

CONGRESO DE LA
ASOCIACIÓN
ANDALUZA
DEL DOLOR

WWW.CONGRESOAAD.COM / 2026



ALMERÍA

15 - 17 OCTUBRE 2026



©2026 INSPIRA NETWORK

ISBN: 978-84-09-93252-8



ÍNDICE

RESÚMENES DE PONENCIAS

Cannabinoides y farmacogenética en la práctica real	
Manuel Cortiñas Sáenz	6
Protocolos de <i>tapering</i> y de prescripción segura en el uso de opioides para el dolor crónico no oncológico	
Beatriz Martínez Larios	11
Intervencionismo en dolor oncológico. Del rescate tardío a la indicación precoz	
Rafael Gálvez Mateos	16
Red flags y biomarcadores en lumbalgia compleja: hacia un diagnóstico predictivo	
Manuel Alejandro Sánchez García	19
Nuevas aplicaciones del parche de capsaicina al 8 % en radiculopatía: fisiopatología, evidencia clínica y perspectivas terapéuticas	
Alfonso Matías Durán López	26
Uso clínico y eficacia de las microcorrientes MCPatch	
Antonia M. Benítez Díaz y José M. González Mesa	31
Alimentación y dolor: la dieta como amplificador de los procesos inflamatorios que sensibilizan el sistema nociceptivo	
Sergio Martínez Escobar	34
¿Puede la autocompasión mejorar el abordaje del dolor crónico?	
Gema T. Ruiz Párraga, Marina Solano, Carmen Ramírez-Maestre, Lydia Gómez-Pérez, Rocío Martín Valero, María del Carmen Rodríguez Martínez, Henar González Gómez y Rocío Mora Jiménez	42
Abordando el dolor crónico cuando se asocia con estrés postraumático	
Elena R. Serrano-Ibáñez	47
Dolor pélvico crónico. Del síntoma al síndrome. Un abordaje integral	
María Isabel Valdivia Jiménez	50
Calidad asistencial, el camino hacia la excelencia	
Ana Isabel Caro Cabello	58

Cuidar el dolor: cuando la enfermería conecta ciencia, seguridad y humanización	
María del Mar Díaz Cortés	62
Integración de la escuela de pacientes con dolor crónico paciente-paciente: experiencias y resultados	
Antonia M. Benítez Díaz y Elena del Rocío Serrano-Ibáñez	65
Dolor craneofacial, estrategias multimodales	
Francisco Javier Palma Pérez.....	69
Toxina botulínica en patología musculoesquelética: más allá de la espasticidad	
Claudia de la Fuente Ruiz.....	72
¿Cuándo dejo de escalar opioides? Decisiones reales en dolor oncológico complejo	
Estrella Rodríguez Agea.....	77

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

DOLOR AGUDO

DA-1. Comparación de la analgesia epidural frente a intravenosa y de diferentes protocolos analgésicos en pacientes intervenidos por fractura de tobillo: estudio observacional retrospectivo

M. S. Cuéllar Gómez; F. Neira Reina. 81

DA-2. Analgesia postoperatoria en cirugía de hombro: bloqueo supraescapular-axilar frente al interescalénico

F. Quesada Quesada; J. M. López Millán; S. Heras Cruz; J. García-Rosales Delgado 82

DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

DM-1. Ecosistema digital para la transferencia del conocimiento sobre dolor crónico primario y humanización de su atención: un enfoque basado en ciencia de la implementación, co-diseño y cambio conductual

E. R. Serrano Ibáñez; V. Barrado Moreno; R. Esteve; R. M. Calderón García; L. Buendía Sánchez;
A. Fernández González; R. de la Vega 84

DM-2. Síntomas de sensibilización central como predictores del impacto del insomnio en personas con dolor crónico no oncológico

E. R. Serrano Ibáñez; V. Barrado Moreno; C. Luque Jiménez; J. M. González Mesa; M. Fernández Baena;
M. Rivera Pérez; S. Moga Lozano; M. Sellamito Morales. 87

DM-3. Ejercicio físico en el dolor lumbar crónico inespecífico: ¿qué modalidad y qué estrategia ofrecen mayores beneficios?

M. Hernández León; J. M. Jarrin Paredes; M. Ahdani Arenas; C. Olivas Romero; M. A. Sánchez García 90

DOLOR NEUROPÁTICO

DN-1. Manejo postquirúrgico del dolor asociado a cicatriz dolorosa

A. M. Durán López; C. Rodríguez Rodríguez; L. Cabello Gómez; A. J. Durán Guzmán; L. Pérez Castillo;
A. Prieto Seco; F. J. Jiménez Leiva; J. Martínez Rodríguez 92

DN-2. Prácticas clínicas en el manejo del dolor neuropático entre profesionales de Atención Primaria

M. Salmerón Martín; M. Salmerón Mullor; R. Sánchez Reyes; B. Calvo Losada; B. Romerosa Martínez;
I. Velázquez Rivera; R. Gálvez Mateos 93

DN-4. Empleo de radiofrecuencia pulsada en síndrome regional complejo de tobillo refractario

R. Sánchez Reyes; M. Salmerón Martín; N. González Lumbleras; P. M. Pastor Salvador;
S. Rodríguez Torrubia; B. Calvo Losada; A. Iriondo Cuesta 94

DN-5. Tratamiento del dolor neuropático periférico mediante capsaicina

C. L. Fernández Ocaña; S. Pareja Olías; I. Muñoz Gil 96

DN-6. El esfuerzo del cuidador en pacientes con terapia intratecal: magnitud y relevancia clínica de una carga poco visible

M. Ahdani Arenas; M. Hernández León; C. Olivas Romero; R. Gálvez Mateos; M. A. Sánchez García 96

ENFERMERÍA

EN-1. Optimización del plasma rico en plaquetas: impacto de la educación enfermera en la preparación metabólica y emocional del paciente

P. Benítez Pareja 98

EN-2. Rol de la enfermera de práctica avanzada en cuidados paliativos (EPA-CP) dentro del Hospital Universitario Poniente

C. M. Guerrero Salguero; C. Rodríguez Rodríguez; O. Casado Álvarez; L. Cabello Gómez; C. Maldonado Villegas;
M. Estévez Morales 99

EN-3. Optimización de la seguridad procedimental y eficiencia en la recarga de bombas de infusión intratecal mediante ultrasonografía en el punto de atención (POCUS): una comunicación científica desde la práctica enfermera avanzada en unidades del dolor

E. Fernández Hinojo; J. Canto Mangana; D. Iglesias Juárez; C. Rodríguez Rodríguez; L. Cabello Gómez. 100

INTERVENCIONISMO

IN-1. Más allá de la anatomía: factores biopsicosociales y expectativas asociados a los resultados del intervencionismo lumbar. Revisión sistemática

- C. de la Fuente Ruiz; M. A. Sánchez García; M. Cortiñas Sáez; I. Velázquez Rivera; A. Vela de Toro;
P. A. Sánchez Martínez 102

IN-2. Bloqueo ecoguiado del ganglio estrellado en el SDRC de mano y muñeca: resultados de una serie de 11 casos

- Y. Abdel-Kader Riego; E. Rodríguez Agea 103

MISCELÁNEA

MI-1. Bloqueo del ganglio estrellado como terapia puente o de rescate en tormenta arrítmica refractaria. Caso clínico

- R. Ortega Merino; A. Jódar Guerrero; E. Márquez Pastilla 105

MI-2. Manejo del dolor crónico en cirugía mayor ambulatoria

- F. J. Jiménez Leiva; A. M. Durán López; A. Prieto Seco; L. Pérez Castillo; J. Martínez 105

MI-3. Observación de la incidencia y manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios tras el uso de 100 µg de morfina intratecal en cirugía abdominal: experiencia en nuestra práctica clínica

- L. Pérez Castillo; A. Prieto Seco; F. J. Jiménez Leiva; J. Martínez Rodríguez; J. J. Jerez Lanero;
F. Álamo Tomillero; C. Rodríguez Rodríguez 107

MI-4. Programa de enlace diseñado para conectar la unidad del dolor con el servicio de salud mental en el Hospital Universitario Poniente

- C. Rodríguez Rodríguez; L. Cabello Gómez; A. M. Durán López; E. Fernández Hinojo; D. Iglesias Juárez;
S. Gutiérrez Moreno; A. Durán Guzmán 108

MI-5. Impacto del dolor crónico en la salud sexual: una revisión de la evidencia reciente

- C. Olivas Romero; M. Pérez Rodríguez; M. Hernández León; M. Ahdani Arenas; D. Lendínez Sánchez;
J. Sánchez Rodríguez; M. A. Sánchez García 110

MI-6. Nuevas perspectivas en el diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico crónico: papel de la sensibilización central y las terapias emergentes

- C. Olivas Romero; M. E. Prieto Román; M. Ahdani Arenas; M. Hernández León; J. Sánchez Rodríguez;
D. Lendínez Sánchez; M. A. Sánchez García 111

OPIOIDES

OP-1. Más allá de la receta: patrones de utilización de oxicodona/naloxona en la práctica clínica

- J. Castaño Muñoz; C. Jaraquides López; A. I. Faura Salas; A. Perea Pérez; M. M. Martín Mira 112

OP-2. Rotación a fentanilo transdérmico en dolor oncológico: de la discordancia entre ratios a un algoritmo de decisión clínica

- C. de la Fuente Ruiz; M. A. Sánchez García; D. C. Nájera Losada; J. C. Pérez Moreno; B. Romerosa 113

OP-3. Beneficios del uso de infusión de PCA de morfina en mg

- A. Benítez Díaz 114

OP-4. Hidromorfona y longitudinalidad: más allá del control del dolor

- M. I. Palma Marín; A. Carbajal Rodríguez² 115

RESÚMENES

DE PONENCIAS





CANNABINOIDES Y FARMACOGENÉTICA EN LA PRÁCTICA REAL

Manuel Cortiñas Sáenz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

La farmacogenética evalúa cómo las variantes genéticas influyen en la respuesta a los medicamentos y es una herramienta útil en la personalización de dosis para optimizar la eficacia y minimizar la toxicidad en función del fenotipo expresado. Las pruebas genéticas son asequibles y muestran una sólida evidencia clínica en una serie de circunstancias; a modo de ejemplo, podemos mencionar el gen DPYD, obligatorio antes de administrar fluoropirimidinas, ya que detecta el riesgo de una toxicidad mortal.

La creciente utilización del cannabis medicinal en pacientes con dolor crónico, cáncer y diversas enfermedades neurológicas ha impulsado el interés por la farmacogenética en dicho campo, ya que pacientes tratados con dosis similares pueden experimentar diferencias importantes respecto a analgesia, sedación o efectos neuropsiquiátricos. Esta variabilidad puede estar influenciada por múltiples factores farmacocinéticos, farmacodinámicos y ambientales. La respuesta del paciente al tratamiento con cannabinoides podría tener una base genética, que depende del polimorfismo de los genes involucrados en la acción, el metabolismo y su transporte.

En España, la fórmula magistral “patrón” para el preparado estandarizado de cannabis en solución oral se basa en la monografía de la AEMPS (FN/2026/FMT/043) y es definida individualmente por el farmacéutico hospitalario en función de la dosis prescrita y de la riqueza del extracto empleado (Tabla I).

Tabla I. Fórmula magistral “patrón” para el preparado estandarizado de cannabis en solución oral.

FÓRMULAS MAGISTRALES PERSONALIZADAS (Real Decreto 903/2025)

- **CN-1.** THC dominante: 5-150 mg/mL (dosis máxima 32,4 mg)
- **CN-2.** CBD dominante: 10-150 mg/mL (dosis máxima 25 mg/kg)
- *Diluidos en triglicéridos de cadena media*
- *Esencia y sucralosa diluida en etanol anhidro (opcional)*
- *Contiene más de 100 cannabinoides, flavonoides y terpenos*

Los paneles farmacogenéticos preventivos en medicina cannabinoide se muestran prometedores, pero se requiere investigar nuevos biomarcadores y poblaciones diversas. Debemos enfatizar que están diseñados para moléculas puras y controladas. Actualmente existe una ausencia de guías oficiales farmacogenéticas para el cannabis por varios motivos:

1. Ausencia de estandarización del fármaco. El cannabis medicinal suele prescribirse en forma de flores o extractos de espectro completo.
2. Investigación limitada por su clasificación legal.

Las guías CPIC (*Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium*) y DPWG (*Dutch Pharmacogenetics Working Group*) se emplean respectivamente para cómo utilizar un resultado genético y cómo modificar el tratamiento, así como PharmGKB. Actualmente no existen guías CPIC y DPWG para cannabinoides.

La limitación de datos clínicos justifica iniciar el tratamiento con la dosis más baja posible y ajustarla de forma progresiva. En población pediátrica, se aconseja priorizar fórmulas con predominio de CBD por los posibles efectos del THC sobre el desarrollo neurológico.

Los polimorfismos en los genes de receptores, enzimas y transportadores correspondientes pueden afectar a la farmacocinética, respuesta y resistencia a la terapia con cannabinoides, así como al desarrollo de trastornos por consumo de cannabis y cambios en las funciones ejecutivas inducidos por cannabis. En la práctica clínica, se debe considerar la fenocversión, es decir, los cambios en la actividad enzimática causados por la farmacoterapia concomitante o las condiciones clínicas.

Los genes relacionados con la medicina cannabinoide son múltiples (Tabla II). La investigación farmacogenética ha identificado diversos genes específicos implicados en la respuesta al cannabis (Tabla III).

Tabla II. Genes relacionados con la medicina cannabinoide.

Receptores	- CNR1 - CNR2 - TRPV1 - GPR55 - OPRM1 - GABRA2
Transportadores y acción	- ABCB1 - ABCG2 - SLC6A - COMT
Metabolismo	- CYP3A4 - CYP2C19 - CYP2C9 - CYP2A6 - CYP1A1 - Diversas UGT - COMT
Biosíntesis y bioactivación	- FAAH - COX2 - ABHD6 - ABHD12 - MAGL
Procesos celulares	- MAPK14



RESÚMENES DE PONENCIAS

Tabla III. Genes posiblemente implicados en la respuesta al cannabis identificados por la investigación farmacogenética.

GENES IMPLICADOS EN LA RESPUESTA A CANNABINOIDES Y SU POTENCIAL APLICACIÓN EN CLÍNICA				
GEN	FUNCIÓN	VARIANTE	EFEECTO	NE
CYP2C9	Metabolismo	*2, *3	Riesgo de sedación y efectos neuropsiquiátricos	A
CYP2C19	Metabolismo	*2, *3, *17	Variabilidad en la exposición al CBD. Relevancia clínica moderada	B
CYP3A4	Metabolismo	*22	Importancia en interacciones farmacológicas	B
CYP3A5	Metabolismo	*3	Influencia limitada	C
UGT1A9	Metabolismo	c.-275T>A c.-2152C>T	Variabilidad potencial en la eliminación	C
UGT2B7	Metabolismo	c.-842G>A c.802C>T	Modificación del aclaramiento	C
CNR1	Receptor CB1	rs1049353	Variabilidad analgésica y neuropsiquiátrica	C
FAAH	Degradación cannabinoide	rs324420	↑sensibilidad THC Dependencia. Adicción	C
COMT	Metabolismo dopaminérgico	rs4680 Val158Met	Asociación inconsistente con ansiedad, psicosis y analgesia	C
AKT1	Señalización neuronal	rs2494732	Psicosis inducida por THC Esquizofrenia	C
ABCB1	Transporte BHE	C3435T c.1236C>T	Resultados contradictorios. Modificación respuesta THC	D
CNR1	Receptor	rs1049353	No asociación consistente ¿Adicción, tolerancia? ¿Abandono tratamiento?	D
CNR2	Receptor	rs2229579 rs2501431	No asociación consistente Variabilidad respuesta clínica	D

CYP: citocromo P450, enzimas de la fase I (oxidativa) del metabolismo.
UGT: Fase II del metabolismo hepático e intestinal. Su función principal es la glucuronidación.

Hoy en día, se investiga el cálculo de la puntuación de riesgo poligénico (PRS, polygenic risk score). Esto consiste en sumar miles de pequeñas variaciones genéticas del ADN para medir la vulnerabilidad global del individuo (Tabla IV).

Tabla IV. Puntuación de riesgo poligénico (PRS, polygenic risk score).

PRS	Genes	Utilidad
Trastorno por consumo	- CNR1 - CADM2 - ZNF184 - NCAM1	Monitorización para evitar dependencia
Psicosis y esquizofrenia	- AKT1 - COMT - DRD2	Contraindicación THC
Eficacia terapéutica	CYP2C9 CYP2C19 CYP3A4 CNR1 CNR2 FAAH	Tasa de respuesta a cannabinoides

Actualmente existe acuerdo en la práctica clínica en los test farmacogenéticos respecto a lo siguiente:

1. No se recomienda realizar un test farmacogenético a los pacientes que van a recibir cannabis medicinal.
2. Pudiera ser razonable considerarlo en pacientes con:
 - Efectos adversos inesperadamente intensos.
 - Necesidad de dosis muy bajas o muy altas.
 - Polimedicación con inhibidores o inductores de CYP.
 - Antecedentes de respuestas atípicas a otros fármacos metabolizados por CYP2C9 o CYP2C19.
3. Un posible panel farmacogenético recomendado incluiría CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4, CYP3A5, UGT1A9, UGT2B7, ABCB1, CNR1, FAAH, AKT1 y COMT.

Los estudios GWAS (Genome-Wide Association Studies o Estudios de Asociación del Genoma Completo) han revolucionado la medicina personalizada, porque no van a buscar un gen concreto a ciegas; en su lugar, escanean el ADN de cientos de miles de personas en biobancos y buscan de forma estadística qué variaciones genéticas se repiten con más frecuencia en quienes consumen cannabis. A través de estos estudios masivos, los científicos descubrieron que la vulnerabilidad al cannabis es poligénica. En este contexto, CADM2 y GRM3 han emergido como dos de los hallazgos más sólidos e interesantes de los últimos años.

CONCLUSIONES

1. La titulación posológica estándar ("*start low, go slow*") se considera una estrategia clínica segura y eficaz en la inmensa mayoría de los pacientes, minimizando los riesgos de picos plasmáticos indeseados sin incurrir en costes genómicos adicionales. Los test farmacogenéticos podrían ser de utilidad en pacientes de alta complejidad.



RESÚMENES DE PONENCIAS

2. En 2026 no existen guías específicas del CPIC o del DPWG que recomienden ajustes de dosis de cannabinoides basados en genotipo, aunque el etiquetado de dronabinol ya advierte del mayor riesgo de exposición en metabolizadores lentos de CYP2C9.
3. CYP2C9 es actualmente el biomarcador farmacogenético con mayor respaldo para predecir la exposición al THC. Existen recomendaciones para genes implicados en su metabolismo o en posibles interacciones farmacológicas.
4. El CBD presenta una farmacogenética más compleja debido a la participación de múltiples enzimas y a las frecuentes interacciones farmacológicas.
5. Genes como CNR1, FAAH, COMT y ABCB1 son prometedores, pero aún no justifican decisiones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Kalak M, Brylak-Błaszczów A, Błaszczów Ł, Kalak T. Medical marijuana and treatment personalization: the role of genetics and epigenetics in response to THC and CBD. *Genes (Basel)*. 2025;16(12):1487. DOI: 10.3390/genes16121487.
2. Hryhorowicz S, Walczak M, Zakerska-Banaszak O, Słomski R, Skrzypczak-Zielińska M. Pharmacogenetics of cannabinoids. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet*. 2018;43(1):1-12. DOI: 10.1007/s13318-017-0416-z.
3. Morgan CJ, Freeman TP, Powell J, Curran HV. AKT1 genotype moderates the acute psychotomimetic effects of naturalistically smoked cannabis in young cannabis smokers. *Transl Psychiatry*. 2016;6(2):e738. DOI: 10.1038/tp.2015.219.
4. Vaessen TSJ, de Jong L, Schäfer AT, Damen T, Uittenboogaard A, Krolinski P, et al. The interaction between cannabis use and the Val158Met polymorphism of the COMT gene in psychosis: a transdiagnostic meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192658. DOI: 10.1371/journal.pone.0192658.
5. Poli P, Peruzzi L, Maurizi P, Mencucci A, Scocca A, Carnevale S, et al. The pharmacogenetics of cannabis in the treatment of chronic pain. *Genes (Basel)*. 2022;13(10):1832. DOI: 10.3390/genes13101832.
6. Babayeva M, Loewy ZG. Cannabis pharmacogenomics: a path to personalized medicine. *Curr Issues Mol Biol*. 2023;45(4):3479-514. DOI: 10.3390/cimb45040228.

PROTOCOLOS DE TAPERING Y DE PRESCRIPCIÓN SEGURA EN EL USO DE OPIOIDES PARA EL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Beatriz Martínez Larios

Médico de Familia. Consultorio Local de Aguadulce. Distrito Sanitario de Atención Primaria Poniente de Almería. Almería

INTRODUCCIÓN

Los opioides continúan siendo un recurso terapéutico eficaz en el dolor agudo, en el dolor oncológico y en la atención al final de la vida. Sin embargo, en el dolor crónico no oncológico su utilización prolongada exige una valoración especialmente cuidadosa del balance entre beneficio y riesgo. La evidencia sobre beneficios sostenidos a largo plazo es limitada, mientras que los daños asociados aumentan con la dosis, la duración del tratamiento, determinadas comorbilidades y la asociación con otros depresores del sistema nervioso central¹⁻³.

