartropatías.
 - Dolor crónico secundario a cefaleas o dolor orofacial como la neuralgia trigeminal⁴.
- Clasificación según los componentes moduladores: la IASP incorpora factores emocionales, cognitivos y sociales que modulan la percepción del dolor. Así, la severidad del dolor se codifica considerando la intensidad, angustia y discapacidad funcional, lo que permite una evaluación integral en coherencia con el modelo biopsicosocial⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. IASP Terminology and Taxonomy of Pain. International Association for the Study of Pain. 2020.
2. Kosek E, Cohen M, Baron R, et al. *Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states?* Pain. 2016;157(7):1382-6.
3. Woolf CJ. *Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain.* Pain. 2011;152(3 Suppl):S2-S15.
4. Treede RD, Rief W, Barke A, et al. *Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the ICD-11.* Pain. 2019;160(1):19-27.
5. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, et al. *The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions.* Psychol Bull. 2007;133(4):581-624.

4. ¿QUÉ HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS SE UTILIZAN EN EL DOLOR CRÓNICO?

Dra. Andrea Fuenzalida Palma

Para realizar el diagnóstico y tratamiento integral del tipo de dolor crónico que presenta la persona, es fundamental realizar una evaluación

Tabla 1. Historia de dolor crónico

Preguntas guía	Ejemplo de respuestas
Tiempo de evolución	Agudo: menor de 3 meses Crónico: mayor de 3 meses
Forma de inicio. Mecanismo	Súbito, progresivo, antecedente de trauma, cirugía, enfermedad sistémica
Localización e irradiación	Localizado en un segmento o área corporal, en varios segmentos o generalizado, irradiación o referido de otra área
Carácter	Opresivo, pulsátil, corriente, quemazón, ardor, frío doloroso, calambres, adormecimiento
Comportamiento durante el día	Constante, intermitente, fluctuante
Intensidad	Leve, moderada o severa
Síntomas acompañantes	Inflamación, cambios de color o temperatura, bajada de peso
Elementos agravantes	Actividad física, reposo, insomnio, frío, calor, estrés emocional
Elementos atenuantes	Reposo, frío, calor, apoyo familiar, realizar actividades que se disfruten o relajen
Repercusión funcional. Discapacidad	Limitación para caminar, trabajar, para las actividades de la vida diaria
Tratamientos previos y su beneficio	Medicamentos, procedimientos, cirugías, terapias complementarias
Estilo de vida	Tabaco, alcohol, drogas, alimentación, AF, sueño, ánimo y vida social
Creencias asociadas	Catastrofismo, kinesiofobia, creencias limitantes

Adaptado de Ministerio de Salud⁶.

clínica completa que incluya la historia clínica, un examen físico, exámenes complementarios y cuestionarios o encuestas atinentes a cada caso. Esta evaluación debe realizarse mediante un enfoque centrado en la persona y bajo el modelo biopsicosocial. Su objetivo principal es realizar el diagnóstico para clasificar el dolor y posteriormente establecer un plan de tratamiento personalizado multimodal e interdisciplinario¹.

- Evaluación clínica: debe incluir la historia clínica, incluyendo la historia del dolor crónico (Tabla 1), la descripción del estilo de vida y elementos psicosociales.
- Examen físico: general y segmentario, orientado al motivo de consulta².
- Exámenes complementarios: se justifican para realizar la confirmación diagnóstica en caso de duda, frente a un posible cambio de plan de tratamiento según sus resulta-

dos, para la evaluación de patología crónica concomitante y ante la presencia de signos de alarma².

- Cuestionarios y escalas de evaluación: son instrumentos estandarizados que evalúan una dimensión (como la escala visual análoga, que evalúa la intensidad) o varias dimensiones (como el cuestionario de dolor de McGill) y pueden ser completados por el profesional y/o la persona con dolor crónico. Su elección depende de la duración del dolor, el diagnóstico y tipo de dolor, la población a evaluar y el objetivo de la evaluación^{3,4}.

En Chile los dos cuestionarios que están validados son el Cuestionario para la Graduación del Dolor Crónico y el Cuestionario de Impacto Afectivo del Dolor Crónico de Origen Benigno. Además, algunos diagnósticos cuentan con

cuestionarios específicos, como es el caso del síndrome de dolor lumbar y fibromialgia².

En conclusión, se recomienda la integración de todas las herramientas diagnósticas para lograr una evaluación que permita un diagnóstico y tratamiento correctos, debido a la multidimensionalidad de la experiencia de dolor crónico⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kova I, Banozic A, Puljak L, et al. Integrated Approach to Chronic Pain—The Role of Psychosocial Factors and Multidisciplinary Treatment: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21:1135.
2. Ministerio de Salud. Orientación técnica de manejo del dolor crónico no oncológico en personas de 15 y más años en atención primaria. MINSAL. 2021.
3. EFIC. Measuring Pain in the Clinic. [Internet]. Disponible en: <https://europeanpainfederation.eu/measuring-pain-in-the-clinic/>
4. IASP. Pain Management center toolkit. [Internet]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>
5. Vicente-Herrero M, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(4).

5. ¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y CUÁL ES SU POSIBLE APLICACIÓN EN EL DOLOR CRÓNICO?

Dra. Andrea Fuenzalida Palma

La entrevista motivacional (EM) es un método basado en evidencia y centrado en la persona para fomentar el cambio y crecimiento personal, aplicable en diferentes áreas de la salud. Busca obtener y fortalecer la motivación para el cambio de comportamiento al facilitar que las personas resuelvan la ambivalencia¹.

Su espíritu incluye cuatro elementos: alianza, aceptación, compasión y empoderamiento, los cuales, a lo largo de la práctica, modificarán la forma de responder de la persona y la forma de relacionarse de los profesionales que la practican. Puede utilizarse como una intervención independiente o como complemento a la práctica habitual¹.

Se alinea con el modelo transteórico del cambio, al utilizar las etapas del cambio como una guía

para determinar el tipo de estrategia a utilizar, según el nivel de motivación y la etapa identificada². En el tratamiento de las personas con dolor crónico, es importante saber dónde se encuentra el paciente con respecto a su disposición para cambiar sus creencias y/o su forma de manejar el dolor, con el fin de establecer posteriormente un plan consensuado de manejo³.

Se ha estudiado el uso de la EM en el contexto del dolor crónico con resultados diversos. Una revisión sistemática identificó siete ensayos clínicos aleatorios con 962 participantes con dolor crónico y concluyó que hubo un efecto general pequeño-moderado en el aumento de la adherencia terapéutica a corto plazo, pero no a largo plazo³. No existe información suficiente para extraer conclusiones robustas de los efectos de la EM en la severidad del dolor y la funcionalidad, pero sí se obtienen mejoras en la intensidad del dolor⁴.

Sin embargo, su uso es prometedor al integrarse con la educación en neurociencias del dolor, con un efecto en la adherencia al tratamiento, mientras que la educación en neurociencias del dolor presenta mejoría en la kinesiofobia y el catastrofismo en el corto y mediano plazo^{3,4}.

Son ejemplos de habilidades que se utilizan en la práctica los siguientes:

- Preguntas abiertas: promueven la exploración de las motivaciones y la ambivalencia de la persona, junto con apoyar que ésta verbalice sus propias razones para cambiar (discurso del cambio).
- Afirmaciones: aumentan la autoeficacia y fortalecen la alianza terapéutica.
- Escucha reflexiva: disminuye la resistencia y favorece la compasión.
- Resúmenes: refuerzan la motivación y apoyan en la transición hacia la planificación.

En conclusión, existe evidencia creciente de los beneficios de la implementación de la EM en la práctica habitual, ya que parece ser una opción en los pacientes en los cuales otras estrategias no han sido efectivas; sin embargo, esto debe ser confirmado por ensayos clínicos controlados aleatorizados de alta calidad en el futuro⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change and Grow*. 4.^a ed. Guilford Press; 2023.
2. Wood AR, Jackson J, Simon LS, et al. *Motivational Interviewing and Chronic Care Management Using the Transtheoretical Model of Change*. *Health Soc Work*. 2023;48(4):271-6.
3. Alperstein D, Sharpe L, Peeters G, et al. *The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review*. *J Pain*. 2016;17(4):393-403.
4. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, et al. *Integrating motivational interviewing in pain neuroscience education for people with chronic pain: a practical guide for clinicians*. *Phys Ther*. 2020;100:846-59.
5. Hardt S, Zaugg C, Hilfiker R, et al. *Effectiveness of motivational interviewing on pain-related outcomes in patients with musculoskeletal pain: a systematic review and meta-analysis*. *Disabil Rehabil*. 2025;47(17):4341-65.

6. ¿QUÉ ES EL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO Y CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO?

Dra. Andrea Fuenzalida Palma

El enfoque multidisciplinario se refiere a un enfrentamiento integrado, realizado por diferentes profesionales, que trabajan de forma colaborativa y comparten la visión del modelo biopsicosocial y sus objetivos, para el manejo de la persona con dolor crónico¹. Su aplicación es posible en el ámbito ambulatorio u hospitalario, dependiendo de los recursos disponibles.

Recientemente se ha introducido el término *interdisciplinario*, el cual destaca que el equipo se encuentra alineado en el plan de tratamiento y trabaja en un servicio de manera integrada, a diferencia de multidisciplinario, que involucra a los diferentes profesionales, pero cada uno trabaja de forma individual en servicios diferentes^{1,2}.

El enfoque interdisciplinario de tratamiento presenta beneficios: por ejemplo, para los profesionales mejora el desempeño y promueve la toma de decisiones compartidas; en el caso de los pacientes, mejora las habilidades de automanejo y calidad de vida, y a nivel organizacional promueve una atención de salud más eficiente².

La evidencia científica que apoya su aplicación es amplia e indica que las intervenciones simultáneas y precoces que abordan los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales pueden disminuir la percepción de dolor, mejorar el bienestar psicosocial y reducir los costos para la sociedad^{1,2}.