Las guías y recomendaciones actuales insisten en revisar periódicamente todo tratamiento opioide crónico y en considerar su reducción o retirada cuando el beneficio clínico deja de compensar los riesgos^{1,3,4}. En España, las recomendaciones de práctica clínica de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR) ofrecen pautas para la selección, inicio, seguimiento, monitorización y discontinuación de los opioides en el dolor crónico no oncológico⁵. En Andalucía, la Comisión Autonómica para el Uso Racional del Medicamento publicó en 2025 un protocolo específico para mejorar el uso de opioides en este contexto, orientado a la práctica asistencial⁶.

La reducción gradual de la dosis de opioides, habitualmente denominada *tapering*, tampoco está exenta de riesgos. Una reducción brusca, rápida o no consensuada puede producir síndrome de abstinencia y empeoramiento transitorio del dolor; además, en estudios observacionales, la reducción de dosis se ha asociado con un mayor riesgo de sobredosis y crisis de salud mental, sin que pueda establecerse causalidad por el diseño de dichos estudios^{7,8}. Por ello, la prescripción segura debe contemplar todo el ciclo del tratamiento: desde la primera receta y sus objetivos hasta la revisión periódica y, cuando esté indicado, una reducción individualizada y acompañada (Figura 1).

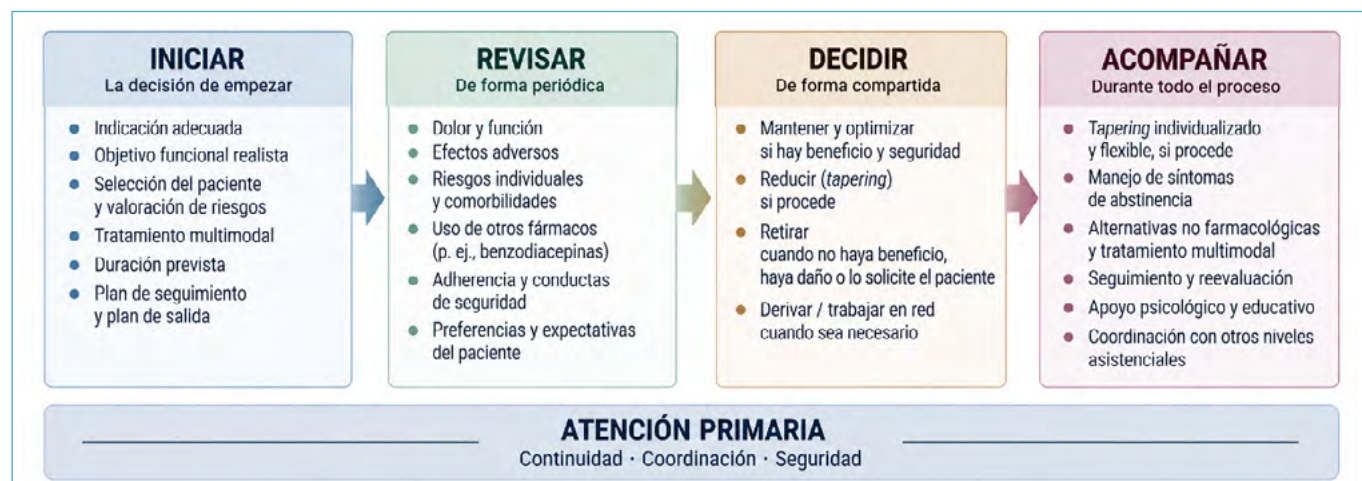


Figura 1. Prescripción segura de opioides: desde la primera receta hasta la última. INICIAR: indicación, objetivo funcional, duración prevista y plan de salida. REVISAR: beneficio, función, seguridad y riesgos. DECIDIR: mantener/optimizar, reducir o retirar. ACOMPAÑAR: *tapering* individualizado cuando proceda, seguimiento y trabajo en red. La atención primaria aporta continuidad, coordinación y seguridad durante todo el proceso.



RESÚMENES DE PONENCIAS

OBJETIVO

Revisar y sintetizar los criterios actuales para la prescripción segura de opioides en el dolor crónico no oncológico, desde su inicio y seguimiento hasta la eventual reducción o retirada, y proporcionar criterios prácticos para realizar un *tapering* individualizado, compartido y seguro en atención primaria.

MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de guías de práctica clínica, protocolos institucionales y documentos de síntesis publicados entre 2019 y 2025, seleccionados por su relevancia, actualidad y aplicabilidad al ámbito asistencial español. Se priorizaron documentos de organismos sanitarios oficiales, guías basadas en evidencia y publicaciones revisadas por pares, evitando en lo posible libros de texto y comunicaciones de congresos.

DESARROLLO

1. Mantener, reducir o retirar: una decisión clínica, no una cifra

La continuidad de un opioide debe justificarse por un beneficio clínicamente relevante que compense sus riesgos. La reevaluación debe integrar dolor, función, calidad de vida, efectos adversos, comorbilidades, duración del tratamiento, medicación concomitante y objetivos del paciente. La dosis equivalente de morfina es un elemento de riesgo y puede actuar como señal de reevaluación, pero no debe utilizarse de forma aislada como una orden automática de reducción o retirada^{1,3,5,6}.

Debe considerarse la deprescripción cuando no existe mejoría clínicamente significativa de la función, la calidad de vida o el dolor; cuando no se alcanzan los objetivos terapéuticos acordados; ante efectos adversos graves o intolerables; o cuando el balance beneficio-riesgo se vuelve desfavorable (Tabla I). En pacientes próximos al final de la vida no debe plantearse una retirada rutinaria salvo indicación clínica específica^{4,6}.

Tabla I. Señales para reevaluar el tratamiento opioide en el dolor crónico no oncológico.

Señal para reevaluar	Qué valorar	Decisión clínica
Beneficio insuficiente	No se alcanzan objetivos acordados de función, calidad de vida o dolor	Reevaluar el balance beneficio-riesgo
Efectos adversos	Sedación, estreñimiento grave, deterioro cognitivo u otros efectos relevantes	Reevaluar y optimizar la seguridad
Incremento del riesgo	Comorbilidades, interacciones o uso concomitante de otros depresores del SNC	Revisar indicación, dosis y alternativas
Dosis elevada o escalada mantenida	Es una señal de alerta, no una indicación automática de retirada	Justificar y reevaluar de forma especialmente cuidadosa
Cambio en objetivos o preferencias	La situación clínica, funcional o las prioridades del paciente han cambiado	Decidir de forma compartida: mantener/optimizar, reducir o retirar

2. Cómo realizar el tapering

Salvo situaciones excepcionales de riesgo inmediato, la retirada no debe ser brusca. No existe una pauta única válida para todos los pacientes: el ritmo debe individualizarse según la dosis, la duración del tratamiento, la respuesta a reducciones previas, la situación clínica y las preferencias del paciente^{1,4,6,8}.

Como orientación práctica, en tratamientos de semanas o pocos meses pueden tolerarse reducciones próximas al 10 % de la dosis original por semana o más lentas; tras tratamientos prolongados, especialmente de un año o más, suelen tolerarse mejor reducciones próximas al 10 % mensual o incluso más lentas. Estas cifras son orientativas y no objetivos rígidos: el ritmo lo marca la tolerancia del paciente. La aparición de síntomas relevantes puede justificar enlentecer el descenso, mantener temporalmente la dosis alcanzada o realizar una pausa antes de continuar (Tabla II)^{1,8}.

Tabla II. Orientaciones para individualizar el ritmo de tapering en pacientes en tratamiento con opioides. No existe una pauta de reducción válida para todos los pacientes. Los ritmos son orientativos y deben adaptarse a la duración del tratamiento, la dosis, la respuesta clínica, las preferencias del paciente y la tolerancia a cada descenso.

Situación clínica orientativa	Ritmo orientativo	Conducta recomendada
Tratamiento de semanas o pocos meses	≈10 % de la dosis original por semana o más lento	Revisar respuesta y enlentecer si aparecen síntomas
Tratamiento prolongado, especialmente ≥ 1 año	≈10 % al mes o más lento	Individualizar; el proceso puede requerir varios meses o más
Dificultad para tolerar el descenso	Reducciones menores y/o intervalos más largos	Priorizar tolerabilidad, seguridad y función
Síntomas de abstinencia o deterioro funcional relevante	Pausa temporal en la dosis alcanzada	Reevaluar, acompañar y reanudar cuando sea apropiado

El plan debe quedar acordado y documentado, con seguimiento suficiente para valorar dolor, función, síntomas de abstinencia, estado emocional y seguridad. Una pausa no constituye un fracaso del proceso y el calendario de reducción debe poder modificarse si aparecen síntomas mal tolerados^{1,4,8}.

3. Dependencia física, abstinencia y trastorno por consumo de opioides

La dependencia física es un efecto esperable tras una exposición mantenida a opioides y no equivale a un trastorno por consumo de opioides. La aparición de abstinencia durante el tapering tampoco establece por sí misma dicho diagnóstico. Ante inquietud, sudoración, rinorrea, insomnio, síntomas gastrointestinales, mialgias o aumento transitorio del dolor, deben reconocerse los síntomas, adaptar el ritmo y reforzar el acompañamiento clínico^{1,8}.

El trastorno por consumo de opioides requiere una valoración específica de un patrón problemático de uso con deterioro o malestar clínicamente significativo. Cuando se sospecha o diagnostica, no debe abordarse mediante una simple desintoxicación aislada; requiere coordinación con los dispositivos de adicciones y tratamiento específico basado en la evidencia^{1,4,6}.



RESÚMENES DE PONENCIAS

4. Cambiar lo que medimos: de la intensidad del dolor y la dosis a la función

El *tapering* no es únicamente un procedimiento farmacológico. El miedo al aumento del dolor, a dormir peor o a perder capacidad funcional puede condicionar el proceso. Por ello es necesario anticipar posibles síntomas, explorar expectativas y acordar objetivos significativos para la persona^{4,6,8}.

El éxito no debe medirse únicamente mediante la intensidad del dolor o los miligramos diarios de dosis equivalente de morfina. Una dosis menor con función estable o mejor puede constituir un resultado satisfactorio. Caminar, dormir, trabajar, cuidarse o participar en actividades relevantes son resultados clínicos que deben incorporarse de forma explícita a la revisión^{1,4,6}.

5. La prescripción segura comienza antes de la primera receta

La posibilidad de una futura reducción debe contemplarse desde el inicio. Un plan seguro debería definir cinco elementos: indicación, objetivo funcional, duración prevista, revisión y plan de salida. La guía de deprescripción de Langford y colaboradores recomienda desarrollar el plan de deprescripción en el propio momento de iniciar el opioide, y el protocolo andaluz exige acordar desde el inicio objetivos realistas y cómo se discontinuará el tratamiento si no se alcanzan^{4,6}.

Antes de prescribir debe explicarse qué se espera conseguir, cómo se evaluará el beneficio, qué riesgos se vigilarán y en qué circunstancias se reconsiderará el tratamiento. Este pacto de seguridad permite que una eventual reducción se interprete como una parte prevista del plan terapéutico y no como castigo o abandono^{4,6,8}.

Durante el tratamiento activo debe utilizarse la menor dosis eficaz, evitar escaladas automáticas, revisar la medicación concomitante y las posibles duplicidades, extremar la precaución con benzodiazepinas y otros depresores del sistema nervioso central y reevaluar periódicamente el balance beneficio-riesgo. Revisar no es renovar: cada continuación del tratamiento debe responder a si sigue aportando beneficio, si continúa siendo segura y cuál es el plan a partir de ese momento^{1,3,5,6}.

6. Atención primaria y trabajo en red

La atención primaria ocupa una posición central por su capacidad para proporcionar continuidad, educación, seguimiento longitudinal y coordinación. Sin embargo, prescribir con seguridad no significa gestionar todos los problemas de forma aislada.

Las unidades de dolor pueden ser necesarias ante dolor refractario o complejo, dudas terapéuticas o necesidad de técnicas intervencionistas; salud mental ante ideación suicida, descompensación psiquiátrica o sufrimiento emocional que dificulte el proceso; los dispositivos de adicciones ante sospecha o diagnóstico de trastorno por consumo de opioides; y enfermería, fisioterapia y rehabilitación para reforzar educación, seguimiento, recuperación funcional y estrategias no farmacológicas. Reducir el opioide no puede significar reducir la atención. Coordinar no es derivar sin más: es compartir seguridad⁴⁻⁶.

CONCLUSIONES

La decisión de mantener, reducir o retirar un opioide debe basarse en una evaluación individualizada y periódica del balance entre beneficio, función y riesgo, y no exclusivamente en la dosis prescrita. Cuando está indicado, el *tapering* debe realizarse de forma gradual, flexible, consensuada y acompañada, evitando interrupciones bruscas y adaptando el ritmo a la respuesta del paciente.

Sin embargo, la seguridad comienza antes de plantear la retirada. Toda prescripción de opioides debería iniciarse con una indicación clara, objetivos funcionales acordados, una duración prevista, un plan de

revisión y criterios explícitos para su continuidad o retirada. La atención primaria, apoyada por una red coordinada de profesionales cuando sea necesario, ocupa una posición central para garantizar esta continuidad asistencial.

El éxito terapéutico no debe medirse únicamente mediante la intensidad del dolor o la dosis diaria, sino por la capacidad del paciente para mantener o recuperar función y calidad de vida. En definitiva, prescribir de forma segura es prescribir con un plan: desde la primera receta hasta la última.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep.* 2022;71(3):1-95. DOI: 10.15585/mmwr.rr7103a1.
2. Häuser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buchser E, Casale R, et al. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 1: role of opioids in the management of chronic noncancer pain. *Eur J Pain.* 2021;25(5):949-68. DOI: 10.1002/ejp.1736.
3. US Department of Veterans Affairs, US Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain. Version 4.0. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, Department of Defense; 2022.
4. Langford AV, Lin CCW, Bero L, Blyth FM, Doctor J, Holliday S, et al. Clinical practice guideline for deprescribing opioid analgesics: summary of recommendations. *Med J Aust.* 2023;219(2):80-9. DOI: 10.5694/mja2.52002.
5. Regueras E, Torres LM, Velázquez I. Recomendaciones de práctica clínica de la Sociedad Española Multidisciplinar de Dolor (SEMDOR) para el buen uso médico de los opioides de prescripción en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. *MPJ.* 2022;2:27-51. DOI: 10.20986/mpj.2022.1024/2022.
6. Comisión Autonómica para el Uso Racional del Medicamento. Protocolo para la mejora del uso de opioides en dolor crónico no oncológico. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2025.
7. Agnoli A, Xing G, Tancredi DJ, Magnan E, Jerant A, Fenton JJ. Association of dose tapering with overdose or mental health crisis among patients prescribed long-term opioids. *JAMA.* 2021;326(5):411-9. DOI: 10.1001/jama.2021.11013.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. NICE guideline NG215. London: NICE; 2022.



INTERVENCIONISMO EN DOLOR ONCOLÓGICO. DEL RESCATE TARDÍO A LA INDICACIÓN PRECOZ

Rafael Gálvez Mateos

Profesor titular. Universidad de Granada

MARCO GENERAL

Alrededor de un 80 % de los pacientes con dolor oncológico se controlan con medicación analgésica y terapia específica anticancerosa, mientras que un 20 % presenta una analgesia insuficiente. Las técnicas intervencionistas aplicadas en dolor canceroso han pasado de ser el 4.º escalón analgésico de la OMS y aplicables en dolor refractario, a un paso intermedio en cualquiera de los escalones analgésicos para este colectivo de pacientes. En casos avanzados de dolor refractario canceroso hay otras técnicas más selectivas y complejas, consideradas el 4.º escalón analgésico actual: neuromodulación e infusión espinal.

TÉCNICAS ANALGÉSICAS INTERVENCIONISTAS EN DOLOR CANCEROSO

Actualmente una amplia gama de microtécnicas analgésicas intervencionistas tienen la debida cabida en dolor oncológico, la mayoría de fácil accesibilidad por las unidades del dolor y otros especialistas. Algunas de estas técnicas se utilizan en la actualidad como primera opción terapéutica, sobre todo en pacientes polimedicados y con posibilidad de interacciones farmacológicas, o con dolor en áreas selectivas, susceptibles de intervencionismo. Estas técnicas pueden reducir el consumo de analgésicos, sobre todo opioides, ayudan a optimizar el alivio del dolor, mejorar el estado anímico, e incluso los autores sugieren un aumento de la supervivencia.

En cada variedad de dolor y proceso canceroso podrá utilizarse una u otra técnica analgésica, en función de los resultados obtenidos y la evidencia descrita.

¿Cuáles serían las indicaciones generales del intervencionismo en dolor oncológico?

- Pacientes sin respuesta adecuada a la farmacología analgésica, incluido el uso de opioides por sus diferentes vías.
- Pacientes sin control analgésico, a pesar de la terapia oncológica (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia u otras).
- Escasa tolerabilidad a los analgésicos, demasiados efectos adversos con los opioides, o incluso un rechazo directo al uso de los mismos, deseando una alternativa antiálgica.
- Imposibilidad del uso de la vía oral o transdérmica.
- Dolor en un territorio selectivo, susceptible de técnicas intervencionistas.
- Grandes supervivientes oncológicos, que no desean usar opioides sistémicos.

¿Cuáles serían las técnicas analgésicas más utilizadas en dolor canceroso?

- Bloqueos anestésicos o con toxina a nivel tisular.
- Bloqueos nerviosos y neuroaxiales.
- Bloqueos neurolíticos.
- Bloqueos simpáticos: ganglio estrellado, celíaco o plexo lumbar.

- Radiofrecuencia nerviosa, radicular, facetaria...
- Técnicas de neuromodulación con estimulación de cordones posteriores.
- Infusión espinal analgésica.
- Técnicas neuroquirúrgicas.

A. Indicaciones de bloqueos con anestésicos locales o toxina botulínica

- Lumbalgias, cervicalgias: bloqueos del cuadrado lumbar o del erector espinal.
- Dorsalgia por contracturas en MTX dorsales: bloqueos con toxina...
- Dolor muscular asociado a contracturas en sarcomas de las extremidades.
- Dolor orofacial por tumores orofaciales con grandes contracturas.

B. Indicaciones de los bloqueos neuroaxiales (con anestésicos locales, corticoides...)

- MTX óseas lumbares con lumbalgias y lumbociáticas asociadas: bloqueos neuroaxiales con anestésicos locales y esteroides.
- Aplastamientos vertebrales por terapias oncológicas que generan osteopenia.

C. Indicación de la radiofrecuencia (radiofrecuencia pulsada o por termolesión)

- Cáncer de recto: RF del ganglio impar (de Walther).
- Cáncer orofacial: RF del ganglio de Gasser.
- Cáncer de mama: RF de los nervios cutáneos laterales o del intercostobraquial.
- Cáncer de páncreas: RF del plexo celíaco.
- Cáncer de pulmón (tumor de Pancoast), con dolor irradiado a extremidad superior: RF nervio supraescapular y axilar de la misma zona.

D. Indicación de la estimulación medular de cordones posteriores

- Dolor de origen canceroso de cualquier etiología, siempre que sea metamérico o radicular y de tipo refractario.
- Agotamiento de opioides sistémicos o intolerancia a los mismos.
- Agotamiento de otras técnicas analgésicas previas.

E. Indicación de la infusión espinal

- Infusión espinal con morfina o ziconotida, para dolor altamente refractario de origen canceroso.
- Dolor de origen canceroso de cualquier etiología, elevada intensidad y carácter generalizado.
- Agotamiento de opioides sistémicos o intolerancia a los mismos.
- Agotamiento de otras técnicas analgésicas previas.

F. Indicación de los bloqueos neurolíticos

- Bloqueos neurolíticos con alcohol o glicerina fenicada, indicados en fases avanzadas de la enfermedad cancerosa.
- Cáncer de páncreas: bloqueo neurolítico del plexo celíaco.
- Cáncer de recto o genitourinario: bloqueo neurolítico del plexo sacro o del ganglio de Walther.
- Cáncer orofacial: bloqueo neurolítico del ganglio de Gasser.



RESÚMENES DE PONENCIAS

— Cáncer de ovario y dolor pélvico: bloqueo neurolítico del plexo hipogástrico.

CONCLUSIONES

- El intervencionismo analgésico en dolor canceroso debe ser considerado como parte integral del tratamiento antiálgico y una herramienta de gran utilidad en estos pacientes.
- Hoy día hay una gama de técnicas microinvasivas fáciles, rápidas y que pueden aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida global de los pacientes.
- El intervencionismo analgésico puede reducir el consumo y los efectos adversos de los analgésicos.
- En el dolor de origen canceroso habitualmente se puede conjugar la medicación analgésica y el intervencionismo.
- Es imprescindible la interdisciplinariedad para beneficiar a nuestros pacientes oncológicos con dolor.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Moeschler SM, Rosenberg C, Trainor D, Rho RH, Mauck WD. Interventional modalities to treat cancer-related pain. *Hosp Pract* (1995). 2014;42(5):14-23. DOI: 10.3810/hp.2014.12.1155.
2. Kurita GP, Benthien KS, Nordly M, Mercadante S, Klepstad P, Sjøgren P; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). The evidence of neuraxial administration of analgesics for cancer-related pain: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2015;59(9):1103-15. DOI: 10.1111/aas.12485.
3. Hochberg U, Minerbi A, Boucher LM, Perez J. Interventional pain management for cancer pain: an analysis of outcomes and predictors of clinical response. *Pain Physician*. 2020;23(5):E451-60.
4. Kurita GP, Sjøgren P, Klepstad P, Mercadante S. Interventional techniques for the management of cancer-related pain: clinical and critical aspects. *Cancers (Basel)*. 2019;11(4):443. DOI: 10.3390/cancers11040443.
5. Fumić Dunkić L, Kustura A, Magdić Turković T. Minimally-invasive pain management techniques in cancer pain. *Acta Clin Croat*. 2023;62(Suppl4):77-81. DOI: 10.20471/acc.2023.62.s4.11.