Según las recomendaciones de la IASP, la propuesta de integrantes del equipo de manejo interdisciplinario del dolor es:

- Médico que ejerza el rol de liderazgo del equipo.
- Médico de al menos una de las siguientes especialidades: anestesiología, medicina física y rehabilitación, psiquiatría, cirugía, medicina general, reumatología, neurología y cuidados paliativos.
- Profesionales de la salud: kinesioterapia, terapia ocupacional, psicología, enfermería, química y farmacia, trabajo social y nutrición.
- Profesionales administrativos o de soporte.
- Profesionales investigadores.

Todos deben tener formación en dolor crónico y estrategias de educación, además de en el trabajo de manera interdisciplinaria; asimismo, deben comprometerse a trabajar en equipo, contar con habilidades comunicacionales y realizar su práctica bajo estándares éticos. Y debe existir una descripción de roles, capacidades y tareas a realizar por cada profesional^{1,2}.

Sin embargo, en la práctica, se presentan barreras que dificultan el acceso a un manejo interdisciplinario del dolor, como, por ejemplo, la falta de capacitación de los profesionales de la salud en dolor crónico, disparidades socioeconómicas y falta de financiamiento del manejo del dolor crónico³.

BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. Pain Management center toolkit. [Internet]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/toolkits/pain-management-center/>
2. Kongkar R, Wattanapisit A, Saengow U, et al. The Impact of Interdisciplinary Team-Based Care on the Care and Outcomes of Chronically Ill Patients: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*. 2025;18:445-57.
3. Staudt MD. The Multidisciplinary Team in Pain Management. *Neurosurg Clin N Am*. 2022;33(3):241-9.

7. ¿POR QUÉ SE DEBEN SUMAR LA EVALUACIÓN Y EL MANEJO DEL ESTILO DE VIDA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO?

Dra. Andrea Fuenzalida Palma

El dolor crónico es una causa de discapacidad a nivel mundial y presenta un desafío para los profesionales de la salud, las personas que lo presentan y los sistemas sanitarios, debido a su impacto multidimensional y socioeconómico para la sociedad, entre otros¹.

Además, las personas con dolor crónico presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad cardiovascular². Con relación al riesgo de mortalidad, la evidencia muestra que las personas con dolor crónico presentan un mayor riesgo que la población sin dolor crónico².

Evidencia creciente muestra que los factores del estilo de vida como la actividad o inactividad física, el estrés, el mal dormir, la alimentación no saludable y el tabaquismo se asocian a la severidad del dolor y la perpetuación de esta condición a lo largo de todo el ciclo vital^{1,3}.

Estos hallazgos apoyan el cambio de paradigma hacia un manejo integrativo del dolor basado en el estilo de vida, con intervenciones individualizadas, las cuales plantean un gran potencial para mejorar los resultados y disminuir el impacto psicológico y socioeconómico del dolor crónico⁴.

Para iniciar la integración del estilo de vida en la evaluación de la persona con dolor crónico se sugieren los siguientes pasos⁴:

1. Se inicia con la identificación de los factores del estilo de vida relevantes en relación con el dolor crónico, mediante una historia clínica del dolor que integre los seis pilares del estilo de vida: alimentación, actividad física (AF), sueño reparador, conexiones sociales positivas, regulación del estrés y evitar el consumo de sustancias nocivas (tabaco, alcohol y drogas).

2. Se continúa con la identificación de barreras para el cambio de comportamiento, mediante la aplicación de la EM y educación en neurociencias del dolor, que nos apoyarán en determinar la motivación, la etapa del cambio en que la persona se encuentra.
3. Posteriormente, se establece un plan de tratamiento y seguimiento del dolor que integre los factores del estilo de vida relevantes.

En conclusión, el estilo de vida es inherente a cada persona y puede actuar como un modulador de la experiencia dolorosa, en especial la práctica de AF, que presenta beneficios en el sueño, la alimentación y el estrés, lo que favorece la adherencia⁵; por lo tanto, la invitación es a integrar el estilo en el manejo habitual de las personas con dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nijs J, D'Hondt E, Clarys P, et al. *Lifestyle and chronic pain across the lifespan: An inconvenient truth?* PM R. 2020;12:410-9.
2. Michael Ray B, Kelleran KJ, Fodero JG, et al. *Examining the Relationship Between Chronic Pain and Mortality in U.S. Adults.* J Pain. 2024;25(10):104620.
3. Nijs J, Malfliet A, Ickmans K, et al. *The Key Role of Lifestyle Factors in Perpetuating Chronic Pain: Towards Precision Pain Medicine.* J Clin Med. 2022;11(10):2732.
4. Nijs J, Tumkaya Yilmaz S, Malfliet A, et al. *Personalized Multimodal Lifestyle Intervention as the Best-Evidenced Treatment for Chronic Pain: State-of-the-Art Clinical Perspective.* J Clin Med. 2024;13(3):644.
5. Núñez-Cortés R, Sánchez-Ramírez DC, Castillo-Bustamante C, et al. *Physical Activity as a Central Pillar of Lifestyle Modification in the Management of Chronic Musculoskeletal Pain: A Narrative Review.* J Funct Morphol Kinesiol. 2025;10(2):183.

8. ¿QUÉ ES LA AUTOGESTIÓN O AUTOMANEJO DEL DOLOR CRÓNICO Y QUÉ ESTRATEGIAS SE PUEDEN UTILIZAR PARA FAVORECERLO?

Dra. Andrea Fuenzalida Palma

Aunque no existe una definición *gold standard* de autogestión o automanejo en el contexto de las enfermedades crónicas, se podría entender como

«la habilidad del individuo para monitorear su estado de salud y generar las respuestas conductuales, cognitivas y emocionales necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria»¹. Si se relaciona con el dolor crónico, se podría establecer como «un enfoque individual o combinado que puede ser inicialmente enseñado por un profesional de la salud o aprendido por el individuo para minimizar el impacto del dolor crónico en su vida diaria»¹.

En la ficha informativa de la IASP sobre la promoción de la educación para el autocontrol del dolor crónico, se describe que para gestionar con éxito los problemas de la vida diaria secundarios al dolor crónico se debe realizar un proceso educativo que requiere²:

- Establecer una alianza terapéutica con los profesionales de la salud.
- Utilizar estrategias cognitivas y conductuales para maximizar la función.
- Modificar las responsabilidades familiares, sociales y laborales, según sea necesario, para mantener relaciones importantes y roles de vida significativos.
- Aprender a regular las fluctuaciones del dolor y reconocer los elementos gatillantes y atenuantes.
- Mantener y/o desarrollar un estilo de vida saludable que incluya la regulación del estrés, AF regular, alimentación balanceada y buenos hábitos de sueño.
- Utilizar los recursos adecuados y gestionar las decisiones terapéuticas en conjunto con la persona.

Los programas de autogestión buscan potenciar la autoeficacia y se pueden clasificar en tres categorías:

- Modelo de Standford: su objetivo es entregar herramientas de conocimiento y habilidades para el manejo del dolor y sus consecuencias físicas, sociales y emocionales.
- Terapia de aceptación y compromiso: se centra en cambiar las conductas motivadas por el miedo al dolor por otras motivadas por la voluntad de participar en actividades significativas.

- Terapia cognitivo-conductual: utiliza principios para identificar las relaciones entre pensamientos, emociones y comportamientos con el fin de fomentar las conductas positivas de autogestión.

Independientemente del enfoque adoptado, es esencial realizar una adaptación de los programas y materiales educativos para que sean apropiados a todas las edades, condiciones de dolor y discapacidad, culturas y nivel de alfabetización^{1,3}.

En Chile se cuenta con dos excelentes recursos que apoyan la autogestión del dolor crónico: la guía realizada por la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos y la realizada por el equipo de *Minus-Pain*, las cuales describen estrategias educativas y cuentan con consejos prácticos para las personas^{4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kang Y, Choi J, Park J, et al. Chronic pain: supported self-management. *BMJ* 2024;384:e072362.
2. IASP. Hoja informativa de promoción de la educación para el autocontrol del dolor crónico. 2021.
3. Kerns RD, Burns JW, McCracken LM, et al. Self-Management of Chronic Pain: Psychologically Guided Core Competencies for Providers. *Pain Med.* 2022;23(11):1815-9.
4. Minus Pain. Dolor crónico: una guía de autoayuda para pacientes. [Internet]. Disponible en: <https://psiconecta.org/wp-content/uploads/2025/03/Dolor-Cronico-Guia-de-ayuda-para-pacientes.pdf>
5. ACHED-CP. Guía para pacientes: manejo del dolor crónico. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ached.cl/storage/user-files/files/guia-pacientes-dolor.pdf>

9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DEL DOLOR: ¿QUÉ GRUPOS FARMACOLÓGICOS SE DEBEN USAR?

Q.F. Matías Ramírez Allendes

La elección del tratamiento farmacológico depende del tipo de dolor, según su etiología predominante. Para el dolor neuropático, los analgésicos antidepresivos y los antiepilépticos son medicamentos de primera línea, así como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y los inhibidores de la recaptación

de serotonina y noradrenalina, como duloxetina y venlafaxina. Los antiepilépticos, particularmente la gabapentina y la pregabalina, han demostrado su eficacia en el tratamiento de la neuralgia postherpética y la neuropatía diabética periférica. En caso de dolor neuropático localizado con un gran componente de hipersensibilidad (alodinia), se utilizan tratamientos tópicos como la lidocaína y la capsaicina. Para el dolor no neuropático, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tanto tópicos como orales se consideran el tratamiento de primera línea para la osteoartritis y otras condiciones crónicas inflamatorias como la tendinitis y el dolor lumbar en periodos cortos de tratamiento. Dependiendo del tipo de dolor y de las características del paciente será el tratamiento individualizado a utilizar.

En cuanto a la dosificación y recomendaciones:

- Amitriptilina: su mecanismo es la inhibición de la bomba responsable de la receptación de 5-hidroxitriptamina (5-HT) y noradrenalina (NA). Dosis estándar: 25 mg una vez al día. Hay que considerar comenzar con 12,5 mg para evaluar la tolerancia y los posibles efectos adversos.
- Buprenorfina: opioide agonista de receptores opioides mu (μ) (MOR) y antagonista de receptores opioides kappa (KOP), en presentación transdérmica, cuya dosificación en el dolor crónico varía entre 5 y 20 μ g/h. Es un opioide potente a dosis bajas, por lo que su uso está reservado para pacientes en los que, con un manejo complejo del dolor, no ha sido suficiente la utilización de tramadol (primera opción). Su uso es semanal y se recomienda no cortar el parche.
- Celecoxib*: es un AINE selectivo cuyo mecanismo es la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX) 2, principalmente para el dolor inflamatorio, donde la dosificación comienza con 200 mg hasta 400 mg día, con la premisa de que la dosis debe ser la mínima eficaz por el menor tiempo posible.
- Diclofenaco tópico* al 1%: AINE con buena utilidad en la artrosis de manos y rodillas con efecto local; su aplicación puede ser pautada en esquemas que, según la necesidad, son de hasta tres veces al día. Es importante que se mantengan las mismas recomendaciones que con los AINE orales. En el dolor musculoesquelético, siempre se sugiere comenzar por esta presentación antes del AINE oral.
- Diclofenaco e ibuprofeno*: AINE no selectivos utilizados principalmente para el dolor musculoesquelético; su dosificación se inicia, en el caso del diclofenaco, en los 50 mg cada 8 h y en el del ibuprofeno, en 400 mg cada 8 h.
- Duloxetina: inhibidor selectivo de la recapitación de serotonina y noradrenalina. Su dosificación varía de 60 a 120 mg/día. Es importante iniciar con 30 mg e ir aumentando cada dos semanas.
- Gabapentina: antagonista de la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio dependiente de voltaje, inhibiendo la liberación de neurotransmisores excitatorios. Su dosificación comprende un inicio de 300 a 2.400 mg al día divididos en tres tomas. Puede producir náuseas y ganancia de peso en algunos pacientes.
- Lidocaína en parches al 5% en el dolor neuropático localizado: su mecanismo como antagonista de los canales de sodio dependientes de voltaje genera una inhibición y generación del impulso nervioso. Además, su acción mecánica por el apósito de hidrogel produce bastante beneficio en pacientes con alodinia mecánica. Se utiliza en la zona dolorosa con rotación cada 12 h, con un máximo de tres parches al día.
- Paracetamol: analgésico, antipirético de primera línea; si bien su mecanismo no está del todo dilucidado, inhibe las isoformas

* En este subgrupo de AINE se debe evaluar el perfil gastrointestinal y cardiovascular de los usuarios, porque los principales efectos adversos son en dichos sistemas. Nunca hay que utilizar dos AINE concomitantemente, ya que la posibilidad de eventos adversos se incrementa, y siempre se deben usar a la dosis mínima eficaz por el menor tiempo posible.

mas de las enzimas COX 1 y 2 a nivel central por sobre el periférico. Su dosificación es de 500-1.000 mg cada 6 h. Se debe tener precaución en pacientes con alteraciones hepáticas y siempre hay que evaluar/preguntar por la utilización de otros fármacos que puedan contener paracetamol.

- Tramadol: opioide con acción dual única, agonista MOR e inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, de primera línea en el dolor que no ha respondido al tratamiento analgésico previo a opioides. Su dosificación es de 25 mg cada 6-8 h hasta una dosis máxima de 400 mg/día. Existen distintas presentaciones y formas farmacéuticas entre liberación convencional, prolongada y gotas.
- Asociación paracetamol/tramadol: las revisiones han demostrado que la combinación de 37,5 mg de tramadol con 325 mg de paracetamol es más efectiva para reducir el dolor en pacientes con fibromialgia, ya que permite un uso más prolongado.
- Asociación tramadol/diclofenaco: ofrece un efecto analgésico sinérgico, al actuar sobre mecanismos diferentes del dolor; esta combinación mejora la eficacia analgésica, reduce la dosis requerida de cada fármaco y, por tanto, disminuye la incidencia de eventos adversos en comparación con el uso aislado de opioides o antiinflamatorios. Es útil en cuadros de dolor agudo de intensidades moderadas-severas.
- Pregabalina: antagonista de la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio dependiente de voltaje, modulando sustancias proinflamatorias como glutamato, sustancia P, Na, entre otras, sin acción en ácido gamma-aminobutírico (GABA). Dosis: 75-600 mg al día; se debe comenzar lento y por las noches, incluso se recomienda comenzar con dosis de 37,5 mg e ir escalando según la respuesta. Los principales eventos adversos son la somnolencia, la constipación y, en algunos casos, el edema periférico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beakley BD, Kaye AD, Kaye AM, et al. *Tramadol, Pharmacology, Side Effects, and Serotonin Syndrome: A Review.* Pain Physician. 2015;18(4):395-400.
2. Bonezzi C, Arendt-Nielsen L, Merskey H, et al. *Pharmacological management of adults with chronic non-cancer pain in general practice.* Pain Ther. 2020;9(Suppl 1):17-28.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM, et al. *Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances.* Lancet. 2021;397(10289):2082-97.
4. D'Souza RS, Hooten WM, Eldrige JS, et al. *The state-of-the-art pharmacotherapeutic options for the treatment of chronic non-cancer pain.* Expert Opin Pharmacother. 2022;23(7):775-89.
5. Fisher E, Heathcote LC, Eccleston C, et al. *Efficacy and safety of pharmacological, physical, and psychological interventions for the management of chronic pain in children: a WHO systematic review and meta-analysis.* Pain. 2022;163(1):e1-e19.
6. Giorgi V, Bazzichi L, Carli G, et al. *Pharmacological treatment of fibromyalgia syndrome: a practice-based review.* Curr Pain Headache Rep. 2024;28(12):1349-63.
7. Kaplan CM, Schrepf A, Clauw DJ, et al. *Deciphering nociplastic pain: clinical features, risk factors and potential mechanisms.* Nat Rev Neurol. 2024;20(6):347-63.
8. Perrot S. *Fibromyalgia: Do I Tackle You with Pharmacological Treatments?* Pain Rep. 2025;10(1):e1222.

10. ¿QUÉ PAPEL TIENEN LOS FÁRMACOS OPIOIDES EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO MUSCULOESQUELÉTICO Y QUÉ CONSIDERACIONES HAY QUE TENER?

Q.F. Matías Ramírez Allendes

Los opioides son los analgésicos por excelencia para el dolor moderado-severo. Agonistas del receptor MOR, generan una hiperpolarización de la membrana, disminuyendo la excitabilidad y reduciendo la liberación de neurotransmisores excitatorios. A nivel supraespinal modifican la percepción e interpretación afectiva del dolor.

Hay poca evidencia que respalde su beneficio a largo plazo en el manejo del dolor crónico; además, existe un riesgo significativo de desarrollar dependencia y otros trastornos por el uso inapropiado de estos medicamentos.

Es muy importante que el equipo de salud mental realice una anamnesis y evalúe si existe alguna enfermedad psiquiátrica concomitante o un consumo problemático de sustancias.

Respecto al dolor musculoesquelético primario crónico, caracterizado por mecanismos de

sensibilización central, más que por un daño tisular periférico persistente, la evidencia es limitada en relación con el beneficio a largo plazo de los opioides, con riesgos significativos. Las guías de la Federación Europea del Dolor (EFIC) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) priorizan las terapias no opioides y no los recomiendan como primera línea.

En el dolor crónico secundario, el papel de los opioides es más matizado, aunque a largo plazo sigue siendo controvertido. En el dolor lumbar crónico específico, una revisión Cochrane (Cashin, 2023) mostró cierta eficacia a corto plazo al comparar con placebo, pero la evidencia que apoya a largo plazo es débil.

En el caso de la artrosis, se debe reconsiderar la recomendación del tramadol y los opioides, dado que los nuevos paradigmas abordan de manera más compleja este dolor con una presencia de dolor mixto con un 40% de sensibilización central. Los opioides potentes no se recomiendan.

Para el dolor neuropático, los opioides han demostrado alivio a corto plazo, pero no son el tratamiento de primera elección.

BIBLIOGRAFÍA

- Barnett, M. L. (2020). Opioid prescribing in the midst of crisis—myths and realities. *New England Journal of Medicine*, 382(12), 1086-1088.
- Canadian Guideline for opioid for non-cancer chronic pain 2024. Disponible en: <https://npc.healthsci.mcmaster.ca/guidelines/>
- Cashin AG, Wand BM, O'Connell NE, et al. Pharmacological Treatments for Low Back Pain in Adults: An Overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;4(4):CD013815.
- Kloppenborg M, Namane M, Cicuttini F. Osteoarthritis. *Lancet*. 2025;405(10472):71-85.
- Perrot S, Cohen M, Lionis C, et al. The IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP Classification of Chronic Pain for ICD-11: Chronic Secondary Musculoskeletal Pain. *Pain*. 2019;160(1):77-82.
- Webster, L. R., & Webster, R. M. (2005). Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain medicine*, 6(6), 432-442.

11. ¿CUÁNDO, CÓMO Y POR QUÉ SE DEBE REALIZAR LA ROTACIÓN DE OPIOIDES?

G.F. Matías Ramírez Allendes

La rotación de opioides es la sustitución del opioide previo por otro con el objetivo de obtener

un equilibrio entre la analgesia y los efectos secundarios. Esta acción debe realizarse porque existen características en las personas que hacen que la respuesta sea única, destacando la variación interindividual de los individuos, generando un desbalance entre el riesgo y el beneficio.

La rotación de opioides está indicada cuando existe principalmente un mal control del dolor, pero, además, cuando aparecen cuadros de neurotoxicidad secundaria a opioides, problemas de *stock*, situación clínica, opiofobia, deseos del paciente e incluso medidas socioeconómicas.