RED FLAGS Y BIOMARCADORES EN LUMBALGIA COMPLEJA: HACIA UN DIAGNÓSTICO PREDICTIVO

Manuel Alejandro Sánchez García

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia constituye una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo y representa un reto sanitario de enorme magnitud. Se estima que hasta el 80 % de la población experimentará al menos un episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida. Aunque la mayoría de los casos presentan una evolución favorable, una proporción significativa desarrolla dolor persistente, limitación funcional y un elevado consumo de recursos sanitarios.

Durante décadas, el diagnóstico de la lumbalgia ha estado centrado en la búsqueda de alteraciones estructurales mediante técnicas de imagen. Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que la correlación entre hallazgos radiológicos y síntomas es frecuentemente limitada. Cambios degenerativos relevantes pueden encontrarse en sujetos asintomáticos, mientras que pacientes con intenso sufrimiento muestran escasas alteraciones anatómicas objetivables.

Este paradigma ha impulsado una visión más amplia de la lumbalgia compleja, entendida como una entidad multifactorial en la que confluyen mecanismos nociceptivos, neuropáticos y nociplásticos, junto con factores psicológicos, sociales y conductuales. El verdadero desafío consiste en determinar qué pacientes presentan un riesgo elevado de desarrollar dolor persistente, discapacidad, consumo crónico de recursos sanitarios o fracaso terapéutico. Se persigue, por tanto, la transición hacia un modelo predictivo basado en la integración de variables clínicas, psicológicas, funcionales y biológicas.

RED FLAGS: MÁS ALLÁ DEL DESCARTE DE PATOLOGÍA GRAVE

Tradicionalmente, las denominadas *red flags* se han utilizado como señales de alarma destinadas a identificar causas graves y potencialmente urgentes de dolor lumbar.

Entre las más relevantes destacan:

- Antecedentes de neoplasia.
- Pérdida de peso inexplicada.
- Fiebre o síndrome constitucional.
- Inmunosupresión.
- Dolor nocturno progresivo.
- Traumatismo significativo.
- Déficit neurológico grave.
- Alteraciones esfinterianas o sospecha de síndrome de cola de caballo.
- Sospecha de infección vertebral.
- Datos sugestivos de fractura o enfermedad inflamatoria.

La importancia de estas señales continúa siendo incuestionable, ya que permiten detectar un reducido número de pacientes con patologías potencialmente graves que requieren actuaciones diagnósticas y terapéuticas inmediatas.



RESÚMENES DE PONENCIAS

Sin embargo, el verdadero desafío clínico actual no radica únicamente en identificar estos casos excepcionales, sino en reconocer a los pacientes que evolucionarán hacia formas persistentes y complejas de dolor lumbar. Por ello, el concepto de *red flag* ha experimentado una evolución progresiva hacia una interpretación más amplia y orientada al pronóstico.

LAS NUEVAS SEÑALES DE ALARMA: PREDICTORES DE COMPLEJIDAD

Diversos estudios han identificado variables clínicas asociadas a una peor evolución de la lumbalgia.

Entre los predictores más consistentes destacan:

- **Duración y recurrencia del dolor:** la persistencia de síntomas durante más de tres meses constituye uno de los principales factores pronósticos de cronificación. Asimismo, los episodios recurrentes sugieren la existencia de mecanismos neurobiológicos capaces de perpetuar el dolor más allá del daño tisular inicial.
- **Dolor de intensidad elevada:** los pacientes que presentan valores elevados en escalas de intensidad del dolor durante las fases iniciales muestran una mayor probabilidad de discapacidad a largo plazo.
- **Fracaso de tratamientos previos:** la ausencia de respuesta a abordajes conservadores bien indicados puede reflejar una fisiopatología más compleja o la coexistencia de mecanismos distintos al dolor nociceptivo convencional.
- **Cirugía lumbar previa:** el denominado *failed back surgery syndrome* o síndrome de cirugía lumbar fallida constituye uno de los escenarios más complejos en medicina del dolor. La presencia de antecedentes quirúrgicos incrementa significativamente el riesgo de persistencia sintomática.
- **Polifarmacia y consumo prolongado de opioides:** el uso mantenido de analgésicos mayores suele asociarse a una mayor complejidad clínica, peor funcionalidad y fenómenos de sensibilización inducida por opioides.
- **Comorbilidades metabólicas e inflamatorias.**

YELLOW FLAGS: CUANDO LA CRONIFICACIÓN COMIENZA EN EL CEREBRO

Si las *red flags* clásicas alertan sobre patología grave, las denominadas *yellow flags* identifican factores psicológicos y conductuales asociados al riesgo de cronificación.

Entre ellas se incluyen:

- Catastrofismo.
- Cinesiofobia (miedo al movimiento).
- Ansiedad.
- Depresión.
- Estrés mantenido.
- Alteraciones del sueño.
- Baja autoeficacia percibida.
- Expectativas negativas respecto a la recuperación.

Actualmente sabemos que estos factores no son simples consecuencias del dolor, sino verdaderos moduladores neurobiológicos capaces de influir sobre la percepción dolorosa, la discapacidad funcional y la

respuesta a los tratamientos. La presencia simultánea de varias *yellow flags* incrementa significativamente el riesgo de discapacidad persistente, absentismo laboral y uso continuado de recursos sanitarios. En este sentido, la cronificación no depende exclusivamente de la lesión tisular inicial, sino también de la capacidad del sistema nervioso para mantener circuitos maladaptativos de procesamiento doloroso.

El dolor deja progresivamente de depender solo del daño periférico para convertirse en una experiencia compleja mantenida por mecanismos centrales (Tabla I).

Tabla I. Estratificación de señales de alarma en lumbalgia compleja. Clasificación moderna de factores pronósticos en dolor lumbar persistente.

Categoría	Elementos principales	Implicación clínica
<i>Red flags</i> clásicas	Neoplasia, infección, fractura, síndrome de cola de caballo, enfermedad inflamatoria	Descartar patología grave
<i>Orange flags</i>	Trastornos psiquiátricos mayores, somatización compleja	Valorar derivación especializada
<i>Yellow flags</i>	Catastrofismo, miedo al movimiento, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño	Riesgo de cronificación
<i>Blue flags</i>	Factores laborales percibidos como amenazantes	Riesgo de incapacidad
<i>Black flags</i>	Factores socioeconómicos, administrativos o legales	Peor recuperación funcional

SENSIBILIZACIÓN CENTRAL Y NOCIPLASTICIDAD: EL BIOMARCADOR CLÍNICO OLVIDADO

Probablemente ningún concepto ha transformado tanto el abordaje del dolor lumbar crónico como el reconocimiento de la sensibilización central.

Este fenómeno se caracteriza por una amplificación sostenida de la señal nociceptiva dentro del sistema nervioso central, lo que genera respuestas dolorosas desproporcionadas respecto al estímulo periférico. La International Association for the Study of Pain (IASP) ha incorporado el concepto de dolor nociplástico para describir situaciones en las que existe alteración del procesamiento nociceptivo sin lesión tisular o neural suficiente que explique la magnitud de los síntomas.

Existen diversos indicadores clínicos que deben alertar al clínico:

- Hiperalgnesia difusa.
- Alodinia mecánica.
- Dolor desproporcionado respecto a la lesión.
- Dolor generalizado o multisite.
- Fatiga persistente.
- Trastornos cognitivos.
- Alteraciones del sueño.
- Hipervigilancia corporal.



RESÚMENES DE PONENCIAS

Herramientas como el Central Sensitization Inventory (CSI) permiten cuantificar parcialmente este fenómeno y facilitan su identificación en la práctica clínica. Desde una perspectiva práctica, la nociplasticidad constituye probablemente el biomarcador clínico más accesible y útil disponible en la actualidad para identificar pacientes con alto riesgo de cronificación.

BIOMARCADORES BIOLÓGICOS: ¿ESTAMOS CERCA DE LA MEDICINA DE PRECISIÓN?

El desarrollo de biomarcadores representa uno de los campos más dinámicos en investigación del dolor. Sin embargo, resulta fundamental diferenciar aquellos biomarcadores utilizables actualmente de aquellos que continúan en fase de investigación.

Biomarcadores aplicables en la práctica clínica

Incluyen:

- Cuestionarios de sensibilización central (CSI).
- Escalas de discapacidad.
- Instrumentos de evaluación neuropática.
- Medidas funcionales objetivas.
- Variables digitales relacionadas con actividad y sueño.

Aunque imperfectos, aportan información pronóstica inmediata y fácilmente accesible.

Biomarcadores emergentes

Biomarcadores inflamatorios

Diversos estudios han identificado asociaciones entre dolor lumbar persistente y concentraciones elevadas de:

- IL-6.
- IL-1 β .
- TNF- α .
- Proteína C reactiva ultrasensible.

Biomarcadores genéticos y epigenéticos

Polimorfismos en genes como COMT, OPRM1 o aquellos relacionados con vías serotoninérgicas y dopaminérgicas podrían influir en la vulnerabilidad individual al dolor crónico. Por otra parte, los mecanismos epigenéticos ofrecen una explicación biológica de cómo el estrés, el trauma o las experiencias vitales modifican la expresión génica relacionada con el dolor.

Neuroimagen funcional

La resonancia magnética funcional ha demostrado alteraciones reproducibles en:

Corteza prefrontal.

- Ínsula.
- Corteza cingulada anterior.

- Amígdala.
- Red por defecto.

Estos cambios apoyan la existencia de una reorganización cerebral asociada a la cronificación.

Biomarcadores digitales

El uso creciente de dispositivos portátiles está permitiendo registrar variables continuas relacionadas con:

- Actividad física.
- Calidad del sueño.
- Variabilidad de frecuencia cardíaca.
- Movilidad.
- Sedentarismo.
- Adherencia terapéutica.

Estos registros podrían convertirse en algunos de los biomarcadores pronósticos más relevantes durante los próximos años.

HACIA UN MODELO PREDICTIVO DE LUMBALGIA COMPLEJA

La pregunta clave ya no es únicamente “¿qué estructura duele?”, sino “¿qué paciente tiene riesgo de sufrir dolor lumbar persistente?”. El modelo diagnóstico clásico, centrado en la lesión anatómica, resulta insuficiente para explicar la complejidad de muchos pacientes atendidos en las consultas de dolor.

Un enfoque predictivo debería integrar (Figura 1):

- **Red flags** clásicas, para descartar patología grave.
- Factores clínicos de riesgo, asociados a cronificación.
- **Yellow flags**, relacionadas con la vulnerabilidad psicológica.
- Indicadores de sensibilización central y nociplasticidad.
- Biomarcadores biológicos objetivos.
- Información procedente de biomarcadores digitales.



RESÚMENES DE PONENCIAS



Figura 1. Algoritmo clínico en lumbalgia compleja.

La combinación de estas variables permitirá generar perfiles individualizados de riesgo y orientar estrategias terapéuticas más eficientes. La pregunta fundamental del futuro no será qué imagen muestra una resonancia magnética, sino qué probabilidad tiene cada paciente de desarrollar discapacidad persistente.

CONCLUSIONES

La lumbalgia compleja constituye un paradigma de enfermedad multifactorial donde la lesión estructural explica únicamente una parte del problema.

Las *red flags* continúan siendo fundamentales para identificar patología grave, pero deben complementarse con una evaluación más amplia orientada a detectar riesgo de cronificación y discapacidad.

La sensibilización central, la nociplasticidad y los factores psicosociales representan ya biomarcadores clínicos de enorme valor asistencial. Paralelamente, el desarrollo de biomarcadores inflamatorios, genéticos, neurofuncionales y digitales abre nuevas oportunidades para construir modelos predictivos individualizados.

El futuro del diagnóstico en lumbalgia no consistirá únicamente en identificar una lesión, sino en anticipar la evolución del paciente. La integración de *red flags* y biomarcadores constituye probablemente uno de los caminos más prometedores hacia una medicina personalizada, preventiva y basada en mecanismos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X.
2. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30489-6.
3. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. *Lancet*. 2021;398(10294):78-92. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9.
4. Nijs J, George SZ, Clauw DJ, Fernández-de-las-Peñas C, Kosek E, Ickmans K, et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *Lancet Rheumatol*. 2021;3(5):e383-92. DOI: 10.1016/S2665-9913(21)00032-1.
5. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*. 2011;91(5):737-53. DOI: 10.2522/ptj.20100224.
6. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736-47. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9.
7. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet*. 2018;391(10137):2384-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30488-4.
8. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e273-83. DOI: 10.1016/j.bja.2019.03.023.
9. Kosek E, Cohen M, Baron R, Gebhart GF, Mico JA, Rice ASC, et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*. 2016;157(7):1382-6. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000507.
10. Pérez-Rico C, Fernández-Carnero J, Nijs J. Nociplastic pain and low back pain: clinical implications. *J Clin Med*. 2024;13:1127.



NUEVAS APLICACIONES DEL PARCHÉ DE CAPSAICINA AL 8 % EN RADICULOPATÍA: FISIOPATOLOGÍA, EVIDENCIA CLÍNICA Y PERSPECTIVAS TERAPÉUTICAS

Alfonso Matías Durán López

FEA Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

INTRODUCCIÓN

El dolor neuropático constituye uno de los principales retos de la medicina contemporánea, que afecta a entre el 7 % y el 10 % de la población general^{1,2}. Dentro de este espectro, la radiculopatía dolorosa ocupa un lugar preponderante por su elevada prevalencia y las limitaciones de las opciones terapéuticas convencionales. El parche cutáneo de capsaicina al 8 % (Qutenza®), originalmente aprobado para la neuralgia postherpética y la neuropatía diabética periférica dolorosa, ha emergido como una alternativa innovadora cuyo mecanismo de acción —la desfuncionalización reversible de los nociceptores cutáneos a través del receptor TRPV1— ofrece un paradigma radicalmente diferente al de los fármacos sistémicos. Los estudios de Baron y cols. en el marco del estudio QUEPP han abierto la puerta a su aplicación en radiculopatías con resultados prometedores³.

El receptor TRPV1 es un canal iónico no selectivo expresado en las terminaciones nociceptivas de las fibras C y AΔ de los ganglios de la raíz dorsal (DRG). Se activa por calor nocivo (> 41 °C), protones, lípidos endógenos y capsaicina^{4,5}. Tras una lesión nerviosa, el TRPV1 se infraexpresa en las fibras lesionadas, pero se sobreexpresa en las fibras C intactas adyacentes, reduciendo el umbral de activación por debajo de la temperatura corporal y generando dolor urente e hiperalgesia térmica^{1,5}. La cascada intracelular involucra las vías TLR4-NF-κB, MAPK, CaMKII-AMPK y JAK-STAT3, convergiendo en la liberación de citocinas proinflamatorias (IL-1β, IL-6, TNF-α)⁶.

El estudio PACE (Katz y cols., 2026) sugiere que el tratamiento favorece la regeneración de las fibras nerviosas epidérmicas tras la desfuncionalización inicial inducida por la capsaicina, lo que respalda que su uso repetido no produce daño nervioso y mantiene un perfil de seguridad a largo plazo.

La actualización de las recomendaciones NeuPSIG publicada por Soliman y cols. en *The Lancet Neurology* (2025), basada en 313 ensayos y 48.789 participantes, establece los parches como segunda línea.

La guía SWEET (Sayed y cols., 2023) posiciona el parche de capsaicina al 8 % como tratamiento aprobado por la FDA para la neuropatía diabética periférica dolorosa (NDPD) que debe considerarse especialmente cuando los agentes orales iniciales son ineficaces o proporcionan solo alivio parcial.

FISIOPATOLOGÍA DE LA RADICULOPATÍA

La radiculopatía lumbar es la causa más frecuente de dolor neuropático en la práctica clínica. La hernia del núcleo pulposo es la etiología más común, aunque la estenosis espinal predomina después de los 60 años⁹. Dower y cols. (2019) describieron dos mecanismos principales¹⁰:

- **Compresión mecánica:** la deformación del DRG genera descargas ectópicas sostenidas. Sugawara y cols. (1996) demostraron que los umbrales mecánicos para provocar actividad ectópica son significativamente más bajos en el DRG que en la raíz dorsal, y que la hipoxia reduce aún más estos umbrales.

— **Irritación química:** los mediadores inflamatorios liberados por los discos degenerados —metalo-proteinasas, prostaglandina E2, IL-6, óxido nítrico, fosfolipasa A2— sensibilizan las fibras nerviosas incluso sin compresión mecánica directa⁹.

La lesión radicular produce desmielinización segmentaria, degeneración walleriana y formación de neuromas. La desmielinización puede transformar el tacto inocuo en dolor mediante efapsis (acoplamiento eléctrico anormal entre axones Aβ y fibras nociceptivas) y reprogramación retrógrada hiperexcitatoria de los mecanorreceptores.

LA NEUROPATÍA DIABÉTICA PERIFÉRICA DOLOROSA

La neuropatía diabética periférica (NDP) afecta al 50 % de los pacientes con diabetes, y la forma dolorosa se presenta en aproximadamente el 25 %. El dolor —urente, lancinante o tipo descarga eléctrica— empeora por la noche, altera el sueño y contribuye a depresión y ansiedad. La hiperglucemia crónica activa múltiples vías patológicas: poliol, hexosamina, proteína cinasa C y formación de AGE, convergiendo en estrés oxidativo, disfunción mitocondrial e inflamación del vasa nervorum¹⁷. El TRPV1 desempeña un papel central en la modulación del dolor diabético a través de la producción de ROS y citocinas, y su interacción con TRPA1 influye en la progresión del dolor crónico⁴.

EL PARCHES DE CAPSAICINA AL 8 %

El parche contiene capsaicina sintética al 8 % (179 mg por parche), un agonista altamente selectivo del TRPV1. Su mecanismo se desarrolla en fases secuenciales:

- **Fase 1 — Activación inicial:** la unión al TRPV1 permite la entrada masiva de Na⁺ y Ca²⁺, produciendo despolarización y dolor transitorio en el sitio de aplicación.
- **Fase 2 — Desfuncionalización:** la exposición prolongada produce pérdida del potencial de membrana, incapacidad para transportar factores neurotróficos, retracción reversible de las terminaciones nerviosas epidérmicas y depleción de neuropéptidos (sustancia P, CGRP).
- **Fase 3 — Ablación axonal terminal:** Arora, Campbell y Chung (2021) demostraron que las altas concentraciones producen ablación de las terminaciones TRPV1-positivas mediante un mecanismo dependiente de Ca²⁺/calpaína, con degradación del citoesqueleto axonal y despolimerización de microtúbulos.
- **Fase 4 — Regeneración:** la reinervación gradual del área tratada explica la reaparición del dolor y la necesidad de reaplicaciones cada 3 meses.

Nombre comercial en ficha técnica: Qutenza[®].

Principio activo: capsaicina sintética 8 % (179 mg/parche).

Indicaciones aprobadas:

- UE: dolor neuropático periférico en adultos, solo o en combinación.
- FDA: neuralgia postherpética (60 min) y neuropatía diabética periférica dolorosa de los pies (30 min).

Posología: hasta 4 parches; intervalo mínimo entre aplicaciones: 90 días. Administración exclusiva por profesionales sanitarios con pretratamiento anestésico tópico local.



RESÚMENES DE PONENCIAS

Efectos adversos ($\geq 5\%$): eritema, dolor y prurito en el sitio de aplicación; transitorios y autolimitados. Solo el 1 % discontinuó por efectos adversos.

Farmacocinética: exposición sistémica transitoria y baja (< 5 ng/ml).

HIPÓTESIS DEL NOCICEPTOR INTACTO DE CAMPBELL

James N. Campbell (Johns Hopkins) propuso que, en muchas condiciones de dolor neuropático, el dolor depende críticamente de los nociceptores intactos adyacentes sensibilizados, no solo de las fibras lesionadas. Tras una lesión nerviosa parcial, las fibras intactas experimentan sobreexpresión de TRPV1, sensibilización por mediadores inflamatorios (NGF, prostaglandinas, citocinas) y generación de brotes colaterales hacia el territorio denervado.

Esta hipótesis proporciona la justificación mecanicista para la capsaicina tópica: si el dolor depende de nociceptores intactos sensibilizados que expresan TRPV1, su desfuncionalización selectiva debería producir analgesia. Ahora, Campbell y Chung (2021) demostraron que la analgesia sostenida requiere la ablación mediada por Ca^{2+} /calpaína de las terminaciones axonales, un efecto que solo se logra con altas concentraciones.

Un hallazgo adicional del grupo de Baron (Sendely y cols., 2023) sugiere un posible efecto modificador de la enfermedad: la recuperación funcional acelerada de los nociceptores vasoactivos peptidérgicos —evaluada mediante vasodilatación neurogénica evocada por calor a las 4 semanas— se correlacionó con la reducción del dolor, lo que indica que la regeneración de nociceptores funcionales podría ser el mecanismo detrás de la analgesia.

EL FENOTIPADO SENSORIAL DE BARON

Baron y cols. (2017), utilizando pruebas sensoriales cuantitativas (QST) del protocolo DFNS en 902 pacientes, identificaron tres subgrupos de dolor neuropático periférico.