La ventaja de realizar una rotación de opioides es la disminución de la intensidad del dolor y de efectos secundarios intolerables. Las desventajas son que existen múltiples guías de conversión sin guías ni algoritmos claros, que la dosis es incorrecta al realizar la rotación y el uso inadecuado de los adyuvantes.

Es importante la estandarización en su institución para poder lograr un mismo lenguaje respecto a la rotación.

Los pasos para realizarla son:

- Paso 1: determinar la dosis actual de opioide en 24 h, considerando las dosis de rescates.
- Paso 2: determinar la dosis equivalente expresada en morfina oral.
- Paso 3: escoger el mejor opioide de segunda línea, considerando el motivo, características, tipo de opioide y riesgos asociados.
- Paso 4: convertir el opioide usando las tablas de conversión acordadas como institución.
- Paso 5: reducir la dosis del nuevo opioide entre un 10 y un 50% (habitualmente se utiliza un 30%).
- Paso 6: prescribir la nueva indicación según las características farmacocinéticas del opioide.
- Paso 7: evaluar la rotación en 3-7 días.

La rotación de opioides constituye una herramienta para poder equilibrar el alivio del dolor y los efectos adversos de los pacientes con dolor. Cada persona es única y, por lo tanto, hay que atenderla individualmente a través de un equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Barboteo JG, Navarro JT, Tuca A, et al. Rotación de opioides: una alternativa en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(13):617-22.
- Lara-Solares A, Ahumada Olea M, Basantes Pinos AA, et al. Latin-American guidelines for cancer pain management. *Pain Manag*. 2017;7(4):287-98.
- Paice JA, Bohlke K, Barton D, et al. Use of Opioids for Adults With Pain From Cancer or Cancer Treatment: ASCO guideline. *J Clin Oncol*. 2023;41(4):914-30.
- Pareja D, Leiva O, Equipo de Medicina Paliativa UC. Opioides en el manejo del dolor moderado a severo en pacientes con cáncer. [Internet]. Disponible en: https://cuidadospaliativos.uc.cl/wp-content/uploads/2023/05/D.-Pareja-O.-Leiva-2018-Manual-Manejo-de-Opioides-en-Dolor-Oncologico.-Mod-Severo_FONIS-SA18I0039-1.pdf
- Swarm RA, Paice JA, Anghelescu DL, et al. Adult Cancer Pain, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019;17(8):977-1007.
- Sociedad Gallega del Dolor. Manual del dolor (edición online). https://sgador.com/wp-content/uploads/2018/04/Manual-SGADOR-24x17_WEB_20-03.pdf

12. ¿HASTA CUÁNDO ES SEGURO USAR OPIOIDES Y CÓMO HAY QUE REALIZAR SU DESPRESCRIPCIÓN?

Q.F. Matías Ramírez Allendes

El uso de opioides a largo plazo tiene evidencia limitada y escasa. No existen ensayos controlados contra placebo que se prolonguen más allá de 12-16 semanas. Por lo tanto, en el dolor crónico no oncológico, es muy importante realizar un uso juicioso de estos medicamentos. La Sociedad Española de Dolor, en su decálogo para el manejo de los opioides, hace énfasis en que, después de seis meses de terapia, se debe considerar y discutir con el paciente la conveniencia de reducir la dosis, valorando incluir otros medicamentos (estrategia multimodal), o bien, ante la falta de eficacia o la aparición de eventos adversos, hay que considerar la rotación de opioides.

Al momento de iniciar los opioides, es muy importante tener en cuenta que el seguimiento debe ser estrecho, ya que los pacientes que no logren alivio en 2-4 semanas es poco probable que obtengan ese beneficio a largo plazo, en contraparte de si existe el beneficio en ese tiempo.

Se debe considerar que la eficacia a corto plazo no garantiza la eficacia a largo plazo.

En relación con la dosis de respuesta, según los ensayos clínicos en uso de opioides a largo plazo,

no se debe superar la dosis de 120 mg/día de morfina oral equivalente¹.

Existen recomendaciones, como la de la Agencia Sanitaria de Cataluña, según las cuales en personas con dolor crónico no oncológico en tratamiento con opioides no se debe renovar la prescripción transcurridos tres meses sin haber evaluado su eficacia y seguridad.

Actualmente no existe un tiempo claro de hasta dónde hay que utilizar opioides para el manejo del dolor crónico no oncológico; sin embargo, se debe considerar que son un pilar en el manejo del dolor, pero hay que aceptar que tienen una tasa de fracaso y efectos secundarios y que es posible que, aunque la prescripción sea correcta, pueda generarse un uso inapropiado.

¿Qué es la desprescripción?

La desprescripción de opioides se define como un proceso intencionado y supervisado de reducción progresiva de la dosis de estos medicamentos, con el fin de mejorar los resultados clínicos y minimizar daños². Esta estrategia se considera parte integral de una buena práctica clínica cuando los riesgos superan los beneficios, el tratamiento ya no es eficaz o el paciente desea suspenderlo.

Según la *Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Opioid Analgesics* de la Universidad de Sídney³, la desprescripción de opioides se recomienda en pacientes que han estado usándolos durante al menos tres meses para dolor crónico no oncológico (DCNO) y que no presentan beneficios significativos en términos de funcionalidad, control del dolor o calidad de vida. La guía también aplica en pacientes con efectos adversos importantes, alto riesgo de daño (caídas, sobredosis, trastornos por uso de sustancias) o en aquéllos que expresan el deseo de suspender el tratamiento.

Dentro de las estrategias recomendadas están las siguientes:

- Evaluación individualizada del paciente: cada paciente debe ser evaluado en función de su historial médico, tipo de dolor crónico, uso de opioides y comorbilidades. La desprescripción debe ser personalizada

y realizada gradualmente para evitar eventos adversos de la retirada.

- Reducción gradual de la dosis: la reducción de los opioides debe hacerse de manera progresiva, disminuyendo la dosis a lo largo del tiempo para minimizar los síntomas de abstinencia y evitar un rebote del dolor. Se recomienda una reducción del 10% de la dosis diaria cada cuatro semanas.
- Monitoreo y seguimiento continuo: durante el proceso, se recomienda realizar un seguimiento frecuente del paciente para evaluar la respuesta al tratamiento, ajustar la estrategia según sea necesario y ofrecer apoyo emocional y psicológico.
- Intervenciones complementarias: además de la desprescripción de opioides, se deben considerar tratamientos alternativos que ayuden a controlar el dolor de manera efectiva, como terapias físicas, intervenciones psicológicas y medicación adyuvante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chou R, Turner JA, Devine EB, et al. *The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic review*. Ann Intern Med. 2015;162:276-86.
2. Dowell D, Haegerich TM, Chou R, et al. *CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain – United States 2016*. JAMA. 2016;315:1624-45.
3. Langford AV, Krishnamurthy P, Gnjidic D, et al. *Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Opioid Analgesics*. Sydney: The University of Sydney; 2022.

13. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Q.F. Matías Ramírez Allendes

En la población mayor, el dolor no es un componente asociado al envejecimiento; sin embargo, las personas mayores tienen tasas más altas de procedimientos quirúrgicos y muchas de sus enfermedades ocasionan dolor crónico, entre ellas el dolor neuropático. Asimismo, estas personas tienen con alguna frecuencia comorbilidades

médicas, psicológicas y sociales, además de factores ambientales que repercuten en el dolor o en la respuesta a su tratamiento.

El dolor es común en las personas mayores: se estima que entre el 40 y el 75% de las personas que viven en casa y el 90% de las que lo hacen en centros de atención sufren dolor, pero a menudo se subestima y se trata poco.

La IASP enfatiza en el incremento del riesgo de sufrir un dolor molesto, asociado a la disminución de la capacidad para enfrentar y evitar los daños potenciales relacionados, representando las vulnerabilidades especiales de la población envejecida.

En cuanto al tratamiento, los fármacos recomendados para los distintos tipos de dolor son los mismos que para las personas más jóvenes, pero las comorbilidades y la polifarmacia aumentan el riesgo de eventos adversos e interacciones farmacológicas. Es muy importante considerar la premisa de iniciar bajo y titular lento (*Start Slow, Go Slow*).

Para el dolor leve-moderado, se recomienda el paracetamol más un analgésico antiinflamatorio no esterooidal; para el dolor neuropático, antiepilépticos, gabapentinoides y antidepresivos, y en el dolor tóxico, lidocaína y capsaicina.

Con respecto a los opioides, si hay un dolor moderado-intenso, se debe comenzar con tramadol seguido de buprenorfina y, como uso refractario, se emplean los opioides, como morfina, tapentadol y fentanilo.

Al momento de seleccionar una terapia hay tener en consideración lo siguiente:

- Características del dolor.
- Comorbilidades del paciente.
- Función renal y hepática.
- Terapia farmacológica concomitante.
- Funcionalidad.
- Estado mental y psicológico.
- Capacidad de autocuidado.
- Capacidad de tragar comprimidos.

El tratamiento del dolor debe incluir terapia física, psicoterapia, salud mental y terapias complementarias, junto al tratamiento farmacológico. Ello debe ser adaptado e individualizado y, si la monoterapia es poco eficaz, se recomienda el tratamiento multimodal.

BIBLIOGRAFÍA

- Canadian Guideline for opioid for non-cancer chronic pain. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://npc.healthsci.mcmaster.ca/guidelines/>
- De Andrés J, Acuña JP, Olivares A. Dolor en el paciente de la tercera edad. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25(4):674-86.
- Hosseini F, Mullins S, Gibson W, et al. Acute pain management for older adults. *Clin Med (Lond)*. 2022;22(4):302-6.
- Ministerio de Salud. Orientación técnica de manejo del dolor crónico no oncológico en personas de 15 y más años en atención primaria. MINSAL. 2021.
- Pickering G, Kotlińska-Lemieszek A, Krcevski Skvarc N, et al. Pharmacological pain treatment in older persons. *Drugs Aging*. 2024;41(12):959-76.

14. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR DOLOR NEUROPÁTICO Y CUÁLES SON SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS MÁS RELEVANTES?

Dr. David Soto Betancourt

El dolor neuropático se define como aquél que resulta de una lesión o enfermedad que afecta directamente al sistema nervioso somatosensorial, produciendo una señal dolorosa anómala en ausencia de un estímulo nocivo. A diferencia del dolor nociceptivo –que refleja una respuesta fisiológica normal al daño tisular–, el dolor neuropático implica una disfunción estructural o funcional de las vías nerviosas periféricas o centrales, generando una percepción de dolor sin una causa inflamatoria o mecánica evidente.

Entre las causas más frecuentes se incluyen la neuropatía diabética, la neuralgia postherpética, las radiculopatías, los traumatismos quirúrgicos o plexuales y las neuropatías por atrapamiento, tóxicas o posradiación. Desde el punto de vista fisiopatológico, se produce una hiperexcitabilidad neuronal con descargas espontáneas, sensibilización central y periférica y pérdida de la inhibición descendente, lo que perpetúa el dolor incluso tras la resolución del daño inicial.

Las manifestaciones clínicas son variadas, pero suelen incluir sensaciones de quemazón, punzadas, calambres, descargas eléctricas o picazón dolorosa, a menudo acompañados de alodinia (dolor ante estímulos inocuos) e hiperalgesia (respuesta exagerada a estímulos dolorosos). En la exploración física pueden hallarse alteraciones sensoriales como hipoestesia, disestesias o zonas de hipersensibilidad. La coexistencia de síntomas sensitivos positivos y negativos es característica de este tipo de dolor.

Para su identificación, se recomienda combinar la anamnesis con la exploración neurológica y el uso de cuestionarios validados como la Escala de Evaluación del Dolor Neuropático, conocida como DN4 (por sus siglas en francés *Douleur Neuropathique* 4) o PainDETECT, que facilitan el diagnóstico clínico. La confirmación puede requerir estudios electrofisiológicos o de imagen cuando se sospecha una lesión nerviosa estructural.

El manejo debe ser multimodal y escalonado, integrando farmacoterapia basada en la fisiopatología (antidepresivos tricíclicos, inhibidores duales de serotonina y noradrenalina, gabapentinoides o tópicos como la lidocaína y la capsaicina) con intervenciones físicas, psicológicas e intervencionistas en casos refractarios. La identificación precoz del componente neuropático permite optimizar el tratamiento, prevenir la cronificación y mejorar la calidad de vida del paciente.

En resumen, el dolor neuropático constituye una entidad clínica compleja y heterogénea, caracterizada por alteraciones sensoriales distintivas y una respuesta limitada a los analgésicos convencionales, lo que exige un abordaje diagnóstico y terapéutico estructurado, centrado en el mecanismo fisiopatológico subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

- Attal N, Cruccu G, Baron R, et al. European guidelines for the diagnosis and management of neuropathic pain: 2020 revision. *Eur J Pain*. 2021;25(7):1383-99.
- Finnerup NB, Kuner R, Jensen TS. Neuropathic pain: from mechanisms to treatment. *Physiol Rev*. 2021;101(1):259-301.
- Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*. 2008;70(18):1630-5.

15. ¿EXISTEN ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE DOLOR CRÓNICO DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA?

Dr. David Soto Betancourt

El dolor crónico postoperatorio (DCPO) se define como aquél que persiste más allá de los tres meses posteriores a una intervención quirúrgica sin otra causa que lo explique. Su prevalencia

oscila entre el 10 y el 50%, dependiendo del tipo de cirugía, y puede alcanzar cifras mayores tras procedimientos torácicos, mamarios o herniarios. Este cuadro representa un importante desafío clínico, pues impacta significativamente en la función, el ánimo y la calidad de vida del paciente.

El DCPO surge por la transición anómala del dolor agudo hacia la cronicidad, mediada por mecanismos de sensibilización periférica y central, daño nervioso iatrogénico y disfunción de las vías inhibitorias descendentes. Factores como el dolor preoperatorio, la ansiedad, la depresión, la técnica quirúrgica, la intensidad del dolor agudo y la predisposición genética aumentan su riesgo. Por ello, las estrategias preventivas deben abordar todas las fases del proceso perioperatorio, integrando medidas farmacológicas, psicológicas y técnicas.

En la etapa preoperatoria, es esencial identificar a los pacientes de alto riesgo mediante una anamnesis dirigida y aplicar intervenciones educativas que reduzcan el miedo, el catastrofismo y las expectativas irreales. Optimizar las comorbilidades y controlar el dolor previo también disminuye la sensibilización basal del sistema nervioso.

Durante el intraoperatorio, se recomienda el uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, con preservación de estructuras nerviosas y control adecuado de la hemostasia. La incorporación de anestesia multimodal y bloqueos regionales guiados por ecografía (epidural, paravertebral, *transversus abdominis plane block* [TAP] *pectoral nerve blocks* [PECS], *QL block*, entre otros) ha demostrado reducir la incidencia del dolor crónico posquirúrgico (DCPQ), al limitar la entrada nociceptiva y la neuroinflamación temprana.

En el postoperatorio, el control eficaz del dolor agudo es el principal factor modificable. La evidencia indica que una analgesia insuficiente en los primeros días tras la cirugía se asocia con mayor probabilidad de cronificación. Se aconseja combinar fármacos con diferentes mecanismos –AINE, paracetamol, gabapentinoides, ketamina, lidocaína intravenosa o dexmedetomidina– evitando el uso prolongado de opioides. La movilización precoz y la rehabilitación funcional temprana contribuyen a

restablecer el movimiento, reducir la hiperalgesia secundaria y prevenir la discapacidad.

Finalmente, los pacientes con dolor persistente más allá de las primeras semanas deben ser derivados tempranamente a una unidad de dolor para su evaluación y manejo especializado. La intervención oportuna puede revertir procesos de sensibilización antes de que el dolor se cronifique de manera irreversible.

En suma, la prevención del dolor crónico posquirúrgico requiere un enfoque multimodal, interdisciplinario y proactivo, que integre la evaluación preoperatoria, técnicas anestésicas regionales, la analgesia multimodal y el seguimiento funcional continuo. Sólo mediante esta aproximación es posible reducir la carga de un síndrome que continúa siendo subdiagnosticado y, en muchos casos, evitable.

BIBLIOGRAFÍA

- Clarke H, Page GM, McCartney CJL. Strategies to prevent chronic post-surgical pain: a narrative review. *Br J Anaesth*. 2020;125(4):e478-90.
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618-25.
- Schug SA, Lavand'homme P, Barke A, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic postsurgical or posttraumatic pain. *Pain*. 2019;160(1):45-52.

16. ¿QUÉ TIPOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONALES ESTÁN DISPONIBLES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO Y EN QUÉ CASOS SE INDICAN?

Dr. David Soto Betancourt

Los procedimientos intervencionales constituyen una herramienta esencial en el manejo multidisciplinario del dolor crónico, especialmente cuando las terapias farmacológicas y de rehabilitación no logran un alivio suficiente. Estas técnicas buscan bloquear, modular o interrumpir la transmisión nociceptiva mediante abordajes mínimamente invasivos, guiados por fluoroscopia o ecografía, con un propósito diagnóstico o terapéutico.

Según su finalidad, se agrupan en bloqueos diagnósticos, bloqueos terapéuticos y técnicas neuromoduladoras o ablativas. Los bloqueos

diagnósticos permiten confirmar la estructura generadora del dolor, como en los bloqueos de ramas mediales o del nervio pudendo, orientando la selección del tratamiento definitivo. Los bloqueos terapéuticos, en cambio, buscan aliviar el dolor mediante la combinación de anestésicos locales y corticoides, reduciendo la inflamación y la sensibilización periférica; se emplean en radiculopatías, síndromes facetarios o dolor miofascial.

Dentro de las técnicas ablativas o moduladoras, destacan la radiofrecuencia (convencional, pulsada o enfriada) y la crioablación de nervios periféricos. La radiofrecuencia convencional genera una lesión térmica controlada para interrumpir la conducción nociceptiva en estructuras como las ramas mediales lumbares, geniculadas o artroplásticas. La radiofrecuencia pulsada, de carácter sublesional, produce un efecto neuromodulador útil en las neuralgias periféricas y los síndromes neuropáticos.

La crioablación o crioneuromodulación utiliza temperaturas de -60 a -80 °C para generar una axonotmesis reversible, preservando el endoneuro y permitiendo la regeneración nerviosa posterior. Se ha empleado con resultados favorables en el dolor postoperatorio, las neuralgias postraumáticas y el dolor articular periférico, incluyendo el bloqueo de nervios geniculados, intercostales o del nervio pudendo. Su principal ventaja es que ofrece una analgesia prolongada sin la destrucción permanente del nervio, con un perfil de seguridad alto.

Otras intervenciones incluyen la adhesiolisis percutánea en el síndrome poslaminectomía, la neurólisis química o alcohólica en el dolor oncológico y los bloqueos simpáticos en SDRC. En pacientes con dolor neuropático o isquémico refractario, las técnicas de neuromodulación eléctrica (estimulación medular o de ganglio dorsal) constituyen opciones de tercera línea con evidencia creciente de eficacia.

La selección del procedimiento depende del mecanismo fisiopatológico, la localización del dolor y la respuesta a los tratamientos previos. Todos deben realizarse bajo estándares de seguridad y consentimiento informado, idealmente en el contexto de una unidad especializada de dolor y dentro de un enfoque integral que combine diagnóstico preciso, rehabilitación y control farmacológico.

En síntesis, las técnicas intervencionales –incluyendo la radiofrecuencia, la crioablación y la neuromodulación– representan pilares terapéuticos en el dolor crónico refractario, que permiten personalizar el tratamiento y mejorar de forma significativa la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Deer TR, Mekhail N, Provenzano DA, et al. The appropriate use of neurostimulation: best practices and guidelines. *Neuromodulation*. 2014;17(6):515-50.
- Gabriel RA, Ilfeld BM. Use of cryoneurolysis in the management of chronic pain: a narrative review. *Reg Anesth Pain Med*. 2021;46(9):768-76.
- Manchikanti L, Kaye AD, Knezevic NN, et al. Responsible, safe, and effective use of interventional techniques in the management of chronic pain: ASIPP Guidelines. *Pain Physician*. 2020;23(Suppl 1):S1-S102.