Los pacientes del grupo 2 (hiperalgesia al calor/frío) serían los candidatos ideales para capsaicina, al presentar nociceptores funcionantes y sensibilizados. En la radiculopatía, donde coexisten compresión mecánica, inflamación y sensibilización de nociceptores intactos en el dermatoma afectado, el fenotipado podría identificar a aquellos con componente predominante de “nociceptor irritable” que más se beneficiarían del parche.

EVIDENCIA CLÍNICA EN RADICULOPATÍA

El estudio QUEPP (Qutenza — *safety and effectiveness in peripheral neuropathic pain*), multicéntrico y no intervencionista, incluyó 1044 pacientes en Alemania. Los resultados globales demostraron tasas de respuesta del 42,7 % ($\geq 30\%$ de reducción del dolor) y 23,7 % ($\geq 50\%$), con reducción media del 24,7 % en la intensidad del dolor y mejoras en calidad del sueño, con reducción concomitante del consumo de opioides y antiepilépticos.

Baron, Treede, Birklein y cols. (2017) analizaron específicamente 50 pacientes con radiculopatía dolorosa del QUEPP³ y encontraron una **disminución significativa de la intensidad del dolor** (NPRS) entre las semanas 1/2 y la semana 12 frente a la situación basal ($p \leq 0,001$). Eficacia demostrada tanto en dermatomas de **ramas ventrales** ($n = 26$) como **dorsales** ($n = 13$) de los nervios espinales. **Tasa de respuesta ($\geq 30\%$):** 50,0 % global; 71,4 % en dolor de 3 meses a 2 años; 39,1 % en dolor > 2 años. Solo 4 pacientes experimentaron reacciones adversas (dolor o prurito local)³.

Zis y cols. (2016) estudiaron 90 pacientes con dolor lumbosacro neuropático. La EVA media disminuyó de $7,6 \pm 0,7$ al inicio a $2,6 \pm 1,1$ en la semana 12 ($p < 0,001$), con mejora significativa en las cinco dimensiones del EQ-5D.

COMPARACIÓN CON LAS INFILTRACIONES EPIDURALES DE CORTICOSTEROIDES

Aunque no existen ensayos *head-to-head*, la comparación indirecta resulta ilustrativa. El subanálisis de radiculopatía del QUEPP mostró una tasa de respuesta del 50 % (≥ 30 % de reducción) con el parche de capsaicina, mientras que el NNT de las infiltraciones epidurales de corticosteroides (ESI) es de 7 para cualquier grado de alivio³. El estudio de Zis y cols. demostró una reducción de EVA de 5 puntos a las 12 semanas, sustancialmente mayor que la reducción de 0,75 puntos descrita para las ESI. Además, el parche de capsaicina ofrece ventajas en seguridad: no requiere procedimiento invasivo, no conlleva riesgo de punción dural, hematoma epidural ni infección, y puede repetirse cada 90 días sin las limitaciones de frecuencia de las ESI.

POSICIONAMIENTO EN LAS GUÍAS CLÍNICAS INTERNACIONALES

Las guías ADA 2026 recomiendan gabapentinoides, IRSN, ATC y bloqueadores de canales de sodio como tratamiento farmacológico inicial para el dolor neuropático diabético (recomendación A), con terapia combinada para respondedores parciales (recomendación A).

La guía AAN (Price y cols., 2022) sugiere que gabapentinoides, IRSN, bloqueadores de canales de sodio y ATC pueden considerarse en el tratamiento del dolor en NDP, y recomienda abordar simultáneamente los trastornos del sueño y del ánimo.

La Guía de la Sociedad Alemana de Neurología (DGN, 2020) recomienda el parche de capsaicina al 8 % como tratamiento de segunda elección para dolor neuropático periférico de cualquier etiología. Destaca su eficacia, comparable a la de los tratamientos orales.

La guía NICE CG173 (Reino Unido, actualización 2020) recomienda usar el parche en atención especializada y en pacientes seleccionados.

Aunque no existen guías internacionales que recomienden o protocolicen el uso del parche de capsaicina para la radiculopatía, existen estudios como el de Baron y cols., ya mencionado, y el de López Molina y cols. (2022), publicado en la *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, que demostró la efectividad y seguridad del parche en pacientes con dolor neuropático lumbar, con mejoría en la EVA y en los cuestionarios DN4 y LANSS a los 3 meses.

CONCLUSIONES

El parche de capsaicina al 8 % representa una opción terapéutica prometedora para la radiculopatía dolorosa, sustentada en una sólida base fisiopatológica, un mecanismo de acción único y evidencia clínica inicial favorable. Su favorable perfil de seguridad, la ausencia de efectos adversos sistémicos, la ausencia de interacciones medicamentosas y la comodidad de una aplicación trimestral lo posicionan como una alternativa particularmente atractiva frente a las infiltraciones epidurales y la farmacoterapia oral, especialmente en pacientes ancianos, polimedicados o con comorbilidades que limitan el uso de fármacos sistémicos.

La integración de la hipótesis del nociceptor intacto de Campbell con el fenotipado sensorial de Baron ofrece un marco conceptual para la selección personalizada de pacientes, avanzando hacia una medicina de precisión del dolor. La confirmación de estos hallazgos mediante ensayos aleatorizados controlados específicos para radiculopatía consolidará el papel del parche de capsaicina en el arsenal terapéutico del dolor radicular neuropático.



RESÚMENES DE PONENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol.* 2010;9(8):807-19. DOI: 10.1016/S1474-4422(10)70143-5.
2. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet.* 2021;397(10289):2082-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
3. Baron R, Treede RD, Birklein F, Cegla T, Freynhagen R, Heskamp M, et al. Treatment of painful radiculopathies with capsaicin 8% cutaneous patch. *Curr Med Res Opin.* 2017;33(8):1401-11. DOI: 10.1080/03007995.2017.1322569.
4. Gao N, Li M, Wang W, Liu Z, Guo Y. The dual role of TRPV1 in peripheral neuropathic pain: pain switches caused by its sensitization or desensitization. *Front Mol Neurosci.* 2024;17:1400118. DOI: 10.3389/fnmol.2024.1400118.
5. Benarroch EE. TRP channels: functions and involvement in neurologic disease. *Neurology.* 2008;70(8):648-52. DOI: 10.1212/01.WNL.0000300643.95736.B4.
6. Guo D, Cai M, Xian Y, Chen Y, Feng Y, Hu C, et al. Transient receptor potential channels as key regulators of neuroinflammation in neurological disorders: mechanistic insights, therapeutic potentials, and future directions. *CNS Neurol Ther.* 2025;31(12):e70700. DOI: 10.1002/cns.70700.
7. Truini A, Garcia-Larrea L, Cruccu G. Reappraising neuropathic pain in humans: how symptoms help disclose mechanisms. *Nat Rev Neurol.* 2013;9(10):572-82. DOI: 10.1038/nrneurol.2013.180.
8. Awad-Igbaria Y, Ben-Menashe A, Sakas R, Edelman D, Fishboom T, Shamir A, et al. Novel insight into TRPV1-induced mitochondrial dysfunction in neuropathic pain. *Brain.* 2025;148(7):2563-78. DOI: 10.1093/brain/awaf044.
9. Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. *Lancet.* 2021;398(10294):78-92. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9.
10. Dower A, Davies MA, Ghahreman A. Pathologic basis of lumbar radicular pain. *World Neurosurg.* 2019;128:114-21. DOI: 10.1016/j.wneu.2019.04.147.

USO CLÍNICO Y EFICACIA DE LAS MICROCORRIENTES MCPATCH

Antonia M. Benítez Díaz¹ y José M. González Mesa²

¹Enfermera UGC Anestesia y Reanimación-Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

²Anestesiólogo. Jefe de sección de la Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

USO DE LAS MICROCORRIENTES MCPATCH

El producto MCPatch es un sistema de terapia por microcorrientes desechable diseñado para el tratamiento del dolor sin necesidad de medicación. Este dispositivo consta de dos electrodos adhesivos con gel unidos entre sí por un cable que incorpora un circuito y un chip con batería. El sistema tiene capacidad para proporcionar unas 300 horas de tratamiento con una potencia de salida de 42 microamperios de forma continua. El equipo completo tiene un peso muy reducido, de apenas 12 gramos, y es resistente al agua, aunque debe tenerse en cuenta que el receptor electrónico en sí no es sumergible¹.

MCPatch se ha consolidado como una alternativa no invasiva e innovadora recomendada para pacientes a partir de 12 años, y se caracteriza por carecer de efectos secundarios adversos. Se utiliza cada vez más en las estrategias de los hospitales para sustituir, reducir o evitar tratamientos farmacológicos intensivos con medicamentos como la pregabalina, la gabapentina, la amitriptilina y la duloxetina, así como para evitar intervenciones quirúrgicas.

MECANISMO DE ACCIÓN

La terapia por microcorrientes, conocida en el ámbito clínico como MENS (Micro Current Electrical Neuromuscular Stimulation), emplea corrientes eléctricas pulsadas de muy baja intensidad, concretamente en el rango de los microamperios (μA). Esta magnitud es importante porque es similar a la corriente que fluye de forma natural en nuestro organismo a nivel celular.

Cuando las células sufren una lesión, oponen resistencia a las corrientes eléctricas naturales del cuerpo, lo que impide el suministro adecuado de sangre, oxígeno y nutrientes vitales. La microcorriente proporcionada por MCPatch logra penetrar a través de estas células inflamadas y dañadas, restaurando el suministro esencial de sangre, eliminando los residuos celulares y produciendo un alivio directo del dolor.

A diferencia de la electroterapia convencional como el TENS, que estimula los receptores sensoriales y provoca contracciones musculares, la microcorriente trabaja a un nivel “sub-sensorial”, por lo que es normal que el paciente no sienta nada durante su uso. Entre sus principales efectos fisiológicos destacan la normalización de la bioelectricidad, la estimulación del proceso de regeneración celular natural, el incremento (de hasta un 500 %) en la producción de ATP (adenosín trifosfato), el aumento en la síntesis de proteínas, y la mejora sustancial en la absorción de nutrientes y la oxigenación.

INDICACIONES CLÍNICAS Y PATOLOGÍAS TRATADAS

El sistema de microcorrientes MCPatch está indicado para tratar una amplia gama de dolencias, procesos inflamatorios y condiciones dolorosas. Entre las principales patologías tratadas se encuentran¹:

- Fibromialgia.
- Dolores musculares crónicos, espasmos y dolor de espalda o lumbalgia.
- Ciática, dolor de cuello y dolor en hombros.



RESÚMENES DE PONENCIAS

- Artritis y dolores recurrentes en rodillas y otras articulaciones.
- Epicondilitis, bursitis, tendinitis y síndrome del túnel carpiano.
- Lesiones deportivas, esguinces, desgarros tisulares y fascitis plantar.
- Dismenorrea, comúnmente conocida como dolor menstrual.

USO, COLOCACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL DISPOSITIVO

Para garantizar la máxima eficacia y conductividad, el paciente debe seguir ciertas pautas de preparación y mantenimiento del dispositivo:

- **Preparación de la zona:** la piel debe lavarse con agua y jabón neutro para asegurarse de que esté libre de aceites, cremas o sudor. Asimismo, la piel debe estar completamente seca antes de colocar el parche para que la corriente fluya sin resistencia.
- **Colocación y encendido:** el receptor (botón circular) debe conectarse firmemente a los bornes del parche de gel. Tras retirar el plástico protector, se adhiere directamente sobre el músculo afectado o la zona de dolor. Una luz LED indicadora confirmará que el ciclo de estimulación ha comenzado.
- **Duración del tratamiento:** en dolencias crónicas, el parche se coloca durante 24-48 horas ininterrumpidas, seguido de un día de descanso, y se repite este ciclo hasta conseguir resultados. Una vez que la zona mejore, se recomienda usarlo 12 horas al día y descansar las siguientes 12 horas. Al quitar los parches existe un efecto residual, en el que la acción analgésica puede prolongarse entre 24 y 48 horas tras la retirada.
- **Precauciones:** el parche no debe colocarse en la garganta ni en las sienes. Su uso está terminantemente contraindicado en personas con marcapasos, mujeres embarazadas, menores de 12 años y sobre heridas abiertas.
- **Mantenimiento de los electrodos:** al terminar, es necesario volver a colocar los parches sobre el plástico protector. Si el gel perdiera adherencia, se puede pasar el dedo con una mínima gota de agua para reactivar el pegamento, pero nunca sumergiendo el parche.

EVIDENCIA CIENTÍFICA Y ESTUDIOS CLÍNICOS

Diversos estudios en diferentes patologías han demostrado los beneficios de la terapia por microcorrientes:

- **Cirugía y artroplastia de cadera:** un ensayo clínico estudió a 28 pacientes sometidos a artroplastia total de cadera. El grupo tratado con terapia de microcorriente cutánea tuvo una media significativamente menor en la dosis de fentanilo epidural requerida en el postoperatorio (23,24 microgramos frente a los 58,36 microgramos del grupo de control). Adicionalmente, presentaron una frecuencia de curación de la herida de grado 1 significativamente mayor (41,3 % frente al 7,2 %), aunque se observó un 23 % de incidencia de dermatitis asociada a los parches que remitió con tratamiento^{2,3}.
- **Dolor lumbar crónico inespecífico:** un ensayo piloto cruzado, aleatorizado y de doble ciego en 10 pacientes mostró una tendencia positiva al aplicar el parche. Hubo reducciones en las puntuaciones medias y máximas de dolor, una disminución del uso de analgésicos como el paracetamol y los opioides (salvo en el caso de los AINE, que aumentó), y mejoras en la calidad de vida de los pacientes, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas debido a la muestra reducida^{4,5}.

— **Heridas postquirúrgicas:** existe un estudio piloto se diseñó para investigar en nuestra pequeña muestra de pacientes postquirúrgicos en los que resultó evidente que, en el grupo que utilizó la MCT, la necesidad de tramadol para controlar el dolor disminuyó notablemente, lo que indica un mejor control de este. Asimismo, hubo indicios de que el uso de la MCT podría mejorar la cicatrización local de la herida, aspecto que puede revestir gran importancia en la artroplastia total de rodilla y en otras intervenciones que requieren abordajes quirúrgicos extensos³.

CONCLUSIÓN

El sistema MCPatch representa una herramienta terapéutica prometedora para el manejo de dolores crónicos e inflamaciones. Su portabilidad permite el tratamiento continuo en domicilio y la reducción de la dependencia farmacológica, lo cual eleva la calidad de vida de los pacientes y puede contribuir a la sostenibilidad y eficiencia operativa del sistema hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez G. Protocolo de uso de terapia por microcorriente (MCPatch) domiciliaria. Granada: Unidad del Dolor, Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2026.
2. Sarhan TM, Doghem MA. Effect of microcurrent skin patch on the epidural fentanyl requirements for post operative pain relief of total hip arthroplasty. Middle East J Anaesthesiol. 2009;20(3):411-5.
3. El-Husseini T, El-Kawy S, Shalaby H, El-Sebai M. Microcurrent skin patches for postoperative pain control in total knee arthroplasty: a pilot study. Int Orthop. 2007;31(2):229-33. DOI: 10.1007/s00264-006-0149-0.
4. Iijima H, Takahashi M. Microcurrent therapy as a therapeutic modality for musculoskeletal pain: a systematic review accelerating the translation from clinical trials to patient care. Arch Rehabil Res Clin Transl. 2021;3(3):100145. DOI: 10.1016/j.arrct.2021.100145.
5. Koopman JS, Vrinten DH, van Wijck AJ. Efficacy of microcurrent therapy in the treatment of chronic nonspecific back pain: a pilot study. Clin J Pain. 2009;25(6):495-9. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31819a6f3e.



ALIMENTACIÓN Y DOLOR: LA DIETA COMO AMPLIFICADOR DE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS QUE SENSIBILIZAN EL SISTEMA NOCICEPTIVO

Sergio Martínez Escobar

Especialista en Medicina Intensiva. Doctor en Medicina. El Ejido, Almería

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico afecta a uno de cada cuatro adultos en España (25,9 % según el Barómetro del dolor crónico en España 2022) y es una de las principales causas de discapacidad, de consumo de recursos sanitarios y de prescripción de analgésicos, incluidos los opioides. Sin embargo, los abordajes multimodales de las unidades del dolor y de la medicina perioperatoria rara vez incorporan la alimentación como variable terapéutica. Esta ponencia sostiene que la dieta es un modulador continuo, dependiente de la dosis y modificable del tono inflamatorio del organismo y, a través de él, de la excitabilidad del sistema nociceptivo: lo que comemos puede amplificar la inflamación y, con ella, el dolor.

DE LA INFLAMACIÓN A LA SENSIBILIZACIÓN NOCICEPTIVA

La inflamación es el nexo biológico entre alimentación y dolor. Los mediadores inflamatorios (interleucina 1β [IL- 1β], IL-6, factor de necrosis tumoral α [TNF- α], prostaglandina E2 [PGE2], factor de crecimiento nervioso y quimiocinas como CCL2) actúan directamente sobre el nociceptor: reducen el umbral de activación de canales como TRPV1 y Nav1.8 (sensibilización periférica) y, en el asta dorsal, activan la microglía y los astrocitos, que liberan a su vez más citocinas y potencian la transmisión glutamatérgica dependiente de receptores NMDA (sensibilización central). Ji y cols. han sistematizado cómo esta neuroinflamación mantiene la sensibilización central en el dolor crónico y generalizado: la administración intratecal de TNF- α , IL- 1β o IL-6 en animales sanos produce hiperalgesia y alodinia en minutos, y estas mismas citocinas están elevadas en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con dolor crónico¹. El sistema nociceptivo no distingue el origen de la citocina: la IL-6 procedente del tejido adiposo o del intestino sensibiliza igual que la liberada por una lesión tisular.

CÓMO LA COMIDA POTENCIA LA INFLAMACIÓN: MECANISMOS

Exceso energético, tejido adiposo y metainflamación

Hotamisligil acuñó el término “metainflamación” para designar la inflamación crónica de bajo grado desencadenada por el exceso de nutrientes y de energía, mediada por los macrófagos que infiltran el tejido adiposo, el TNF- α , las quinasas JNK e IKK y el estrés del retículo endoplásmico². El adipocito hipertrófico actúa como un órgano endocrino proinflamatorio (secreta leptina, resistina, IL-6 y TNF- α y reduce la adiponectina), de modo que la persona con obesidad vive en un estado de “cebado” inflamatorio permanente, con IL-6 y proteína C reactiva elevadas sin infección ni lesión. Nijs y cols., en el *British Journal of Anaesthesia*, han denominado “neurobiología nutricional” a la traducción de este estado sistémico en activación glial y sensibilización del sistema nervioso central: en modelos animales, la restricción calórica al 60 % de la ingesta durante seis semanas inhibe la neuroinflamación y reduce la conducta dolorosa, y en humanos la hiperglucemia y el colesterol HDL bajo se asocian de forma independiente a una mayor intensidad del dolor crónico³.

Perfil lipídico: eicosanoides frente a mediadores prorrresolución

Los ácidos grasos saturados, como el palmítico, y las grasas trans activan el receptor tipo Toll 4 (TLR4) y la vía NF- κ B en macrófagos y microglía. Más relevante aún es el desequilibrio entre ácidos grasos omega-6 y omega-3: la dieta occidental aporta ácido linoleico en exceso (aceites de semillas, ultraprocesados), que se incorpora a las membranas celulares como ácido araquidónico, sustrato de las ciclooxigenasas para producir PGE2, el sensibilizador nociceptivo por excelencia y la diana de los antiinflamatorios no esteroideos. Por el contrario, el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el docosahexaenoico (DHA) son los precursores de los mediadores especializados prorrresolución (resolvinas, protectinas y maresinas), que no solo compiten con el araquidónico, sino que activan programas de resolución: en el asta dorsal, las resolvinas E1 y D1 bloquean la potenciación sináptica inducida por TNF- α y reducen la hiperalgesia inflamatoria a dosis del orden de nanogramos¹. Una dieta pobre en pescado azul y rica en aceites de semillas inclina la balanza hacia los eicosanoides y priva al organismo de la materia prima de la resolución.

Azúcares libres, carga glucémica y productos finales de glicación avanzada

La hiperglucemia postprandial repetida y la sobrecarga de fructosa generan estrés oxidativo y activan NF- κ B en monocitos y endotelio. Además, los azúcares reaccionan con proteínas y lípidos para formar productos finales de glicación avanzada (AGE), endógenos y dietéticos (el asado, la fritura y el horneado a alta temperatura multiplican su contenido). Los AGE activan su receptor RAGE en macrófagos, condrocitos y neuronas sensitivas, perpetúan la señal inflamatoria y se acumulan en el colágeno articular, lo que explica en parte la asociación entre diabetes, artrosis y dolor. La Organización Mundial de la Salud recomienda limitar los azúcares libres a menos del 10 % de la energía total e, idealmente, a menos del 5 %.

El eje intestino-inflamación-dolor

Los alimentos ultraprocesados (alta densidad energética, pobres en fibra, con emulsionantes y aditivos), que en España aportan ya en torno a la cuarta parte de la energía diaria, alteran la microbiota y reducen la producción de butirato, que mantiene la integridad de la barrera epitelial y la tolerancia inmunitaria. La consecuencia es un aumento de la permeabilidad intestinal y el paso a la circulación de lipopolisacárido (LPS) bacteriano: Cani y cols. demostraron que cuatro semanas de dieta rica en grasa multiplican por dos o tres la concentración plasmática de LPS ("endotoxemia metabólica"), que la infusión continua de LPS reproduce por sí sola el fenotipo inflamatorio y la resistencia a la insulina, y que los ratones que carecen del correceptor CD14 quedan protegidos⁴. El LPS, a través de TLR4, activa directamente la microglía y el propio nociceptor: es, literalmente, un adyuvante inflamatorio de origen alimentario.