17. ¿QUÉ ES LA NEUROMODULACIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO Y QUÉ PACIENTES PUEDEN BENEFICIARSE DE ELLA?

Dr. David Soto Betancourt

La neuromodulación es un conjunto de técnicas que modifican la actividad del sistema nervioso mediante estímulos eléctricos, magnéticos o químicos dirigidos a estructuras específicas con el objetivo de restaurar el equilibrio entre los mecanismos excitatorios e inhibitorios del dolor. A diferencia de los procedimientos ablativos, la neuromodulación actúa de forma reversible, ajustable y adaptable, lo que permite optimizar su efecto según la respuesta clínica del paciente.

En el campo del dolor crónico, las técnicas de neuromodulación más utilizadas son la estimulación medular (*Spinal Cord Stimulation* [SCS]), la estimulación de ganglios dorsales (DRG), la estimulación periférica de nervios (PNS) y, en menor medida, la estimulación cerebral profunda o subcutánea. Todas ellas se basan en el principio de que la estimulación eléctrica de vías aferentes no nociceptivas puede inhibir la transmisión de señales dolorosas en las astas dorsales de la médula espinal o en núcleos centrales, según el modelo del «control de compuerta» propuesto por Melzack y Wall.

La SCS es la forma más consolidada y se indica principalmente en síndromes de cirugía fallida de espalda (FBSS), dolor neuropático de extremidades, SDRC y dolor isquémico refractario. En estudios controlados, ha demostrado mejorar la intensidad del dolor, la función física y la calidad de vida, con una reducción significativa del consumo de opioides.

La DRG representa un avance reciente, ya que permite una focalización más precisa del estímulo, útil en áreas anatómicas difíciles de cubrir con SCS, como la ingle, el pie o la región pélvica. Ha mostrado alta eficacia en SDRC y neuralgias localizadas, con menor habituación al estímulo.

La PNS se utiliza en neuralgias posquirúrgicas o postraumáticas, dolor de extremidades, cefaleas occipitales y dolor articular periférico, incluyendo el postartroplastia. Estas técnicas son mínimamente invasivas y pueden realizarse bajo guía ecográfica, con electrodos implantados temporal o permanentemente.

Los pacientes candidatos deben haber recibido un manejo multimodal adecuado sin resultados satisfactorios, presentar un dolor neuropático o mixto bien localizado y mantener un estado cognitivo, emocional y funcional que les permita colaborar con el proceso de prueba y seguimiento. Antes de la implantación definitiva se realiza una fase de prueba (*trial*) para confirmar la respuesta clínica (> 50% de alivio del dolor).

En síntesis, la neuromodulación representa una alternativa avanzada y personalizada para el tratamiento del dolor crónico refractario, con un perfil de seguridad favorable y la posibilidad de ajustar la terapia según la evolución clínica. Su incorporación temprana en el algoritmo terapéutico puede mejorar sustancialmente la funcionalidad y calidad de vida en pacientes seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

- Deer TR, Mekhail N, Provenzano D, et al. The appropriate use of neurostimulation of the spinal cord and peripheral nervous system for the treatment of chronic pain and ischemic diseases. *Neuromodulation*. 2014;17(6):515-50.
- Kriek N, Groeneweg G, Stronks DL, et al. Dorsal root ganglion stimulation for chronic pain: effectiveness, safety and potential indications. *Pain Pract*. 2017;17(8):1082-91.
- Verrills P, Russo M, Mitchell B. Dorsal root ganglion stimulation for the treatment of chronic neuropathic pain: a review of clinical outcomes. *Pain Physician*. 2018;21(4):E225-36.

18. ¿CUÁNDO ES RECOMENDABLE DERIVAR A UN PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO A UNA UNIDAD DE DOLOR PARA TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS?

Dr. David Soto Betancourt

La derivación a una unidad de dolor debe considerarse en todo paciente con dolor crónico refractario, es decir, aquél que persiste por más de tres meses pese a un manejo farmacológico, físico y psicológico adecuado y que impacta de forma significativa en su funcionalidad o calidad de vida. Estas unidades especializadas cuentan con equipos multidisciplinares capaces de integrar tratamientos avanzados, incluyendo procedimientos intervencionales mínimamente invasivos.

Los pacientes candidatos a derivación suelen presentar dolor neuropático, SDRC, dolor posquirúrgico persistente o síndromes espinales crónicos como el FBSS. En ellos, los tratamientos convencionales no logran un alivio suficiente, y se requiere una evaluación especializada para valorar los bloqueos diagnósticos, la radiofrecuencia, la crioablación o la neuromodulación.

De manera general, se recomienda derivar cuando se cumplan una o más de las siguientes condiciones:

- Fracaso de terapias conservadoras (analgésicos, coadyuvantes, fisioterapia, intervenciones psicológicas) tras un periodo razonable de seguimiento.
- Dolor localizado con sospecha de origen neuropático o estructural, susceptible de diagnóstico mediante bloqueo selectivo o técnica guiada por imagen.
- Dolor musculoesquelético o articular refractario, en el que puedan indicarse infiltraciones guiadas, radiofrecuencia o crioablación.
- Dolor postoperatorio o postraumático persistente, que sugiere sensibilización o lesión nerviosa.
- Necesidad de neuromodulación eléctrica (SCS, de ganglio dorsal o nervios periféricos) ante un dolor neuropático grave.

La derivación debe incluir una evaluación clínica completa, con diagnóstico presuntivo, antecedentes terapéuticos, comorbilidades y objetivos terapéuticos claros. Es fundamental informar al paciente sobre la naturaleza de las intervenciones, sus beneficios potenciales y riesgos.

El momento de la derivación es determinante: hacerlo precozmente permite abordar la sensibilización antes de su consolidación, mejora la respuesta al tratamiento y reduce el uso crónico de opioides. Por el contrario, la derivación tardía suele asociarse con discapacidad prolongada y peor pronóstico funcional.

En síntesis, se debe derivar al paciente a una unidad de dolor intervencionista cuando no responde a las terapias convencionales y el cuadro clínico sugiere que un abordaje mínimamente invasivo podría ofrecer un beneficio adicional. Estas unidades combinan diagnóstico preciso, técnicas avanzadas y seguimiento interdisciplinario, buscando restaurar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico refractario.

BIBLIOGRAFÍA

- Cohen SP, Raja SN. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of neuropathic pain: update 2020. *Lancet Neurol.* 2020;19(10):804-19.
- Manchikanti L, Kaye AD, Knezevic NN, et al. Responsible, safe, and effective use of interventional techniques in the management of chronic pain: ASIPP Guidelines. *Pain Physician.* 2020;23(Suppl 1):S1-102.
- World Health Organization. WHO Guidelines for the management of chronic pain in adults. Ginebra: WHO; 2021.

19. ¿CUÁL ES EL ROL DE LA INTERVENCIÓN KINESIOLÓGICA EN EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO Y CUÁLES SON LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS DE DICHA DISCIPLINA QUE BENEFICIAN A LAS PERSONAS QUE SUFREN ESTE DOLOR?

Klga. María Jesús Mena Ituarriaga

El documento de la IASP que explicita las estrategias terapéuticas que deben desarrollar los kinesiólogos en esta área, llamado *IASP Curriculum Outline on Pain for Physical Therapy*, indica que la

labor del kinesiólogo que trabaja con personas con dolor es «brindar una atención centrada en la persona y basada en la evidencia, promoviendo la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida»¹.

La recomendación que hacen las guías clínicas en cuanto al uso de tratamientos interdisciplinarios es utilizar un enfoque personalizado, basado en un modelo de toma de decisiones compartida entre clínicos y pacientes². Las intervenciones kinesiológicas (dentro de un enfoque interdisciplinario multimodal) deberían considerar como pilar central el autocuidado, incluyendo elementos del estilo de vida saludable^{1,2}.

Los kinesiólogos tienen como rol lo siguiente:

- Planteamiento de objetivos terapéuticos graduales: deben permitir que los pacientes experimenten mejoras que fortalezcan su confianza³. Se pondrá el foco en el planteamiento de metas significativas basadas en los valores de cada persona, fomentando la motivación y ayudando a los pacientes a reconectarse con roles y actividades importantes en sus vidas³.
- Educación del paciente: es necesario aclarar las concepciones erróneas que los pacientes tienen sobre su dolor, los posibles factores que contribuyen y los tratamientos apropiados basados en la evidencia. Se debe utilizar un estilo de comunicación que permita a las personas comprender los conceptos y que las empodere para un autocuidado eficaz, así como abordar creencias poco útiles sobre la actividad y el daño que ésta podría generar¹. Es clave dar apoyo a la persona para que adopte estrategias activas de manejo del dolor, en lugar de depender de estrategias pasivas, fomentando lo que la persona puede hacer por sí misma, en lugar de lo que otros hacen por ella¹.
- Enfoques activos: es necesario implementar el ejercicio y la AF como un componente clave del manejo kinesiológico, priorizar la reeducación del movimiento basada en el comportamiento funcional y el ejercicio, aplicable en todas las etapas de las condiciones de dolor y a lo largo de todo el ciclo vital. El ejercicio

es beneficioso y se le debe explicar al paciente, brindándole seguridad y confianza en que su capacidad para ejercitarse mejorará¹.

- Enfoques pasivos como la terapia manual: hay que integrarla cuando esté indicada evitando conceptos potencialmente perjudiciales como «realinear», «estabilizar» o «corregir»¹. Es necesario identificar las indicaciones y la evidencia para las diferentes condiciones, entendiendo los mecanismos propuestos subyacentes de su utilidad. El propósito de dichas estrategias de abordaje tisular es devolver al cuerpo su capacidad y libertad de movimiento para poder realizar las terapias activas (ejercicio y AF) y lograr la funcionalidad deseada.
- Uso de agentes electrofísicos cuando corresponda, según la evidencia¹.