Cuantificar el potencial inflamatorio de la dieta

El índice inflamatorio de la dieta (DII) puntúa 45 parámetros alimentarios según su efecto documentado sobre IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-10, TNF- α y proteína C reactiva, y permite tratar la dieta como una variable continua. En la cohorte española Seniors-ENRICA (819 personas de 60 años o más sin dolor basal), cada desviación estándar de aumento del DII se asoció a un cociente de riesgos relativos de 1,45 (intervalo de confianza [IC] del 95 % 1,16-1,80) de desarrollar dolor de máxima intensidad en los tres años siguientes, y el riesgo se duplicó (2,08; 1,53-2,83) en las personas menos activas físicamente⁵.

EVIDENCIA EXPERIMENTAL Y CLÍNICA

La prueba de concepto es experimental. Totsch y cols. alimentaron ratones durante 13 semanas con una dieta occidental (34,5 % de la energía como grasa y 54,5 % como hidratos de carbono, modelada sobre



RESÚMENES DE PONENCIAS

la ingesta real de la población estadounidense): la dieta elevó la leptina, el TNF- α y la IL-6 séricos con independencia de la masa grasa y, tras una lesión inflamatoria con adyuvante completo de Freund, prolongó la alodinia mecánica de tres a ocho días y la hiperalgesia térmica de once a catorce días respecto a los controles⁶. La misma lesión duele más y durante más tiempo cuando el organismo está “cebado” por la dieta: exactamente el escenario del paciente que llega a quirófano.

En humanos, la evidencia de intervención converge en la misma dirección (Tabla I). En el ensayo IDEA (454 adultos con artrosis de rodilla y sobrepeso u obesidad, 18 meses), la dieta hipocalórica combinada con ejercicio logró una pérdida de peso del 11,4 %, redujo la IL-6 plasmática (2,7 frente a 3,1 ng/l con ejercicio solo) y disminuyó el dolor WOMAC un 45 %, de modo que el 38 % de los pacientes terminó con dolor mínimo (0-1 sobre 20) frente al 20-22 % de los grupos de dieta o ejercicio aislados; los mayores descensos de carga articular, inflamación y dolor se dieron en quienes perdieron al menos el 10 % del peso⁷. En migraña, Ramsden y cols. aleatorizaron a 182 adultos con 5-20 días de cefalea al mes a 16 semanas de una dieta rica en omega-3 (EPA + DHA 1,5 g/día), con o sin reducción del ácido linoleico a menos del 1,8 % de la energía: la dieta alta en omega-3 y baja en omega-6 redujo los días de cefalea en 4,0 al mes respecto al control (IC 95 % -5,2 a -2,7) y aumentó el precursor de resolvinas 17-HDHA, sin cambios en CGRP ni en PGE2, lo que apunta a la resolución activa, y no a la mera inhibición, como mecanismo⁸. La revisión sistemática con metanálisis de Field y cols. (43 estudios de intervención dietética en dolor crónico) estimó un efecto global sobre la intensidad del dolor de -0,44 desviaciones estándar (IC 95 % -0,63 a -0,24), mayor con las dietas de base vegetal (-0,76): un efecto comparable al de muchos fármacos coadyuvantes, sin sus efectos adversos⁹.

Tabla I. Evidencia seleccionada sobre la relación entre el potencial inflamatorio de la dieta, los biomarcadores inflamatorios y el dolor.

Estudio [ref.]	Diseño y población	Exposición o intervención	Resultado principal	Interpretación
Nijs y cols., 2019 ³	Revisión narrativa (Br J Anaesth): modelos animales y estudios en humanos	Restricción calórica y dieta cetogénica (animales); glucemia y colesterol HDL (humanos)	Restricción calórica al 60 % durante 6 semanas: ↓ activación glial y conducta dolorosa; hiperglucemia y HDL bajo asociados de forma independiente a mayor intensidad del dolor crónico	“Neurobiología nutricional”: la dieta modula la neuroinflamación y la sensibilización central
Cani y cols., 2007 ⁴	Experimental, ratones	Dieta rica en grasa durante 4 semanas; infusión continua de LPS; ratones mutantes CD14	LPS plasmático multiplicado por 2-3 (“endotoxemia metabólica”); la infusión de LPS reproduce el fenotipo inflamatorio; los mutantes CD14 quedan protegidos	La dieta eleva el LPS circulante, adyuvante inflamatorio que activa TLR4 en glía y nociceptores
Carballo-Casla y cols., 2023 ⁵	Cohorte prospectiva Seniors-ENRICA (España); 819 adultos ≥ 60 años sin dolor basal	Cambio a 3 años del índice inflamatorio de la dieta (DII)	Por cada desviación estándar de aumento del DII: RRR 1,45 (IC 95 % 1,16-1,80) de dolor de máxima intensidad; 2,08 (1,53-2,83) en los menos activos físicamente	Una dieta más proinflamatoria predice la aparición de dolor; interacción con la inactividad física

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I. Evidencia seleccionada sobre la relación entre el potencial inflamatorio de la dieta, los biomarcadores inflamatorios y el dolor.

Estudio [ref.]	Diseño y población	Exposición o intervención	Resultado principal	Interpretación
Totsch y cols., 2016 ⁶	Experimental, ratones	Dieta occidental total durante 13 semanas (34,5 % grasa, 54,5 % hidratos) y lesión inflamatoria con adyuvante completo de Freund	↑ Leptina, TNF-α e IL-6 séricos; alodinia mecánica prolongada de 3 a 8 días e hiperalgesia térmica de 11 a 14 días	La dieta “ceba” el sistema nociceptivo y prolonga la hipersensibilidad tras una lesión
Messier y cols., 2013 (IDEA) ⁷	ECA; 454 adultos ≥ 55 años con artrosis de rodilla e IMC 27-41 kg/m ² ; 18 meses	Dieta hipocalórica + ejercicio frente a dieta sola y a ejercicio solo	Pérdida ponderal 11,4 %; IL-6 2,7 frente a 3,1 ng/L (ejercicio solo); dolor WOMAC -45 %; 38 % con dolor 0-1/20 frente a 20-22 %	La pérdida ≥ 10 % del peso reduce la inflamación sistémica, la carga articular y el dolor
Ramsden y cols., 2021 ⁸	ECA; 182 adultos con migraña (5-20 días/mes); 16 semanas	Dieta alta en omega-3 (EPA + DHA 1,5 g/día) con o sin ácido linoleico ≤ 1,8 % de la energía, frente a control	Dieta alta en omega-3 y baja en omega-6: -4,0 días de cefalea/mes (IC 95 % -5,2 a -2,7); ↑ 17-HDHA; sin cambios en CGRP ni PGE2	Modificar el perfil lipídico de la dieta activa la resolución y reduce el dolor
Field y cols., 2021 ⁹	Revisión sistemática y metanálisis; 43 estudios de intervención dietética en dolor crónico	Dietas de eliminación, vegetarianas o veganas, mediterránea, ricas en omega-3, restricción energética	DME sobre la intensidad del dolor -0,44 (IC 95 % -0,63 a -0,24); dietas vegetarianas o veganas -0,76	Efecto global moderado y consistente de las intervenciones dietéticas
Bugada y cols., 2016 ¹⁰	Cohorte prospectiva; 194 pacientes intervenidos de hernia inguinal	Estado proinflamatorio preoperatorio (IMC ≥ 30 kg/m ² , cociente neutrófilos/linfocitos > 4 o enfermedad inflamatoria)	Cociente neutrófilos/linfocitos > 4 correlacionado con la intensidad del dolor persistente a 3 meses; tramadol menos eficaz sobre el dolor al movimiento en los proinflamatorios; ketorolaco eficaz	El fenotipo inflamatorio basal condiciona la resolución del dolor postoperatorio y la respuesta analgésica

CGRP: péptido relacionado con el gen de la calcitonina; DII: índice inflamatorio de la dieta; DME: diferencia de medias estandarizada; ECA: ensayo clínico aleatorizado; HDL: lipoproteínas de alta densidad; IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; RRR: cociente de riesgos relativos; WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Ref.: número de la referencia bibliográfica correspondiente.

IMPLICACIONES PARA EL ANESTESIÓLOGO

Estos datos tienen tres consecuencias directas para nuestra práctica. La primera, en el perioperatorio: el estado inflamatorio basal condiciona la respuesta al trauma quirúrgico y a los analgésicos. Bugada y cols., en 194 pacientes intervenidos de hernia inguinal, observaron que un cociente neutrófilos/linfocitos preoperatorio superior a 4 se correlacionaba con la intensidad del dolor persistente a los tres meses y que el tramadol fue menos eficaz sobre el dolor al movimiento en los pacientes con fenotipo proinflamatorio (obesidad, cociente elevado o enfermedad inflamatoria), mientras que el ketorolaco mantuvo su eficacia¹⁰; en modelos animales, además, la dieta rica en grasa y sacarosa disminuye el efecto antinociceptivo de la morfina. El anestesiólogo hereda un sistema nociceptivo “precargado” por la dieta, que debe anticipar al

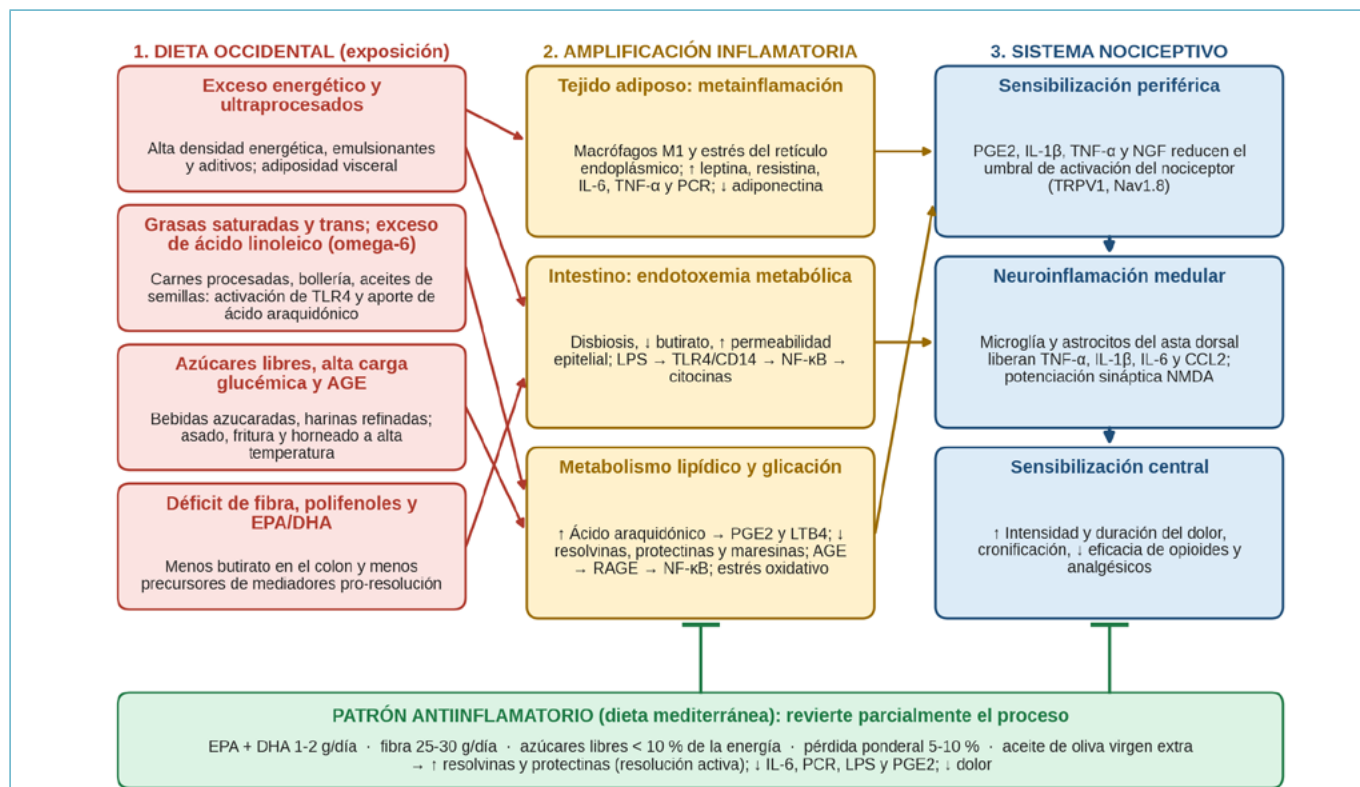


RESÚMENES DE PONENCIAS

planificar la analgesia multimodal, dosificar los opioides y vigilar el dolor crónico posquirúrgico. La segunda, en la prehabilitación: si la sensibilización inducida por la dieta es reversible en pocas semanas en el modelo experimental, las cuatro a seis semanas previas a una cirugía programada son una oportunidad para reducir el tono inflamatorio (pérdida ponderal moderada, patrón antiinflamatorio, aporte de omega-3) dentro de los programas de recuperación intensificada. La tercera, en la unidad del dolor: la dieta debe evaluarse y prescribirse como un componente más del tratamiento multimodal, sobre todo cuando la neuroinflamación es el mecanismo dominante (fibromialgia, migraña, lumbalgia crónica, artrosis)^{1,3}.

PROPUESTA PRÁCTICA

Los datos disponibles permiten formular una prescripción dietética sencilla y coherente con la fisiopatología (Figura 1, Tabla II): 1) reducir la carga inflamatoria, limitando los ultraprocesados, los azúcares libres (menos del 10 % de la energía), las carnes procesadas, los aceites de semillas ricos en ácido linoleico y la cocción en seco a alta temperatura; 2) aumentar la capacidad de resolución, con pescado azul dos o tres veces por semana o un suplemento de EPA + DHA de 1-2 g/día, y aceite de oliva virgen extra como grasa principal; 3) nutrir la microbiota con 25-30 g/día de fibra de verduras, legumbres, fruta entera y cereales integrales; 4) en caso de sobrepeso, perseguir una pérdida ponderal del 5-10 %, umbral a partir del cual desciende la IL-6 y mejora el dolor; y 5) corregir los déficits frecuentes (vitamina D, magnesio) sin convertir los suplementos en sustitutos del patrón alimentario. El patrón que mejor integra estas medidas es la dieta mediterránea tradicional, cuya adherencia se asocia a un DII más bajo y a menor prevalencia de dolor.



AGE: productos finales de glicación avanzada. CCL2: quimiocina ligando 2. DHA: ácido docosahexaenoico. EPA: ácido eicosapentaenoico. IL: interleucina. LPS: lipopolisacárido. LTB4: leucotrieno B4. NGF: factor de crecimiento nervioso. PCR: proteína C reactiva. PGE2: prostaglandina E2. RAGE: receptor de los AGE. TLR4: receptor tipo Toll 4. TNF-α: factor de necrosis tumoral α.

Figura 1. Eje alimentación-inflamación-sensibilización nociceptiva. Los componentes proinflamatorios de la dieta occidental actúan a través de tres vías convergentes: el tejido adiposo (metainflamación), el intestino (disbiosis, aumento de la permeabilidad y endotoxemia metabólica) y el metabolismo lipídico (exceso de eicosanoides derivados del ácido araquidónico, déficit de mediadores prorresolución y glicación). Estas vías elevan las citocinas circulantes (IL-1β, IL-6, TNF-α), la PGE2 y el LPS, que sensibilizan el nociceptor periférico y activan la microglía y los astrocitos del asta dorsal, lo que amplifica la transmisión nociceptiva (sensibilización central), prolonga la hipersensibilización tras una lesión y reduce la eficacia analgésica. El patrón antiinflamatorio (dieta mediterránea, EPA + DHA, fibra, restricción de azúcares libres y pérdida ponderal del 5-10 %) atenúa el proceso al favorecer la resolución activa de la inflamación. Las flechas indican aumento (↑) o descenso (↓); las líneas terminadas en barra indican inhibición.



RESÚMENES DE PONENCIAS

Tabla II. Componentes de la dieta que potencian o atenúan la inflamación: fuentes, mecanismos y mediadores implicados en la sensibilización nociceptiva

Componente dietético	Fuentes habituales	Mecanismo principal	Mediadores y efecto sobre el sistema nociceptivo	Ref.
Componentes proinflamatorios				
Exceso energético crónico y adiposidad visceral	Alimentos de alta densidad energética, ultraprocesados, bebidas azucaradas	Hipertrofia adipocitaria, infiltración por macrófagos M1, estrés del retículo endoplásmico (metainflamación)	↑ Leptina, resistina, IL-6, TNF- α y PCR; ↓ adiponectina; activación glial y sensibilización central	2, 3
Ácidos grasos saturados y trans	Carnes procesadas, bollería industrial, fritos, grasas hidrogenadas	Activación de TLR4 y de NF- κ B en macrófagos y microglía	↑ IL-1 β y TNF- α ; sensibilización periférica y central	1, 2
Exceso de ácido linoleico (omega-6) con déficit de EPA y DHA	Aceites de girasol, maíz y soja; ultraprocesados; escaso consumo de pescado azul	↑ Ácido araquidónico en las membranas → ciclooxigenasas y lipooxigenasas	↑ PGE2 y LTB4 (sensibilizan el nociceptor); ↓ resolvinas, protectinas y maresinas	1, 8
Azúcares libres y alta carga glucémica	Bebidas azucaradas, zumos, dulces, harinas refinadas	Hiper glucemia posprandial, sobrecarga de fructosa, estrés oxidativo, activación de NF- κ B	↑ IL-6 y PCR; glicación de proteínas; asociación independiente entre hiper glucemia y dolor crónico	3
Productos finales de glicación avanzada (AGE)	Asado, parrilla, fritura y horneado a alta temperatura en seco	Activación de RAGE → NF- κ B; acumulación en el colágeno articular	↑ TNF- α e IL-6; rigidez y fragilidad del cartílago	—
Ultraprocesados y déficit de fibra	Aperitivos, precocinados, emulsionantes y aditivos	Disbiosis, ↓ butirato, ↑ permeabilidad intestinal, endotoxemia metabólica	↑ LPS → TLR4/CD14 → citocinas; activación directa de la microglía y del nociceptor	4
Componentes antiinflamatorios y prorrresolución				
EPA y DHA (omega-3 marinos)	Pescado azul; suplementos de 1-2 g/día	Sustrato de los mediadores especializados prorrresolución; competencia con el ácido araquidónico	↑ Resolvinas (RvE1, RvD1) y 17-HDHA; ↓ PGE2; bloqueo de la potenciación sináptica inducida por TNF- α	1, 8
Fibra fermentable y polifenoles	Verduras, legumbres, fruta entera, cereales integrales, aceite de oliva virgen extra	↑ Butirato e integridad de la barrera intestinal; efecto antioxidante (Nrf2) e inhibición de NF- κ B	↓ LPS circulante; ↓ IL-6 y PCR	4
Restricción energética y pérdida ponderal del 5-10 %	Dieta hipocalórica, preferiblemente combinada con ejercicio	↓ Masa adiposa y activación glial	↓ IL-6 y leptina; ↓ dolor y carga articular	3, 7

AGE: productos finales de glicación avanzada. DHA: ácido docosahexaenoico. EPA: ácido eicosapentaenoico. 17-HDHA: ácido 17-hidroxidocosahexaenoico. IL: interleucina. LPS: lipopolisacárido. LTB4: leucotrieno B4. PCR: proteína C reactiva. PGE2: prostaglandina E2. RAGE: receptor de los AGE. TLR4: receptor tipo Toll 4. TNF- α : factor de necrosis tumoral α . Las flechas indican aumento (↑) o descenso (↓). Ref.: número de la referencia bibliográfica correspondiente.

CONCLUSIONES

1. La inflamación es el mecanismo común que conecta alimentación y dolor: las citocinas de origen adiposo o intestinal sensibilizan el nociceptor y la glía igual que las de origen lesional.
2. La dieta occidental (exceso energético, grasas saturadas y omega-6, azúcares libres, AGE y ultra-procesados) mantiene una metainflamación y una endotoxemia metabólica que “ceban” el sistema nociceptivo y prolongan la hipersensibilidad tras una lesión.
3. La evidencia experimental, epidemiológica y de ensayos clínicos es coherente: reducir el potencial inflamatorio de la dieta disminuye la IL-6 y la intensidad del dolor con un efecto clínicamente relevante.
4. Para el anestesiólogo, el estado inflamatorio de origen dietético condiciona la eficacia analgésica y el riesgo de cronificación; la prehabilitación nutricional y la prescripción dietética en la unidad del dolor son intervenciones de bajo coste y riesgo que merecen integrarse en la analgesia multimodal.