Para favorecer la aplicación de las estrategias activas, los kinesiólogos deben aprovechar la «ventana terapéutica» que ofrecen los efectos del tratamiento farmacológico¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Association for the Study of Pain. IASP Curriculum Outline on Pain for Physical Therapy. International Association for the Study of Pain. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-physical-therapy/>
2. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082-97.
3. Walker E, Smith A, Johnson M, et al. Pain self-efficacy, kinesiophobia and health-related quality of life mediate pain and disability improvements with goal setting and education in people with chronic low back pain: A mediation analysis of a randomised trial. *J Physiother*. 2025;71(4):260-7.

20. ¿POR QUÉ LA ACTIVIDAD FÍSICA BENEFICIA A LAS PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO Y QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTE DEBIERA INDICARSE A ESTE GRUPO DE PERSONAS?

Klga. María Jesús Mena Ituarriaga

La Organización Mundial de la Salud define la AF como «todo movimiento corporal producido

por el aparato locomotor con gasto de energía». Por ende, no es lo mismo que ejercicio físico, el cual se define como «subcategoría de actividad física que ha sido programada, es estructurada y repetitiva, y responde a un fin, en el sentido de mejorar o mantener uno o más componentes de la forma física o la salud»¹. Tanto el ejercicio como la AF han reportado ser favorables para la mejoría de las personas con dolor.

En cuanto a la dosificación, la recomendación para la población adulta es realizar al menos 150-300 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada por semana (o 75-150 minutos de actividad vigorosa), y dos o más días a la semana de fortalecimiento muscular, pero la evidencia muestra que cualquier cantidad de AF es mejor que ninguna¹.

La AF ligera, como por ejemplo caminar, que es accesible y viable para casi todas las personas, es tan efectiva como el ejercicio más intenso para mejorar los resultados en personas con dolor crónico². En cambio, tener un comportamiento sedentario en esta población ha mostrado efectos negativos².

Sobre el tipo de AF indicada, no existe evidencia concluyente de los beneficios de una específica. Se han descrito buenos resultados con la realización de entrenamiento aeróbico, de fuerza, de flexibilidad, de rango de movimiento y de estabilidad o equilibrio, así como con prácticas como yoga, pilates y taichi³.

El ejercicio, es decir, AF programada, planificada con un determinado objetivo, es la estrategia de autocontrol más recomendada y puede mejorar el sueño, favorecer la pérdida de peso, estimular la secreción de endorfinas y revertir el descondicionamiento físico⁴.

Un metaanálisis de 21 revisiones Cochrane, que incluyó 381 estudios primarios y 37.143 participantes, concluyó que el ejercicio era más beneficioso para la función (evidencia sólida de un efecto pequeño) que para el alivio del dolor (evidencia contradictoria de un efecto pequeño), aun cuando confirmó que el ejercicio no empeoraba el dolor, y ninguna de las intervenciones físicas o basadas en actividad causó daño a los participantes^{2,3}.

No existe evidencia sólida que indique que un tipo específico de ejercicio sea mejor que otro, y éste

siempre debe adaptarse a las necesidades individuales. Lo relevante en este punto es la comunicación kinesiólogo-paciente, ya que lo crucial es encontrar un tipo de ejercicio que la persona realmente esté dispuesta a realizar. Estos son algunos ejemplos:

- Ejercicio aeróbico de baja intensidad para la fibromialgia.
- Entrenamiento de fuerza para el dolor lumbar asociado al desacondicionamiento.
- Ejercicios de flexibilidad para la artritis y los puntos gatillo.
- Entrenamiento de equilibrio en pacientes con debilidad inducida por el dolor y riesgo de caídas⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Directrices de la OMS Sobre Actividad Física y Comportamientos Sedentarios. [Internet]. Ginebra; 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581972/>
2. Laumann LE, Brown C, Davis K, et al. *Frequency and Correlates of Physical Activity Among Young Adults With Chronic Pain*. Clin J Pain. 2025;41(10):e1314.
3. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, et al. *Physical activity and exercise for chronic pain in adults: An overview of Cochrane Reviews*. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1(1):CD011279.
4. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021; 397(10289):2082-97.

21. ¿QUÉ SEÑALA LA EVIDENCIA RESPECTO A LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS MÁS RELEVANTES PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD DE VIDA Y LA FUNCIONALIDAD EN PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO Y CÓMO DEBERÍA ARTICULARSE EL TRABAJO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA ALCANZARLOS?

Klga. María Jesús Mena Ituarriaga

La definición de objetivos dirigida por el paciente da prioridad a la autonomía de las personas a la hora de identificar y establecer metas terapéuticas significativas. Estos objetivos suelen basarse en las

actividades valiosas para las personas, su experiencia vivida y los recursos disponibles¹.

En cuanto a los objetivos terapéuticos más relevantes de plantear, de acuerdo con los resultados de una investigación recientemente publicada, el fortalecimiento de la autoeficacia frente al dolor, la reducción de la kinesiofobia y la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud pueden generar reducciones significativas en la intensidad del dolor y la discapacidad después de una intervención basada en la fijación de metas y la educación en personas con dolor lumbar crónico¹.

Elevar la autoeficacia del paciente (su confianza para manejar el dolor en la vida diaria) se asocia con mejor función física, mayor participación en AF (con todos sus beneficios) y mejor estado de salud, además de menor discapacidad, menos síntomas depresivos y menores crisis en distintos diagnósticos musculoesqueléticos crónicos. Cuanta mayor autoeficacia, mejores resultados clínicos y funcionales. El aumento de la autoeficacia sumado a la reducción del miedo a moverse permite no sólo una mejora en la calidad de vida, sino también sostener la participación en AF, más que perseguir sólo la reducción del dolor².

Para alcanzar estos objetivos, el equipo terapéutico debe trabajar de manera interdisciplinaria, integrando la educación en neurociencia del dolor, la fijación de metas centradas en el paciente y estrategias activas de autocuidado. El rol del kinesiólogo es clave al promover movimiento, ejercicio y reentrenamiento funcional. Este enfoque colaborativo y biopsicosocial permite que las intervenciones sean más significativas y efectivas para mejorar la funcionalidad de las personas¹.

La evidencia demuestra que el éxito del abordaje interdisciplinario en el tratamiento del dolor crónico no oncológico radica en la integración coordinada de componentes físicos, psicológicos y educativos. Schumann, et al.³ evidenciaron que los programas interdisciplinarios intensivos –que incluyen médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y enfermeras– generan mejoras significativas y sostenidas en funcionalidad, intensidad del dolor y síntomas depresivos. Los análisis de mediación mostraron que los principales

mecanismos de cambio fueron el aumento de la autoeficacia para el manejo del dolor y la reducción del catastrofismo, siendo la autoeficacia el predictor más potente de mejoría funcional y emocional.

El éxito del abordaje interdisciplinario radica en su capacidad de fortalecer la autoeficacia del paciente y reducir el catastrofismo, lo que a su vez mejora la funcionalidad, disminuye el dolor y los síntomas emocionales, y mantiene estos logros a largo plazo³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker E, Smith A, Johnson M, et al. Pain self-efficacy, kinesio-phobia and health-related quality of life mediate pain and disability improvements with goal setting and education in people with chronic low back pain: A mediation analysis of a randomised trial. *J Physiother*. 2025;71(4):260-7.
2. Martínez-Calderón J, Meeus M, Struyf F, et al. The Role of Self-Efficacy on the Prognosis of Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *J Pain*. 2018;19(1):10-34.
3. Schumann ME, Lawrence J, Anderson T, et al. Pain Catastrophizing and Pain Self-Efficacy Mediate Interdisciplinary Pain Rehabilitation Program Outcomes at Posttreatment and Follow-Up. *Pain Med*. 2022;23(4):697-706.

22. ¿CUÁL ES EL ROL DE LA PSICOLOGÍA EN EL ABORDAJE DEL DOLOR FÍSICO PERSISTENTE?

Ps. Alejandra Rodríguez Alvarado

El rol más conocido y de primera línea de intervención en el dolor lo desarrolla la psicología clínica, una especialidad que trata justamente los costos sanitarios del dolor, es decir, la salud mental que se ve mermada por el dolor. Los costos asociados al dolor crónico se dividen en sanitarios y no sanitarios. Entre los primeros se encuentran los trastornos del sueño, la discapacidad y los trastornos del ánimo depresivo y ansiosos. Los segundos incluyen el ausentismo laboral, la sobrecarga del sistema de salud, las licencias médicas y las pensiones, así como la pérdida de capital humano. Esta carga multidimensional exige un abordaje integral que contemple tanto el sufrimiento físico como el psicológico¹.

El segundo rol de la psicología acontece desde otra especialidad, la psicología de la salud o médica. Es la psicología al servicio de la medicina, en donde se evalúan e intervienen factores psicológicos en patologías médicas². Dentro de este ámbito

se puede ubicar la psicología del dolor, es decir, la participación de la psicología en condiciones médicas que cursan con un dolor físico persistente de origen benigno.