FINANCIACIÓN Y CONFLICTOS DE INTERESES

La ponencia no ha contado con becas ni ayudas. El autor declara no tener conflictos de intereses en relación con su contenido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ji RR, Nackley A, Huh Y, Terrando N, Maixner W. Neuroinflammation and central sensitization in chronic and widespread pain. *Anesthesiology*. 2018;129(2):343-66. DOI: 10.1097/ALN.0000000000002130.
2. Hotamisligil GS. Inflammation, metaflammation and immunometabolic disorders. *Nature*. 2017;542(7640):177-85. DOI: 10.1038/nature21363.
3. Nijs J, Elma Ö, Yilmaz ST, Mullie P, Vanderweeën L, Clarys P, et al. Nutritional neurobiology and central nervous system sensitization: missing link in a comprehensive treatment for chronic pain? *Br J Anaesth*. 2019;123(5):539-43. DOI: 10.1016/j.bja.2019.07.016.
4. Cani PD, Amar J, Iglesias MA, Poggi M, Knauf C, Bastelica D, et al. Metabolic endotoxemia initiates obesity and insulin resistance. *Diabetes*. 2007;56(7):1761-72. DOI: 10.2337/db06-1491.
5. Carballo-Casla A, García-Esquinas E, Lopez-Garcia E, Donat-Vargas C, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, et al. The inflammatory potential of diet and pain incidence: a cohort study in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2023;78(2):267-76. DOI: 10.1093/gerona/glac103.
6. Totsch SK, Waite ME, Tomkovich A, Quinn TL, Gower BA, Sorge RE. Total Western Diet alters mechanical and thermal sensitivity and prolongs hypersensitivity following complete Freund's adjuvant in mice. *J Pain*. 2016;17(1):119-25. DOI: 10.1016/j.jpain.2015.10.006.
7. Messier SP, Mihalko SL, Legault C, Miller GD, Nicklas BJ, DeVita P, et al. Effects of intensive diet and exercise on knee joint loads, inflammation, and clinical outcomes among overweight and obese adults with knee osteoarthritis: the IDEA randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310(12):1263-73. DOI: 10.1001/jama.2013.277669.
8. Ramsden CE, Zamora D, Faurot KR, MacIntosh B, Horowitz M, Keyes GS, et al. Dietary alteration of n-3 and n-6 fatty acids for headache reduction in adults with migraine: randomized controlled trial. *BMJ*. 2021;374:n1448. DOI: 10.1136/bmj.n1448.
9. Field R, Pourkazemi F, Turton J, Rooney K. Dietary interventions are beneficial for patients with chronic pain: a systematic review with meta-analysis. *Pain Med*. 2021;22(3):694-714. DOI: 10.1093/pm/pnaa378.
10. Bugada D, Lavand'homme P, Ambrosoli AL, Cappelleri G, Saccani Jotti GM, Meschi T, et al. Effect of preoperative inflammatory status and comorbidities on pain resolution and persistent postsurgical pain after inguinal hernia repair. *Mediators Inflamm*. 2016;2016:5830347. DOI: 10.1155/2016/5830347.



¿PUEDE LA AUTOCOMPASIÓN MEJORAR EL ABORDAJE DEL DOLOR CRÓNICO?

Gema T. Ruiz Párraga¹, Marina Solano¹, Carmen Ramírez-Maestre^{1,2}, Lydia Gómez-Pérez^{1,2}, Rocío Martín Valero³, María del Carmen Rodríguez Martínez³, Henar González Gómez⁴ y Rocío Mora Jiménez⁵

¹Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Málaga. ²Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). ³Departamento de Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Universidad de Málaga. ⁴Centro de Salud Carihuela. Distrito Sanitario Costa del Sol. SAS, Málaga. ⁵Centro de Salud Huelín. Distrito Sanitario Málaga. SAS, Málaga

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es una de las condiciones más complejas y desafiantes de la medicina moderna. Según el informe global realizado recientemente¹, que integra 52 países, la prevalencia general ponderada del dolor, estandarizada por edad y sexo en todos los países, era del 27,5 % (dato que corresponde a países como España). Las mujeres, las personas mayores y los residentes rurales tenían significativamente más probabilidades de informar de dolor. Estos datos han sido respaldados por el último Barómetro del Dolor realizado en España, que revela una alta prevalencia en nuestro país, que afecta a un 26 % de la población adulta, lo que supone más de 9 millones de personas. Sin duda, el dolor crónico constituye uno de los problemas de salud más prevalentes y discapacitantes en nuestra sociedad. Lejos de ser una experiencia puramente sensorial, el dolor persistente se entiende hoy como un fenómeno biopsicosocial en el que interactúan factores fisiológicos, emocionales, cognitivos y sociales. Así, no se trata tanto de “curar” el dolor como de intentar recuperar la funcionalidad, la calidad de vida y la autogestión de la persona con dolor. En este marco, la investigación ha demostrado reiteradamente que variables psicológicas como el catastrofismo, la evitación por miedo o la baja autoeficacia influyen de manera determinante en la adaptación al dolor y en la discapacidad asociada. Y aunque durante décadas el foco terapéutico ha priorizado la reducción de factores de vulnerabilidad, en los últimos años se está poniendo especial atención al cultivo de recursos psicológicos positivos que puedan favorecer la resiliencia, es decir, aquellos factores que puedan facilitar una adaptación flexible al reto que supone vivir con dolor crónico. De hecho, tal y como recogen Ong y cols.², teóricamente ha quedado demostrado los potenciales beneficios que pueden llegar a tener las intervenciones de psicología positiva en el manejo del dolor crónico. Los efectos de estas intervenciones no solo redundarían en una mejora de variables positivas-adaptativas (estado emocional positivo y motivacional, regulación emocional, afrontamiento y funcionamiento adaptativo del paciente, etc.) sino que también podrían reducir variables desadaptativas (miedo, ansiedad, catastrofismo, afecto negativo).

En este contexto, en jornadas anteriores se presentó la propuesta e-MOTIDOLOR—e-intervención motivacional bimodal para potenciar factores resilientes en pacientes con dolor crónico—. Debido al creciente interés, a los últimos hallazgos y a la recomendación de expertos internacionales, se ha incluido un nuevo recurso resiliente: la autocompasión, que se postula como uno de los factores resilientes con mayor potencial terapéutico.

¿QUÉ ES LA AUTOCOMPASIÓN?

El concepto de autocompasión fue formulado por Neff³ como una actitud saludable hacia uno mismo, articulada en tres componentes: la bondad hacia uno mismo frente al juicio y la autocrítica excesiva, la humanidad compartida (el reconocimiento de que el sufrimiento forma parte de la experiencia humana común), y

la atención plena o *mindfulness* (la toma de conciencia equilibrada del propio sufrimiento, sin reprimirlo ni sobrerreactivarlo). La autocompasión no implica lástima, resignación ni indulgencia; supone, por el contrario, una postura activa de cuidado y motivación hacia el propio bienestar ante la dificultad.

La autocompasión se diferencia de conceptos afines como la autoestima en que no depende de evaluaciones comparativas con los demás ni del éxito personal, sino que se activa precisamente en momentos de sufrimiento o fracaso. Esta cualidad la hace especialmente relevante en el contexto del dolor crónico, donde las personas se enfrentan a limitaciones, pérdidas y frustraciones recurrentes que pueden erosionar la imagen personal y favorecer patrones de autocrítica, vergüenza y aislamiento.

¿POR QUÉ SERÍA IMPORTANTE LA AUTOCOMPASIÓN EN PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO?

Las personas con dolor crónico experimentan con frecuencia lo que se ha denominado sufrimiento secundario: la angustia emocional derivada no solo del dolor físico, sino de la interpretación catastrófica de este, la culpa por no poder cumplir con las expectativas, la sensación de carga para los demás, y el deterioro de la identidad personal. En este contexto, la autocrítica y la desconexión social pueden intensificar el sufrimiento y perpetuar el ciclo de dolor-discapacidad.

La autocompasión puede actuar como un amortiguador de estos procesos. Al fomentar una actitud de bondad y aceptación hacia el propio sufrimiento, puede reducir la reactividad emocional, el catastrofismo y la rumiación, y favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas. Además, al conectar al individuo con la experiencia compartida del sufrimiento humano, puede contrarrestar el aislamiento social que tan frecuentemente acompaña al dolor crónico.

EVIDENCIA QUE VINCULA LA AUTOCOMPASIÓN CON UN BUEN AJUSTE AL DOLOR CRÓNICO

Diversos estudios transversales y longitudinales han examinado la relación entre autocompasión y resultados en dolor crónico. Wren y cols.⁴ evaluaron a 88 pacientes con dolor musculoesquelético persistente y encontraron que, tras controlar variables sociodemográficas, la autocompasión era un predictor significativo de menor afecto negativo, mayor afecto positivo, menor catastrofismo y menor discapacidad por dolor. Cabe destacar que la autocompasión no se asoció con la intensidad o desagrado del dolor en sí, sino con la adaptación psicológica al mismo.

En un estudio prospectivo con 872 personas con dolor crónico, Emmerich y cols.⁵ hallaron que la autocompasión predecía el catastrofismo y la ansiedad relacionada con el dolor, aunque la evitación mostró mayor valor predictivo para la discapacidad y la depresión. Estos resultados sugieren que la autocompasión contribuye específicamente a la regulación de la respuesta emocional y cognitiva al dolor, aunque no es el único factor relevante.

Por su parte, Mistretta y cols.⁶ investigaron los mecanismos que vinculan la autocompasión con la discapacidad por dolor en 188 adultos con dolor crónico. Encontraron que la autoeficacia en salud mediaba la relación entre autocompasión y menor discapacidad: las personas con mayor autocompasión mostraban mayor confianza en su capacidad para manejar su salud, lo que se asociaba con menos discapacidad.

Más recientemente, Karakuş y cols.⁷ compararon a 80 pacientes con fibromialgia con 80 controles sanos y encontraron que los pacientes mostraban niveles significativamente menores de autocompasión y mayor uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas. La autocompasión surgió como predictor significativo de depresión y ansiedad, con la resiliencia actuando como mediadora.



RESÚMENES DE PONENCIAS

Además, Anderson y cols.⁸ investigaron en 519 pacientes las asociaciones entre estigma, autocompasión y resultados del dolor durante un tratamiento interdisciplinar basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Los resultados mostraron que la autocompasión mejoró significativamente durante el tratamiento y que los cambios en autocompasión se asociaron con mejoras en los resultados clínicos, incluidos la interferencia del dolor y los síntomas depresivos. No obstante, cuando se controlaron las variables de flexibilidad psicológica, la autocompasión perdió peso explicativo, mientras que el estigma siguió siendo significativo, lo que sugiere que la autocompasión opera en parte a través de procesos de flexibilidad psicológica. Estos hallazgos apuntan a que la autocompasión no es solo un recurso estático del paciente, sino una variable modificable durante la intervención terapéutica.

La revisión sistemática de Lanzaro y cols.⁹, que incluyó nueve estudios observacionales con 1430 participantes, examinó las asociaciones entre autocompasión y ocho variables relacionadas con el dolor: intensidad, aceptación, catastrofismo, autoeficacia, discapacidad, malestar, afrontamiento y ansiedad. Aunque los autores señalaron que la heterogeneidad y la limitada calidad metodológica impidieron conclusiones definitivas, los hallazgos indicaron de manera consistente que mayores niveles de autocompasión se asociaban con mejor ajuste psicológico al dolor crónico. Asimismo, señalaron que la autocompasión podría estar relacionada con procesos fisiológicos de regulación del dolor, como la variabilidad de la frecuencia cardíaca y los sistemas de oxitocina y endorfinas, lo que abre una vía de investigación neurobiológica prometedora.

EVIDENCIA TERAPÉUTICA EMERGENTE EN ENSAYOS CONTROLADOS

La evidencia de intervención, aunque aún limitada, muestra resultados prometedores. Carson y cols.¹⁰ realizaron un ensayo piloto con 43 pacientes con dolor lumbar crónico asignados aleatoriamente a un programa de meditación de bondad amorosa de 8 semanas o a cuidado habitual. El grupo de intervención mostró mejoras significativas en intensidad de dolor, angustia psicológica y hostilidad, y el análisis diario reveló que la práctica de bondad amorosa en un día determinado se asociaba con menor dolor ese día y menor ira al día siguiente.

Más recientemente, Torrijos-Zarcero y cols.¹¹ llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado con 123 pacientes con dolor crónico, comparando un programa de autocompasión (PAC) con la terapia cognitivo-conductual (TCC) durante 8 semanas. El grupo PAC mostró mayor eficacia que la TCC en el aumento de autocompasión, así como en la aceptación del dolor, la reducción de la interferencia del dolor y la disminución de la ansiedad. Como señaló McCracken en su comentario a este estudio, estos resultados sugieren que la autocompasión puede ser un objetivo terapéutico relevante en el dolor crónico, aunque enfatizó la necesidad de avanzar hacia terapias basadas en procesos más que en tipos de terapia.

La revisión sistemática de Kılıç y cols.¹², que incluyó 15 estudios con 1190 participantes con condiciones físicas crónicas, encontró que casi todas las terapias basadas en la compasión aumentaron significativamente la autocompasión con tamaños de efecto medios a grandes, y mejoraron otros resultados como la reducción de la depresión.

Carvalho y cols.¹³ pilotaron un programa denominado COMP.ACT —ACT compasiva— en mujeres con dolor crónico, comparándolo con ACT estándar. Aunque los resultados fueron preliminares debido al pequeño tamaño muestral, el programa que integraba ejercicios explícitos de autocompasión mostró mayores mejoras en depresión y ansiedad.

Por último, en el ámbito del dolor lumbar, Zheng y cols.¹⁴ han realizado un ensayo controlado aleatorizado con pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico, comparando la terapia de autocompasión combinada

con ejercicio de estabilidad frente al ejercicio solo. Tras 52 semanas de seguimiento, el grupo combinado mostró significativamente menor discapacidad e intensidad de dolor que el grupo de ejercicio solo, con una diferencia media de -3,36 puntos en el cuestionario de discapacidad de Roland-Morris.

IMPLICACIONES CLÍNICAS

La evidencia revisada sugiere varias implicaciones para la práctica clínica con pacientes con dolor crónico. En primer lugar, la autocompasión no debe entenderse como un sustituto de los tratamientos médicos o psicológicos establecidos, sino como un componente complementario que puede integrarse en abordajes multidisciplinares. Su valor reside no tanto en la reducción directa de la intensidad del dolor, sino en la mejora del ajuste psicológico, la regulación emocional y la reducción del sufrimiento secundario.

En segundo lugar, la autocompasión puede integrarse en marcos terapéuticos ya consolidados como la TCC, la ACT o los programas basados en *mindfulness*. La evidencia muestra que incluir ejercicios explícitos de autocompasión puede potenciar los resultados en variables emocionales como la ansiedad y la depresión.

En tercer lugar, la autocompasión conecta directamente con el concepto de resiliencia. Los hallazgos de Karakuş y cols.⁷ en fibromialgia muestran que la resiliencia media la relación entre autocompasión y síntomas depresivos, lo que apoya la pertinencia de cultivar la autocompasión como factor resiliente. Esta perspectiva resulta especialmente relevante en proyectos como e-MOTIDOLOR, que tiene como objetivo potenciar factores resilientes —entre ellos la autocompasión y la gratitud— en pacientes con dolor crónico mediante un abordaje motivacional bimodal.

CONCLUSIÓN

A la luz de la evidencia científica revisada, sin duda, la respuesta a la pregunta que orienta esta ponencia es afirmativa: la autocompasión puede mejorar el abordaje de los pacientes con dolor crónico. Los estudios observacionales muestran asociaciones consistentes entre mayores niveles de autocompasión y menor catastrofismo, menor discapacidad, menor afecto negativo y mayor autoeficacia. Los ensayos de intervención, aunque aún limitados en número y calidad metodológica, muestran que las intervenciones basadas en la compasión aumentan la autocompasión y variables de ajuste al dolor con tamaños de efecto medios a grandes. Es decir, parece que aquellas intervenciones que incorporan la autocompasión ofrecen mejores resultados que las intervenciones convencionales de TCC en autocompasión, aceptación del dolor, interferencia del dolor y ansiedad.

No obstante, es necesario mantener prudencia interpretativa. Como señalaron Lanzaro y cols.⁹, la heterogeneidad entre los estudios y la limitada calidad metodológica impiden conclusiones definitivas sobre la eficacia de las intervenciones basadas en compasión. Se requieren ensayos de mayor escala y rigor metodológico, con muestras homogéneas, períodos de seguimiento prolongados y medidas de resultado estandarizadas.

La autocompasión no es una panacea ni una cura para el dolor. Es, más bien, una actitud terapéutica que puede reducir el sufrimiento asociado al dolor, favorecer la adaptación psicológica y fortalecer la resiliencia. Como tal, merece un lugar en el arsenal de recursos que los profesionales del dolor ponemos al servicio de quienes sufren dolor crónico.



RESÚMENES DE PONENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Zimmer Z, Fraser K, Grol-Prokopczyk H, Zajacova A. A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. *Pain*. 2022;163(9):1740-50. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002557.
2. Ong AD, Wilcox KT, Moskowitz JT, Wethington E, Addington EL, Sanni MO, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a positive affect skills intervention for adults with fibromyalgia. *Innov Aging*. 2023;7(10):igad070. DOI: 10.1093/geroni/igad070.
3. Neff KD. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*. 2003;2(2):85-101. DOI: 10.1080/15298860309032.
4. Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fris AM, et al. Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *J Pain Symptom Manage*. 2012;43(4):759-70. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014.
5. Emmerich AC, Friehs T, Crombez G, Glombiewski JA. Self-compassion predicting pain, depression and anger in people suffering from chronic pain: a prospective study. *Eur J Pain*. 2020;24(10):1902-14. DOI: 10.1002/ejp.1638.
6. Mistretta EG, Davis MC, Bartsch EM, Olah MS. Self-compassion and pain disability in adults with chronic pain: the mediating role of future self-identification and self-efficacy. *J Health Psychol*. 2023;28(11):1044-56. DOI: 10.1177/13591053231167275.
7. Karakuş İH, Erdoğan Akça E, Duruöz MT, Sayar K. Self-compassion, emotion regulation, and resilience as predictors of psychological well-being in fibromyalgia patients: a cross-sectional study. *Rheumatol Int*. 2025;45(7):153. DOI: 10.1007/s00296-025-05905-4.
8. Anderson M, McCracken LM, Scott W. An investigation of the associations between stigma, self-compassion, and pain outcomes during treatment based on acceptance and commitment therapy for chronic pain. *Front Psychol*. 2024;15:1322723. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1322723.
9. Lanzaro C, Carvalho SA, Lapa TA, Valentim A, Gago B. A systematic review of self-compassion in chronic pain: from correlation to efficacy. *Span J Psychol*. 2021;24:e26. DOI: 10.1017/SJP.2021.22.
10. Carson JW, Keefe FJ, Lynch TR, Carson KM, Goli V, Fris AM, et al. Loving-kindness meditation for chronic low back pain: results from a pilot trial. *J Holist Nurs*. 2005;23(3):287-304. DOI: 10.1177/0898010105277651.
11. Torrijos-Zarcero M, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Del Río-Diéguez M, López-Álvarez I, Rocamora-González C, et al. Mindful self-compassion program for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Eur J Pain*. 2021;25(4):930-44. DOI: 10.1002/ejp.1734.
12. Kılıç A, Hudson J, McCracken LM, Ruparel R, Fawson S, Hughes LD. A systematic review of the effectiveness of self-compassion-related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behav Ther*. 2021;52(3):607-25. DOI: 10.1016/j.beth.2020.08.001.
13. Carvalho SA, Gillanders D, Forte T, Trindade IA, Pinto-Gouveia J, Lapa T, et al. Self-compassion in acceptance and commitment therapy for chronic pain: a pilot study. *Scand J Pain*. 2022;22(3):631-8. DOI: 10.1515/sjpain-2021-0214.
14. Zheng F, Liu S, Yin Q, Zheng Y, Yang J, Huang H, et al. Long-term impact of self-compassion training with core stability exercise on patients with nonspecific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res*. 2024;181:111678. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2024.111678.

ABORDANDO EL DOLOR CRÓNICO CUANDO SE ASOCIA CON ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Elena R. Serrano-Ibáñez

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma en Nanomedicina (IBIMA Plataforma BIONAND), Málaga

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son condiciones altamente incapacitantes que con frecuencia aparecen de forma comórbida. Esta coexistencia se ha asociado con mayor gravedad sintomática, mayor interferencia funcional y peor respuesta terapéutica, en comparación con la presencia aislada de cualquiera de ambas condiciones^{1,2}. La relación entre dolor crónico y TEPT no es homogénea entre todas las personas, sino que parece depender de múltiples factores, entre ellos el tipo de experiencia traumática que se haya vivido (siendo más impactante la de tipo interpersonal durante la infancia o adolescencia) o las características del dolor (con las condiciones primarias más asociadas a TEPT que las secundarias)^{1,3}. Todo lo cual dará lugar a diferentes perfiles sintomáticos de TEPT y dolor crónico.

Desde una perspectiva biopsicosocial, el TEPT podría contribuir al mantenimiento del dolor crónico a través de alteraciones en el procesamiento del dolor, mayor hipervigilancia corporal, evitación conductual y aumento de la reactividad emocional^{2,4}. A su vez, el dolor persistente puede actuar como recordatorio del trauma, incrementar la activación fisiológica y favorecer estrategias de evitación, generando un ciclo de mantenimiento mutuo entre ambas condiciones^{2,4}. Esta interacción resulta especialmente relevante en problemas de dolor crónico relacionados con sensibilización central, en los que existe una amplificación del procesamiento nociceptivo y una mayor carga de síntomas físicos, emocionales y cognitivos^{3,5}.

La evidencia reciente sugiere que el dolor crónico y el TEPT comparten mecanismos transdiagnósticos que podrían explicar su elevada comorbilidad. Entre ellos destacan la sensibilidad a la ansiedad, la evitación experiencial y conductual, el catastrofismo, la desregulación emocional, la intolerancia al malestar y los síntomas depresivos¹. Una revisión sistemática y metanálisis reciente encontró evidencia preliminar de que el catastrofismo del dolor y la depresión pueden mediar la relación entre TEPT y dolor crónico, aunque los autores señalan que la mayoría de los estudios disponibles son transversales y de calidad metodológica limitada¹.

ABORDAJE DE LA COMORBILIDAD

A pesar del creciente interés por la relación entre dolor crónico y TEPT, el abordaje terapéutico de esta comorbilidad sigue estando poco establecido. En las condiciones de dolor crónico relacionadas con sensibilización central, las intervenciones médicas dirigidas principalmente a estructuras periféricas, como antiinflamatorios, opioides o cirugía, suelen mostrar una utilidad limitada cuando no se abordan los mecanismos centrales, emocionales y conductuales implicados en el mantenimiento del dolor^{3,5}. La sensibilización central se asocia con cambios en el procesamiento del dolor, mayor complejidad clínica y peor respuesta terapéutica, lo que apoya la necesidad de tratamientos que vayan más allá de una aproximación exclusivamente biomédica^{3,5}.

La evidencia disponible sobre intervenciones psicológicas y no farmacológicas para personas con dolor crónico y síntomas de TEPT muestra resultados prometedores, pero todavía limitados. Una revisión siste-



RESÚMENES DE PONENCIAS

mática y metanálisis sobre intervenciones psicológicas encontró que estas pueden reducir los síntomas postraumáticos, aunque los efectos sobre la intensidad e interferencia del dolor fueron más pequeños o no significativos⁶. De forma similar, un metanálisis reciente de intervenciones no farmacológicas para dolor crónico y TEPT comórbidos concluyó que los tratamientos centrados en el trauma fueron los únicos que mostraron beneficios simultáneos sobre los síntomas de TEPT y la intensidad del dolor, aunque la calidad global de la evidencia fue baja y la mayoría de los estudios presentaban limitaciones metodológicas⁷.

Estos resultados sugieren que, cuando el dolor crónico y el TEPT coexisten, las intervenciones deberían incluir al menos un componente específico centrado en el trauma. Tratar únicamente el dolor, sin abordar los recuerdos traumáticos, la hipervigilancia, la evitación o la amenaza percibida, podría limitar la eficacia del tratamiento. Del mismo modo, intervenir solo sobre el TEPT sin considerar el dolor persistente y la sensibilización central puede resultar insuficiente en pacientes con elevada interferencia física y funcional. Por ello, se ha propuesto avanzar hacia tratamientos integrados que combinen estrategias dirigidas al trauma con componentes de manejo del dolor, regulación emocional, exposición gradual, reducción de la evitación y mejora del funcionamiento diario^{4,7}.

La heterogeneidad clínica de ambas condiciones también puede explicar por qué los efectos de los tratamientos grupales suelen ser modestos. Las personas con dolor crónico relacionado con sensibilización central presentan perfiles muy diversos de síntomas físicos, emocionales y cognitivos, y el TEPT también puede expresarse mediante diferentes combinaciones de reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas y emocionales e hiperactivación^{2,3}. En este contexto, un mismo protocolo terapéutico puede ser eficaz para algunas personas, pero no para otras. Por tanto, parece necesario adoptar un enfoque más individualizado y basado en mecanismos, que permita identificar qué procesos mantienen la comorbilidad en cada caso.

Desde esta perspectiva, los modelos transdiagnósticos pueden resultar especialmente útiles, ya que permiten intervenir sobre procesos compartidos entre dolor crónico y TEPT, como la sensibilidad a la ansiedad, el catastrofismo, la evitación experiencial y conductual, la desregulación emocional, la intolerancia al malestar y los síntomas depresivos¹. Intervenir sobre estos mecanismos comunes podría mejorar los resultados clínicos y evitar tratamientos fragmentados centrados en diagnósticos aislados. Además, para avanzar hacia una atención más personalizada, los diseños de caso único y las aproximaciones basadas en procesos podrían ser especialmente útiles, ya que permiten analizar tanto la variabilidad intraindividual, es decir, cómo cambian los síntomas y mecanismos en una misma persona a lo largo del tiempo, como la variabilidad interindividual, habitualmente estudiada mediante ensayos clínicos grupales^{8,9}.

CONCLUSIONES

La comorbilidad entre dolor crónico y TEPT representa un perfil clínico complejo, caracterizado por mecanismos compartidos de sensibilización, amenaza, evitación, catastrofismo y desregulación emocional. La evidencia actual sugiere que los tratamientos deberían incluir componentes específicos centrados en el trauma, junto con estrategias dirigidas al manejo del dolor, la regulación emocional, la exposición gradual, la reducción de la evitación y la mejora del funcionamiento diario. No obstante, se requieren estudios más rigurosos, longitudinales y centrados en mecanismos de cambio para determinar qué tratamientos funcionan mejor, para quién y en qué condiciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ravyts SG, Hall R, Vandine D, Woods O, Harris R, Dudeney J, et al. PTSD and chronic pain: a systematic review and meta-analysis of mediation studies. *J Pain*. 2026;38:105589. DOI: 10.1016/j.jpain.2025.105589.
2. Murphy JL, Driscoll MA, Odom AS, Hadlandsmyth K. Posttraumatic stress disorder and chronic pain. *PTSD Research Quarterly*. 2022;33(2):1-10.
3. Nijs J, George SZ, Clauw DJ, Fernández-de-las-Peñas C, Kosek E, Ickmans K, et al. Central sensitisation in chronic pain conditions: latest discoveries and their potential for precision medicine. *Lancet Rheumatol*. 2021;3(5):e383-92. DOI: 10.1016/S2665-9913(21)00032-1.
4. Cho S, Heiby EM, McCracken LM, Moon DE, Lee JH. Daily functioning in chronic pain: study of structural relations with posttraumatic stress disorder symptoms, pain intensity, and pain avoidance. *Korean J Pain*. 2011;24(1):13-21. DOI: 10.3344/kjp.2011.24.1.13.
5. Volcheck MM, Graham SM, Fleming KC, Mohabbat AB, Luedtke CA. Central sensitization, chronic pain, and other symptoms: better understanding, better management. *Cleve Clin J Med*. 2023;90(4):245-54. DOI: 10.3949/cc-jm.90a.22019.
6. Goldstein E, McDonnell C, Atchley R, Dorado K, Bedford C, Brown RL, et al. The impact of psychological interventions on posttraumatic stress disorder and pain symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Clin J Pain*. 2019;35(8):703-12. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000730.
7. O'Donnell ML, Arjmand HA, Lumley MA, Seal K, Mani R, Sterling M, et al. Systematic review and meta-analyses of nonpharmacological interventions for co-occurring chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain*. 2026;167(4):756-66. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000003880.
8. Hofmann VE, Glombiewski JA, Kininger F, Scholten S. How to personalise cognitive-behavioural therapy for chronic primary pain using network analysis: study protocol for a single-case experimental design with multiple baselines. *BMJ Open*. 2024;14(12):e089319. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-089319.
9. Lavefjord A, Sundström FTA, Buhrman M, McCracken LM. Assessment methods in single case design studies of psychological treatments for chronic pain: a scoping review. *J Contextual Behav Sci*. 2021;21:121-35. DOI: 10.1016/j.jcbs.2021.05.005.



DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. DEL SÍNTOMA AL SÍNDROME. UN ABORDAJE INTEGRAL

María Isabel Valdivia Jiménez

Responsable de la Unidad de Suelo Pélvico y Dolor Pélvico Crónico. FEA de Ginecología y Obstetricia. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla, España

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico constituye un importante problema de salud pública y debe entenderse como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular real o potencial. Su naturaleza es multidimensional y en ella intervienen factores biológicos, emocionales, cognitivos y sociales, por lo que la intensidad del dolor no siempre se correlaciona con la existencia de una lesión objetivable. Desde el punto de vista fisiopatológico se distinguen tres mecanismos. El dolor nociceptivo se produce por activación de los nociceptores ante estímulos que indican daño o amenaza tisular y puede ser somático o visceral. El dolor neuropático deriva de una lesión o enfermedad del sistema somatosensorial y suele manifestarse como quemazón, dolor punzante, lancinante o descargas eléctricas. El dolor nociplástico se relaciona con una alteración del procesamiento de la nocicepción sin evidencia suficiente de lesión tisular o del sistema somatosensorial que explique el dolor.

En la evaluación clínica deben reconocerse fenómenos como la alodinia, el dolor provocado por estímulos normalmente no dolorosos; la hiperestesia, aumento general de la sensibilidad; la hiperalgesia, respuesta exagerada ante estímulos dolorosos; y la parestesia y disestesia, caracterizadas por sensaciones anormales que pueden resultar desagradables o dolorosas. La sensibilización puede ser periférica o central y favorece la persistencia y amplificación del dolor.

DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: DEFINICIÓN E IMPACTO

El dolor pélvico crónico (DPC) es una entidad compleja y multifactorial. El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) lo describe como dolor percibido en órganos o estructuras pélvicas, habitualmente durante al menos seis meses, asociado a consecuencias conductuales, cognitivas, emocionales y sexuales y que puede coexistir con disfunciones urinarias, ginecológicas, sexuales, intestinales, miofasciales o del suelo pélvico. La European Association of Urology (EAU) lo considera un dolor crónico o persistente localizado en estructuras relacionadas con la pelvis, acompañado igualmente de repercusión cognitiva, conductual, sexual y emocional y de posibles disfunciones multiorgánicas.

Puede presentarse como dolor asociado a una enfermedad específica, como endometriosis o adenomiosis, o como síndrome de dolor pélvico crónico, cuando no existe una lesión orgánica que explique adecuadamente los síntomas y el propio dolor se convierte en el proceso patológico, favorecido por la plasticidad neuronal y la sensibilización.

Su prevalencia mundial es variable, estimándose entre el 4 % y el 26,6 % en mujeres con dolor pélvico no cíclico de al menos seis meses. Tiene un importante impacto asistencial y entre el 25 % y el 50 % de las pacientes presentan más de un diagnóstico concurrente. Puede asociarse a endometriosis, síndrome de intestino irritable, cistitis intersticial, fatiga crónica, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y antecedentes de trauma. Además, una proporción elevada presenta disfunción musculoesquelética.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA Y SENSIBILIZACIÓN

La clasificación de la International Continence Society (ICS) organiza el DPC en diferentes dominios: tracto urinario inferior, aparato genital femenino y masculino, aparato digestivo, sistema musculoesquelético, sistema neurológico, esfera sexual y comorbilidades (Tabla I). Este enfoque permite superar una visión exclusivamente ginecológica y reconocer la naturaleza multidimensional del dolor.

Tabla I. Clasificación del dolor pélvico crónico según los dominios de la International Continence Society (ICS, 2017).

Dominio	Síndrome o enfermedad asociada	Síntomas clínicos principales
Tracto urinario inferior	- Síndrome de dolor vesical - Cistitis intersticial - Dolor uretral	Frecuencia miccional diurna elevada, urgencia miccional, hipersensibilidad, dolor o sensación de presión con llenado o vaciado vesical, disuria, vaciado incompleto
Aparato genital femenino	- Congestión pélvica - Dismenorrea - Dispareunia profunda/superficial	Dolor percibido en la pelvis, órganos pélvicos, vagina o genitales externos (vulvar, vaginal, perineal, uterino, tubárico u ovárico), sangrado irregular, ardor, picor, escozor o dolor de tipo punzante
Aparato genital masculino	- Síndrome de dolor prostático - Dolor testicular / epididimario - Dolor escrotal o peneano	Disfunción miccional, disuria, dolor con la micción, sensación de vaciado incompleto, aumento de frecuencia, urgencia miccional, flujo disminuido, disfunción sexual y dispareunia
Aparato digestivo	- Síndrome de dolor colorrectal / rectal - Dolor anorrectal	Dolor abdominal o rectal, sensación de presión rectal, estreñimiento, defecación obstructiva, diarrea, dolor o sangrado con la defecación
Musculoesquelético	- Síndrome de dolor miofascial pélvico - Síndrome de dolor coccígeo - Dolor articular / ligamentario pélvico	Dolor abdominal y/o pélvico, dolor característico al sentarse, dolor exacerbado con el movimiento y cambios de posición, dolor asociado a la micción, defecación o relaciones sexuales
Neurológico	- Dolor neuropático somático - Síndrome de dolor regional complejo	Dolor de tipo punzante, sensación de descarga eléctrica espontánea, parestesias, hormigueo o disestesias sobre dermatomas pélvicos/perineales
Sexual	- Disfunción sexual asociada a DPC	Bajo deseo sexual, incapacidad o dificultad grave para la excitación, dolor coital (dispareunia de penetración), dificultad para alcanzar el orgasmo
Comorbilidades	- Síndrome de fatiga crónica - Síndrome de intolerancia química múltiple - Enfermedades autoinmunes	Alergias sistémicas recurrentes, dolor musculoesquelético difuso, trastornos graves del sueño y del estado de ánimo

La herramienta Convergences Pelvic Pain facilita la identificación de sensibilización pélvica y central, especialmente cuando la intensidad o extensión de los síntomas resulta desproporcionada respecto a la exploración o a las pruebas complementarias. Evalúa manifestaciones urinarias, digestivas, genitosexuales, cutaneomucosas y musculares, además de determinadas comorbilidades (Tabla II). Una puntuación igual o superior a cinco ítems orienta hacia sensibilización pélvica y central y debe modificar la estrategia tera-



RESÚMENES DE PONENCIAS

péutica, priorizando intervenciones dirigidas a modular el sistema nervioso frente a tratamientos locales o quirúrgicos agresivos.

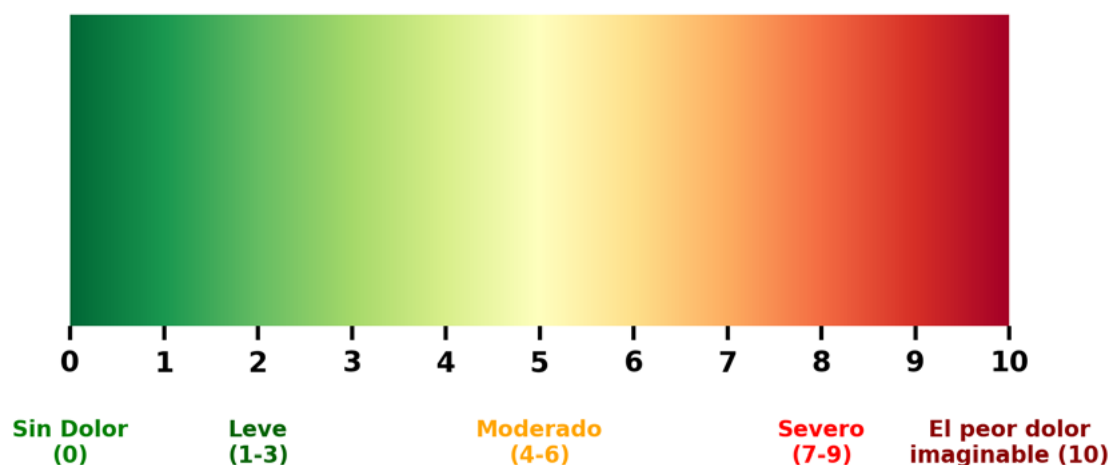
Tabla II. Criterios clínicos de sensibilización pélvica y central
(*Convergences Pelvic Pain, Aix-en-Provence, 2016*).

Esfera de evaluación	Criterios clínicos e ítems evaluados
Esfera urinaria	1. Dolores pélvicos influidos por el llenado vesical y la micción 2. Dolor persistente o exacerbado tras realizar la micción
Esfera digestiva	3. Dolores pélvicos influidos por el llenado y vaciado rectal (tanto de contenido sólido como por gas). 4. Dolor persistente o exacerbado tras realizar la defecación
Esfera genitosexual	5. Dolores pélvicos o perineales influidos por la actividad sexual 6. Dolor persistente o exacerbado tras finalizar la actividad sexual (dispareunia tardía)
Esfera cutaneomucosa	7. Alodinia pelvipereineal (manifestada por intolerancia al uso de tampones o al roce de ropa ajustada)
Esfera muscular	8. Presencia de puntos gatillo pélvicos activos a la palpación (músculos piriforme, obturadores internos y elevadores del ano)
Variabilidad y topografía	9. Variación de la intensidad dolorosa (evolución característica por periodos, en dientes de sierra) y/o migración de la topografía dolorosa
Comorbilidades sistémicas	10. Presencia de migraña, cefalea tensional, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, trastorno de estrés postraumático, síndrome de piernas inquietas, SADAM o intolerancia química múltiple
Criterio diagnóstico	* La presencia de 5 o más ítems de los 10 evaluados es altamente sugestiva de la existencia de sensibilización pélvica y central de la paciente, con la consiguiente implicación de enfocar el tratamiento a la neuromodulación

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO INTEGRAL

El diagnóstico requiere una valoración estructurada y humanizada. La anamnesis debe establecer inicio, evolución, duración, localización, irradiación y características del dolor (Figura 1), además de valorar su repercusión funcional, social, laboral y sexual. Debe realizarse un cribado sistemático de síndrome de intestino irritable, síndrome de dolor vesical/cistitis intersticial, ansiedad y depresión, y antecedentes de trauma físico, sexual o emocional. También deben investigarse antecedentes menstruales y sexuales y signos de alarma que obliguen a descartar patología oncológica o urgencias quirúrgicas (Tabla III).

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)
Evaluación de la Intensidad del Dolor Pélvico Crónico



AGE: productos finales de glicación avanzada; CCL2: quimiocina ligando 2; DHA: ácido docosaheptaenoico; EPA: ácido eicosapentaenoico; IL: interleucina; LPS: lipopolisacárido; LTB4: leucotrieno B4; NGF: factor de crecimiento nervioso; PCR: proteína C reactiva; PGE2: prostaglandina E2; RAGE: receptor de los AGE; TLR4: receptor tipo Toll 4; TNF- α : factor de necrosis tumoral α .

Figura 1. Escala visual analógica (EVA) para la evaluación de la intensidad del dolor pélvico crónico.

Tabla III. Síntomas de alarma o "banderas rojas" en la evaluación del dolor pélvico crónico.

Síntoma de alarma (bandera roja)	Descripción y relevancia clínica
Hemorragia rectal	Sospecha de patología colorrectal subyacente (enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasia). Exige colonoscopia urgente
Síntomas intestinales nuevos en mayores de 50 años	Cambios recientes en el hábito intestinal en pacientes mayores. Alta sospecha de proceso neoplásico colorrectal
Dolor de nueva aparición después de la menopausia	Excluye patología fisiológica cíclica. Altamente sospechoso de neoplasias de origen ovárico o endometrial
Masas pélvicas palpables	Evidencia de alteraciones anatómicas tumorales (anexiales o uterinas). Requiere ecografía urgente y valoración por ginecología oncológica
Ideación suicida	Manifestación de afectación grave del estado de ánimo por dolor crónico refractario. Exige derivación urgente a psiquiatría
Pérdida excesiva y no justificada de peso	Signo constitucional de alarma. Sugiere fuertemente síndrome constitucional secundario a proceso neoplásico sistémico
Sangrado vaginal irregular en mayores de 40 años	Sugiere hiperplasia endometrial o adenocarcinoma. Exige biopsia de endometrio y ecografía transvaginal
Sangrado postcoital	Asociado a lesiones cervicales neoplásicas o premalignas. Requiere realización urgente de colposcopia y citología cervical



RESÚMENES DE PONENCIAS

La exploración física debe ser ordenada y progresiva (Tabla IV). Incluye valoración de la marcha, asimetrías y columna; exploración abdominal y del psoas; búsqueda de puntos gatillo y realización del signo de Carnett, que orienta hacia dolor de pared abdominal cuando el dolor persiste o aumenta con la contracción muscular. Deben explorarse el piriforme mediante maniobras específicas, genitales externos, periné y regiones perianal e inguinal, además de realizar especuloscopia cuando sea posible. El tacto vaginal permite valorar tono y puntos gatillo del suelo pélvico y explorar el trayecto del nervio pudendo mediante el signo de Tinel y el *skin rolling test*. El tacto rectal completa la valoración del esfínter anal, ligamentos uterosacros, tabique rectovaginal y coxis.

Tabla IV. Resumen sistemático del protocolo de exploración física recomendado en mujeres con dolor pélvico crónico.