En Chile las guías clínicas, las recomendaciones nacionales³ y la *Orientación técnica del manejo del dolor crónico*⁴, como propuestas de políticas públicas para el dolor crónico musculoesquelético¹, recalcan que la prioridad del abordaje psicológico debe ser disminuir la percepción de severidad del dolor en los pacientes y evaluar los factores psicológicos perpetuantes del dolor, pero no indican qué factores psicológicos en dolor se deben evaluar para diseñar dichas intervenciones, a pesar de que esta disciplina cuenta actualmente con una robusta evidencia. La psicología debe estar siempre presente en el abordaje de manera oportuna y simultánea en terapias multicomponentes desde el modelo biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinoza M, Repetto P, Cabieses B, et al. Propuesta de política pública para el manejo del dolor crónico musculoesquelético en Chile. *Propuestas para Chile*. [Internet]. Cap. 1. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017. p. 18-42. Disponible en: <https://politicaspublicas.uc.cl/web/content/uploads/2019/03/Libro-Propuestas-para-Chile-2017.pdf>
2. Dapuetto JJ. Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. *Rev Med Urug*. 2016;32(3):197-204.
3. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP). Guía ACHED-CP para pacientes en manejo del dolor crónico. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ached.cl/noticias/guia-ached-cp-para-pacientes-en-manejo-del-dolor-cronico>
4. Ministerio de Salud. *Orientación técnica de manejo del dolor crónico no oncológico en personas de 15 y más años en atención primaria*. [Internet]. MINSAL. 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/373719402_Orientacion-Tecnica_Manejo_Dolor_Cronico_No_Oncologico_MINSAL

23. ¿CÓMO SE RELACIONAN LA DEPRESIÓN, LA ANSIEDAD, EL DOLOR Y EL INSOMNIO EN LA EXPERIENCIA DOLOROSA?

Ps. Alejandra Rodríguez Alvarado

La tríada dolor, depresión e insomnio debe ser una prioridad en la evaluación e intervención interdisciplinaria. Los profesionales de la salud deben realizar una pesquisa oportuna de síntomas depresivos¹ a través de la entrevista clínica o de la

utilización de instrumentos como el PHQ-9 para evaluar los síntomas depresivos, el GHQ-12 para medir la salud mental general o el DASS-21 para medir la depresión, la ansiedad y el estrés, todos validados en Chile.

El rol de la psicología clínica y de la psiquiatría es indispensable realizando coterapia, es decir, tratamiento medicamentoso especializado en salud mental y psicoterapia de manera simultánea. Es prioritario que los profesionales deriven con un discurso adaptado al paciente que informe, explique y persuada.

En Chile, tras el impacto de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2, se ha presentado una incidencia preocupante de síntomas ansiosos y depresivos del 37 y del 40%, respectivamente, generando un aumento de la vulnerabilidad en las personas que presentan dolor crónico².

El modelo denominado DADI (depresión, ansiedad, dolor e insomnio) es un sistema clínico de diagnóstico y tratamiento que plantea que, si uno de estos componentes no se trata adecuadamente y de manera simultánea, se perpetúa la comorbilidad y cronicidad en el dolor³.

De acuerdo con el último estudio epidemiológico, en Chile⁴, el 85% de las personas refiere un dolor crónico de intensidad severa. Actualmente se sabe que existe una alta comorbilidad entre el dolor de esta intensidad y el riesgo suicida, sumado al aumento de las tasas de suicidio a nivel nacional⁵. Por ello se hace perentorio construir protocolos de evaluación de suicidabilidad adaptados a cada contexto asistencial para aplicarlos inmediatamente frente a indicadores clínicos. Se sugiere incluir la escala de valoración de riesgo suicida SAD PERSONS, la Escala de Desesperanza de BECK y la Escala de Suicidabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee HJ, Choi EJ, Nahm FS, et al. Prevalence of unrecognized depression in patients with chronic pain without a history of psychiatric diseases. *Korean J Pain*. 2018;31(2):116.
2. Celis C, Nazar G. Cambios en la prevalencia de depresión en Chile y el mundo debido a la pandemia por COVID-19. *Rev Med Chil*. 2022;150(5):691-2.
3. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Depressive disorder, anxiety disorder and chronic pain: Multiple manifestations of a common clinical and pathophysiological core. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2018;47(1):46-55.

4. Bilbeny N. Chronic pain in Chile. *Rev Med Clin Condes*. 2019;30(6):397-406.
5. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Mortalidad por Suicidio por región y grupo de edad, Chile 2000-2017. [Internet]. MINSAL; 2017. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#estadisticas>

24. ¿CUÁLES SON LAS ÁREAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA DEL DOLOR?

Ps. Alejandra Rodríguez Alvarado

Alcántara-Montero, et al.¹, desde el modelo biopsicosocial, plantean que las áreas de evaluación e intervención son cuatro: estrés, personalidad, afectos y cogniciones. Es necesario detectar y diferenciar factores psicológicos de riesgo predisponentes, gatillantes y perpetuantes en cada área con el objetivo de comprender la experiencia dolorosa y enfocar los objetivos terapéuticos.

Desde el sistema o dimensión cognitiva en dolor se destacan factores como la catastrofización, la rumiación, la autoeficacia, la percepción de control, el *coping*, los pensamientos automáticos negativos y las creencias, entre otros. En la fibromialgia, el estudio de Solé, et al.² confirma la compleja interacción entre las percepciones, las creencias y la experiencia del dolor, destacando la relevancia de estos factores cognitivos en la percepción de la severidad del dolor.

La dimensión afectiva cobra un rol fundamental, debido que las respuestas afectivas frente al dolor –comprensibles en un inicio–, como la ira, la ansiedad o la desesperanza, entre otras, si persisten en el tiempo y son de alta intensidad (magnitud), van a exacerbar el circuito de la cronicación en el dolor³.

La personalidad en enfermedades médicas crónicas que cursan con dolor ha sido un desafío que lleva décadas para grupos de investigadores. Es una coconstrucción histórica, personal, vincular, una entidad compleja, de base, inherente a cada individuo. Uno de sus valores es que permite predecir el pronóstico de una enfermedad física como de un trastorno mental⁴. Al ser tan compleja, los estudios apuntan a describir rasgos comunes, tratando

de construir un perfil para comprender los patrones de comportamiento de las personas que tienen una misma condición. En el estudio de Braun, et al.⁵ se describe a las pacientes con fibromialgia con capacidad de aceptación, persistencia y resiliencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcántara Montero A, Pacheco de Vasconcelos SR, Hernández Alvarado PM. [Conceptual model of biopsychosocial considerations in the management of chronic pain]. *Aten Primaria*. 2022;54(7):102350.
2. Solé S, Serrat M, Martínez-Rubio D, et al. Reliability of the Spanish version of the Pain Beliefs and Perceptions Inventory among women with fibromyalgia in Catalonia, Spain. *SSM Mental Health*. 2025;7:1-6.
3. Rodríguez A. Cuestionario de impacto afectivo en el dolor crónico de origen benigno. Propuesta basada en la revisión del cuestionario de impacto emocional en dolor neuropático. *Dolor*. 2021;73:16-25.
4. Riquelme R, Hernández P, Soto M, et al. Trastornos de la personalidad: Hacia una mirada integral. Chile: Sociedad Chilena de Salud Mental; 2003.
5. Braun A, Evdokimov D, Frank J, et al. Clustering fibromyalgia patients: A combination of psychosocial and somatic factors leads to resilient coping in a subgroup of fibromyalgia patients. *PLoS ONE*. 2020;15(12).

25. ¿CÓMO PUEDE INFLUIR LA ALIMENTACIÓN EN LOS MECANISMOS QUE SOSTIENEN EL DOLOR CRÓNICO Y ASÍ DISMINUIRLO?

Nut. Ana Petermann Toledo

El dolor crónico es una enfermedad que involucra cambios funcionales y estructurales en el SNC. Se ha demostrado que ciertos nutrientes y patrones dietéticos pueden influir en la percepción del dolor y en la inflamación subyacente¹. Por ello la alimentación se ha posicionado como una intervención capaz de influir sobre procesos y mecanismos claves en la perpetuación del dolor, como la inflamación y la excitabilidad neuronal². La inflamación crónica se ha descrito como la base del dolor, la cual promueve un estado persistente de activación inmunológica, donde existe un aumento de citocinas inflamatorias como las interleucinas 1 β y 6 y el factor de necrosis tumoral α , que activan la microglía y alteran la comunicación neuronal en estructuras del

SNC como la médula espinal, el tálamo y el sistema límbico³. En un estudio realizado por Perna, et al. se destacó el papel de los antioxidantes como las vitaminas C y E, el zinc y los polifenoles en la mejora del dolor, gracias a su capacidad para contrarrestar el estrés oxidativo y modular los procesos inflamatorios⁴. En contraste, la ingesta de alimentos hipercalóricos y ultraprocesados favorece la disfunción cerebral y los procesos inflamatorios³. De manera particular, los ácidos grasos omega-3 y los antioxidantes han demostrado reducir la activación microglial y el estrés oxidativo y promueven la conectividad funcional, junto con una menor intensidad del dolor¹. De manera interesante, la dieta mediterránea, que se caracteriza por ser una alimentación rica en frutas, verduras, legumbres, pescados grasos y aceite de oliva, se ha asociado con menor inflamación sistémica y mejor control del dolor crónico¹. En conjunto, la alimentación influye en los principales mecanismos del dolor crónico. En un estudio piloto con participantes que aumentaron su consumo de alimentos antiinflamatorios se reportó una mejora en su estado físico y en el manejo del estrés y una disminución significativa del dolor⁵. Por ello, adoptar una estrategia nutricional integral no sólo puede reducir la sensibilización neuronal y la inflamación, sino también favorecer la restauración funcional del cerebro y el dolor, consolidando la nutrición como un pilar terapéutico esencial en el abordaje del dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brain K, Burrows TL, Bruggink L, et al. Diet and chronic non-cancer pain: The state of the art and future directions. *J Clin Med*. 2021;10(21):5203.
2. Elma Ö, Brain K, Dong HJ. The Importance of Nutrition as a Lifestyle Factor in Chronic Pain Management: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2022;11(19):5950.
3. Yang S, Chang MC. Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci*. 2019;20(13):3130.
4. Perna S, Alalwan TA, Al-Thawadi S, et al. Evidence-Based role of nutrients and antioxidants for chronic pain management in musculoskeletal frailty and sarcopenia in aging. *Geriatrics (Basel)*. 2020;5(1):16.
5. Sala-Climent M, López de Coca T, Guerrero MD, et al. The effect of an anti-inflammatory diet on chronic pain: a pilot study. *Front Nutr*. 2023;10:1205526.