Región/fase de exploración	Evaluación clínica recomendada y maniobras específicas
General	Valoración de signos vitales, aspecto general de la paciente, estado de ánimo/emocional, y observación detallada de la marcha y la postura desde su entrada en la consulta (17, 23)
Espalda (paciente sentada)	Inspección de la curvatura de la columna vertebral, búsqueda de cicatrices o cirugías previas, y palpación de la sensibilidad en columna, sacro, coxis, articulaciones sacroilíacas y regiones paravertebrales (23)
Abdomen (decúbito supino)	Inspección de cicatrices, hernias o masas abdominales (18, 23). Palpación suave buscando alodinia, y palpación profunda para localizar puntos gatillo o dolor difuso. Realización sistemática de la maniobra del signo de Carnett (18)
Extremidades inferiores	Evaluación del rango de movimiento de las caderas (flexión, extensión, rotación interna/externa, abducción y aducción), fuerza muscular, tono, presencia de espasticidad o asimetrías pélvicas (23)
Genitales externos	Búsqueda visual de lesiones vulvares, abrasiones, ulceraciones, eritema o edema (23). Examen con hisopo de algodón sobre el vestíbulo y vulva (<i>mapping test</i>) en caso de dispareunia de penetración o sospecha de vestibulodinia (23)
Examen vaginal unidigital	Valoración selectiva de la sensibilidad, tono o presencia de puntos gatillo (“trigger points”) en los fascículos del músculo elevador del ano (pubococcígeo/puborrectal, iliococcígeo e isquiococcígeo), obturador interno y piriforme. Búsqueda del signo de Tinel presionando el trayecto del nervio pudendo en espina ciática y canal de Alcock (21, 22, 23)
Exploración bimanual (ginecológica)	Realizada de la manera más suave posible al final del examen. Valora de forma precisa el tamaño del útero, movilidad uterina, dolor a la movilización cervical, presencia de masas anexiales y sensibilidad pélvica general (16, 21, 23)
Exploración rectovaginal	Evaluación digital simultánea vaginal y rectal para palpar nódulos o sensibilidad en el tabique rectovaginal y valorar el trayecto y sensibilidad de los ligamentos uterosacros (23)
Examen con espéculo	Inspección de la mucosa vaginal y cuello uterino, buscando lesiones, úlceras o implantes de endometriosis. Si existe sospecha de vaginismo, usar espéculos pequeños (infantiles) o valvas, realizando palpación cuidadosa del cuello uterino con hisopo (20, 23)

Las pruebas complementarias deben solicitarse de forma dirigida. La ecografía transvaginal constituye la prueba de imagen inicial para valorar la anatomía pélvica. Analítica, estudios urinarios y cultivos se indican según la sospecha clínica. La RM, la TC y las técnicas endoscópicas deben reservarse para situaciones seleccionadas. La laparoscopia diagnóstica no debe realizarse de forma rutinaria, ya que puede ser normal o mostrar hallazgos incidentales sin relación causal con el dolor. La valoración psicológica especializada forma parte del abordaje integral y permite identificar catastrofismo, indefensión, discapacidad y antecedentes de abuso.

TRATAMIENTO MULTIMODAL

El tratamiento del DPC debe ser multimodal, coordinado e individualizado según los mecanismos fisiopatológicos predominantes. Los analgésicos periféricos, como paracetamol y AINE o inhibidores de la COX-2, pueden utilizarse en ciclos cortos para reagudizaciones. Los neuromoduladores constituyen una herramienta fundamental en componentes neuropáticos, nociplásticos o centrales, incluyendo gabapentina, pregabalina, amitriptilina y algunos IRSN como duloxetina o venlafaxina. Los relajantes musculares pueden emplearse en determinados síndromes miofasciales y el tratamiento hormonal tiene un papel relevante en la endometriosis y en situaciones de atrofia vulvovaginal.

La fisioterapia especializada del suelo pélvico es un pilar terapéutico e incluye tratamiento miofascial de puntos gatillo, movilización neural, tratamiento de cicatrices, terapia manual transvaginal o transrectal y reeducación neuromuscular.

Los procedimientos invasivos deben escalarse según la respuesta clínica. Pueden considerarse punción seca, infiltración de puntos gatillo o cicatrices y, en casos seleccionados, toxina botulínica. Los bloqueos nerviosos ecoguiados y determinadas técnicas de neuromodulación pueden tener utilidad diagnóstica y terapéutica. Las técnicas avanzadas, como neuromodulación medular o sacra e infusión intratecal, quedan reservadas para casos graves y refractarios. La cirugía debe limitarse a indicaciones concretas; la retirada de mallas dolorosas no garantiza la desaparición del dolor y la descompresión pudenda presenta evidencia limitada. Procedimientos históricos como LUNA, neurectomía presacra o adhesiolisis rutinaria han caído en desuso por falta de eficacia demostrada.

La terapia cognitivo-conductual es un componente esencial para abordar los factores cognitivos, emocionales y psicosociales. El ejercicio, yoga, taichí, acupuntura y modificaciones dietéticas pueden complementar el tratamiento, aunque la evidencia disponible es limitada.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y PRÁCTICAS A EVITAR

El manejo eficaz requiere circuitos multidisciplinares coordinados entre ginecología, urología, aparato digestivo, rehabilitación, neurología, salud mental, unidades de dolor y atención primaria. La coordinación y unos criterios homogéneos de derivación permiten reducir retrasos diagnósticos y evitar la peregrinación de la paciente por múltiples consultas. La comunicación clínica es parte del tratamiento: debe validarse la experiencia dolorosa, explicar su naturaleza multifactorial y transmitir que el dolor es real aunque las pruebas de imagen sean normales. Las expectativas deben ser realistas, priorizando la funcionalidad y la calidad de vida frente a la expectativa de curación completa, y fomentando la toma de decisiones compartida. Debe evitarse la repetición de cirugías invasivas sin indicación clara, el uso prolongado y rutinario de opioides en dolor pélvico no oncológico, el enfoque exclusivamente visceral que ignore el componente musculoesquelético y del suelo pélvico, y la realización rutinaria de laparoscopias diagnósticas o adhesiolisis sin una sospecha clínica específica.



CONCLUSIONES

El DPC es una entidad heterogénea en la que pueden coexistir mecanismos nociceptivos, neuropáticos y nociplásticos y que puede evolucionar hacia un síndrome de dolor autónomo mantenido por plasticidad neuronal y sensibilización. La valoración clínica sistemática, incluida la exploración del abdomen, suelo pélvico y estructuras musculoesqueléticas, es fundamental para orientar el diagnóstico. La identificación de sensibilización mediante herramientas clínicas puede modificar de forma decisiva el tratamiento. El abordaje debe ser multimodal y multidisciplinar, combinando neuromodulación farmacológica, fisioterapia especializada, intervención psicológica y procedimientos intervencionistas seleccionados, evitando tratamientos quirúrgicos repetitivos y el uso crónico de opioides.

ESPECIFICACIONES Y FINANCIACIÓN

Este trabajo constituye un resumen estructurado del manejo en una unidad de dolor pélvico. No se han recibido becas, ayudas de agencias públicas o privadas, ni financiación externa de ningún tipo para la elaboración de este manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2020;135(3):e98-109. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003716.
2. Arnold MJ, Osgood AT, Aust A. Chronic pelvic pain in women: ACOG updates recommendations. *Am Fam Physician.* 2021;103(3):186-8.
3. As-Sanie S, Ross WT, Till SR. Evaluation and treatment of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2026;147(1):21-43. DOI: 10.1097/AOG.0000000000006123.
4. Bauset Castelló C, Muñoz Muñiz M, Nohales Alfonso F, Díez Itza I, Cassadó Garriga J, Muñoz Gállico E, et al. Dolor pélvico crónico en la mujer: manejo y tratamiento del dolor pélvico crónico. *Guía de Asistencia Práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO.* 2022.
5. Deggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: report of the International Continence Society chronic pelvic pain working group. *Neurourol Urodyn.* 2017;36(4):984-1008. DOI: 10.1002/nau.23072.
6. Engeler D, Baranowski AP, Berghmans B, Birch J, Cottrell AM, Dinis-Oliveira P, et al. EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. *Arnhem: European Association of Urology;* 2025.
7. Goyeneche Lasaga L, Pérez Iglesias N, Lekuona Artola A. Proyecto asistencial multidisciplinar. En: *Manual de dolor pélvico en la mujer.* 2023. Activa Médica Editorial; p. 269-283.
8. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann EH, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis.* 2005;9(1):40-51. DOI: 10.1097/00128360-200501000-00009.
9. Jarrell J, Arendt-Nielsen L. Evolutionary considerations in the development of chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(2):201.e1-4. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.05.019.
10. Labat JJ, Riant T, Robert R, Amarenco G, Lefaucheur JP, Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn.* 2008;27(4):306-10. DOI: 10.1002/nau.20505.
11. Levesque A, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Labat JJ, et al. Clinical criteria of central sensitization in chronic pelvic and perineal pain (Convergences PP Criteria): elaboration of a clinical evaluation tool based on formal expert consensus. *Pain Med.* 2018;19(10):2009-15. DOI: 10.1093/pm/pny030.
12. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic pelvic pain in women: a review. *JAMA.* 2021;325(23):2381-91. DOI: 10.1001/jama.2021.2631.
13. Nohales Alfonso F, Muñoz Muñiz M, Bauset Castelló C, Díez Itza I, Cassadó Garriga J, Martín Martínez A, et al. Dolor pélvico crónico en la mujer: definición, clasificación, terminología y diagnóstico. *Prog Obstet Ginecol.* 2023;66(3):129-140.

14. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
15. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. 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. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
16. Valdivia Jiménez MI, González Díaz E, Moral Santamarina E, Goyeneche Lasaga L, Nohales Alfonso F, Muñoz Gállico E, Martín Martínez A, Cassadó Garriga J, Díez Itza I. Neuralgia pudenda. *Guía de Asistencia Práctica de la Sección de Suelo Pélvico de la SEGO*. 2024.
17. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018.
18. Grupo de Trabajo de Dolor Pélvico Crónico de la SED. *Guía para pacientes de la SED (Sociedad Española de Dolor)*. Versión 3.0. 2023.
19. European Association of Urology (EAU). *EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain*. 2026 update (limited revision). Arnhem: EAU Guidelines Office; 2026.



CALIDAD ASISTENCIAL, EL CAMINO HACIA LA EXCELENCIA

Ana Isabel Caro Cabello

Jefa de Servicio de Calidad, Documentación Clínica y Codificación. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial constituye uno de los pilares fundamentales de los sistemas sanitarios y representa un compromiso permanente con la mejora de la atención que se presta a las personas. Su evolución ha estado estrechamente vinculada al principio hipocrático *primum non nocere*, “ante todo, no hacer daño”, que continúa plenamente vigente en una asistencia sanitaria caracterizada por una creciente complejidad.

Hablar de calidad asistencial implica superar una visión exclusivamente técnica de la atención. Conceptos como efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad, competencia profesional y seguridad forman parte de una concepción multidimensional de la calidad, cuyo objetivo último es proporcionar a cada persona la mejor atención posible de acuerdo con sus necesidades y con el conocimiento disponible.

Donabedian contribuyó decisivamente a conceptualizar la calidad de la atención sanitaria y establecer un modelo de evaluación basado en estructura, proceso y resultados¹. Desde esta perspectiva, la calidad deja de entenderse como una característica aislada de determinadas actuaciones profesionales para convertirse en una propiedad de todo el sistema asistencial.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de la atención como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados sanitarios deseados y se ajustan al conocimiento profesional basado en la evidencia². Una atención de calidad debe ser efectiva, segura, centrada en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente.

DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente constituye una dimensión esencial de la calidad asistencial. No puede hablarse de una atención de calidad si esta no es, al mismo tiempo, una atención segura.

La OMS define la seguridad del paciente como la ausencia de daños prevenibles y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causar daños innecesarios asociados a la atención sanitaria³. Este concepto traslada el foco desde las actuaciones individuales hacia el conjunto del sistema en el que se desarrolla la asistencia.

Los sistemas sanitarios actuales son organizaciones complejas. En ellos interactúan profesionales, pacientes, procedimientos, medicamentos, tecnologías, equipamientos y múltiples niveles asistenciales. Esta complejidad ofrece enormes posibilidades diagnósticas y terapéuticas, pero también genera nuevos riesgos.

Por ello, avanzar en seguridad requiere desarrollar organizaciones capaces de anticiparse al riesgo, identificar vulnerabilidades y aprender de aquello que sucede durante la atención. El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 establece como visión avanzar hacia un mundo en el que nadie sufra daños durante la atención sanitaria y todas las personas reciban una atención segura y respetuosa, siempre y en cualquier lugar⁴.

MEDIR PARA CONOCER, CONOCER PARA MEJORAR

La mejora de la calidad necesita información. La monitorización permite evaluar la situación real, compararla con los objetivos establecidos y actuar sobre las diferencias identificadas.

Los indicadores constituyen, en este sentido, una herramienta esencial. Medir no debe entenderse como un fin en sí mismo ni como un mecanismo exclusivamente orientado al control. Los datos adquieren verdadero valor cuando permiten conocer qué estamos haciendo, identificar variabilidad, detectar oportunidades de mejora y comprobar posteriormente si las acciones implantadas han producido los resultados esperados.

Este planteamiento se encuentra estrechamente relacionado con el ciclo de mejora continua **planificar-hacer-verificar-actuar (PDCA, por sus siglas en inglés)**. La mejora no constituye una actuación puntual, sino un proceso dinámico en el que evaluación y acción se retroalimentan de manera permanente.

APRENDER DE LOS INCIDENTES PARA CONSTRUIR UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

Los sistemas de notificación y gestión de incidentes constituyen una herramienta fundamental para el aprendizaje organizativo. Un riesgo, un cuasiincidente o un incidente aportan información sobre puntos vulnerables del sistema y permiten establecer barreras antes de que vuelva a producirse una situación similar.

El objetivo de la notificación no debe ser buscar culpables, sino comprender qué ha sucedido, por qué ha sucedido y qué podemos modificar para disminuir la probabilidad de que vuelva a ocurrir.

Esta perspectiva resulta esencial para desarrollar una auténtica cultura de seguridad. Los incidentes deben entenderse como oportunidades para aprender y mejorar.

Las organizaciones sanitarias necesitan promover entornos de confianza y aprendizaje en los que los profesionales comprendan que notificar contribuye a mejorar el sistema.

EL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD

Aplicar este marco conceptual al abordaje del dolor permite comprender que su adecuada valoración y tratamiento no constituyen únicamente una cuestión clínica, sino también una cuestión de calidad asistencial y seguridad del paciente.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) revisó en 2020 su definición de dolor, destacando su carácter de experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, con un daño tisular real o potencial⁶. La nueva conceptualización incorpora además principios especialmente relevantes para la práctica clínica: el dolor es siempre una experiencia personal, influida en diferente medida por factores biológicos, psicológicos y sociales; debe respetarse la experiencia dolorosa expresada por la persona; y la incapacidad para comunicarse verbalmente no excluye la posibilidad de experimentar dolor.

Estas consideraciones tienen profundas implicaciones para la calidad asistencial.

El dolor no puede abordarse exclusivamente a partir de aquello que el profesional observa. Requiere escuchar, valorar y reconocer la experiencia de la persona.

Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, resulta necesario disponer de procesos que favorezcan una valoración adecuada, una respuesta terapéutica coherente y una reevaluación posterior.

Pero existe además una dimensión que no puede obviarse: la experiencia del paciente. Una atención técnicamente correcta puede no ser percibida como una atención de calidad cuando la persona siente que su dolor no ha sido escuchado, comprendido o suficientemente atendido.



RESÚMENES DE PONENCIAS

LIDERAZGO, PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES COMPROMETIDAS CON LA CALIDAD

Liderar la calidad asistencial y la seguridad del paciente dentro de una institución implica generar las condiciones necesarias para que las buenas prácticas puedan desarrollarse y mantenerse en el tiempo.

Entre estas condiciones se encuentran una gestión coherente y responsable de los recursos, el desarrollo profesional mediante formación e investigación, la orientación hacia la satisfacción y las necesidades de los usuarios, la adecuación de la actividad asistencial en tiempo y forma, la digitalización de los procesos, la disminución de la variabilidad y la utilización de los resultados para orientar la toma de decisiones.

También resulta esencial potenciar la participación de los profesionales mediante estructuras de coordinación y cooperación. La calidad no puede construirse de manera aislada. Requiere equipos multidisciplinares capaces de compartir conocimiento, analizar resultados y participar activamente en la identificación e implantación de mejoras.

La búsqueda de la mejor evidencia disponible y su traslado efectivo a la práctica constituyen igualmente elementos fundamentales. La existencia de conocimiento científico no garantiza por sí sola su aplicación. Las organizaciones deben facilitar que la evidencia llegue a la práctica clínica y se traduzca en resultados relevantes para las personas.

CONSIDERACIONES FINALES

La calidad asistencial y la seguridad del paciente son conceptos inseparables. Ambas requieren organizaciones capaces de medir, aprender y mejorar de forma continua, pero también profesionales comprometidos con una atención centrada en las necesidades reales de las personas.

El abordaje del dolor constituye un ejemplo especialmente significativo. Su carácter individual y multidimensional obliga a superar modelos exclusivamente técnicos y a reconocer el valor de la experiencia expresada por cada paciente.

Valorar adecuadamente el dolor, actuar sobre él y reevaluar los resultados obtenidos forman parte de una práctica clínica de calidad. Escuchar a la persona, respetar su experiencia y favorecer su participación en las decisiones añaden una dimensión imprescindible de humanización y atención centrada en el paciente.

Del mismo modo, aprender de los incidentes, monitorizar resultados, reducir la variabilidad, incorporar la evidencia científica y favorecer la participación profesional son elementos necesarios para construir organizaciones más seguras.

La calidad no debe concebirse como un objetivo que pueda darse definitivamente por alcanzado. Es un proceso permanente de evaluación, aprendizaje y transformación.

En definitiva, mejorar la calidad asistencial significa preguntarnos continuamente no solo qué hacemos, sino qué resultados conseguimos, qué riesgos podemos evitar y qué aporta verdadero valor a las personas que atendemos. En el ámbito del dolor, esa mirada adquiere especial relevancia: escuchar, evaluar, actuar, reevaluar y aprender son componentes de una misma responsabilidad profesional y organizativa.

Porque la calidad y la seguridad son responsabilidad de todos, y porque detrás de cada indicador, cada procedimiento y cada resultado existe una persona que espera recibir una atención segura, efectiva, humana y basada en la mejor evidencia disponible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033.
2. World Health Organization. Quality health services: a planning guide. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. World Health Organization. Patient safety. Geneva: World Health Organization; 2023.
4. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.
5. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020;161(9):1976-82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.



CUIDAR EL DOLOR: CUANDO LA ENFERMERÍA CONECTA CIENCIA, SEGURIDAD Y HUMANIZACIÓN

María del Mar Díaz Cortés

Jefa de Bloque de Calidad y Cuidados. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería

INTRODUCCIÓN. COMPRENDER EL DOLOR PARA CUIDAR A LA PERSONA

El dolor constituye una experiencia sensorial y emocional compleja, personal y modulada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La revisión de la definición de la International Association for the Study of Pain reforzó esta naturaleza individual y la necesidad de considerar, junto a la intensidad, el significado que el dolor adquiere para cada persona¹. En el dolor crónico su impacto alcanza la funcionalidad, el descanso, la esfera emocional, las relaciones, la autonomía y la calidad de vida; por ello, los modelos actuales recomiendan abordajes personalizados, multimodales e interdisciplinares².

El objetivo asistencial, por tanto, no puede reducirse a disminuir una puntuación en una escala. Medir sigue siendo imprescindible, pero debe acompañarse de preguntas sobre qué limita el dolor, qué preocupa a la persona, cómo afecta a sus actividades y qué objetivos considera prioritarios. Esta mirada desplaza el foco desde el síntoma hacia la persona y conecta ciencia, seguridad, resultados en salud y humanización.

LOS CUIDADOS ENFERMEROS COMO ELEMENTO VERTEBRADOR DEL ABORDAJE DEL DOLOR

La enfermería ocupa una posición singular por su proximidad clínica, continuidad temporal y capacidad para observar la evolución del paciente en múltiples momentos y escenarios. Valorar, registrar, reevaluar, detectar cambios, educar, anticipar necesidades y comunicar información relevante son intervenciones que favorecen continuidad y seguridad. Su valor no reside en actuar de forma aislada, sino en contribuir a una respuesta asistencial coherente, oportuna y compartida.

La evidencia reciente refuerza esta aportación. Un metanálisis publicado en 2026, con 30 estudios, encontró que las intervenciones de autocuidado lideradas por enfermeras se asociaron con mejoría de la intensidad del dolor y de la calidad de vida, además de reducción de síntomas de ansiedad y depresión³. Estos hallazgos respaldan una concepción de los cuidados que va más allá de la ejecución de tareas y los sitúa como una intervención capaz de influir en resultados relevantes para las personas con dolor crónico.

PRÁCTICA AVANZADA, JUICIO CLÍNICO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La práctica avanzada enfermera amplía esta contribución mediante competencias de valoración compleja, razonamiento clínico, educación terapéutica, seguimiento, coordinación y toma de decisiones dentro de marcos definidos. Una revisión reciente sobre práctica avanzada en dolor agudo describe funciones vinculadas a valoración, seguimiento, educación y coordinación, aunque persiste variabilidad internacional en competencias y regulación⁴. Evaluar estos modelos exige indicadores que trasciendan la intensidad del dolor e incorporen efectos adversos, adecuación de la analgesia, intervenciones no farmacológicas, educación a pacientes y familias y seguimiento⁵. Desde la seguridad del paciente, valorar, interpretar, actuar, reevaluar y comunicar forman una secuencia clínica esencial para reducir variabilidad y favorecer decisiones seguras. La seguridad también exige prevenir fragmentación, información incompleta y ausencia de seguimiento. Los protocolos solo alcanzan su verdadero valor cuando se convierten en conductas consistentes a pie de cama y durante las transiciones asistenciales.

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS, AUTONOMÍA Y EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

El dolor crónico obliga con frecuencia a elegir entre alternativas con beneficios, limitaciones y preferencias diferentes. La toma de decisiones compartidas integra la mejor evidencia disponible con los valores y objetivos de la persona. Una revisión de 2026 identifica como facilitadores la formación profesional, la comunicación empática, las ayudas para la decisión, la alianza terapéutica y la confianza; y como barreras, entre otras, la falta de tiempo y de personalización⁶.

Educar no consiste solo en transmitir información, sino en comprobar comprensión, explorar expectativas, ayudar a definir objetivos alcanzables y fortalecer capacidades de autocuidado. La autonomía se construye cuando la persona entiende qué le ocurre, qué opciones tiene, qué hacer ante una exacerbación, qué signos requieren consulta y cómo integrar las recomendaciones en su vida cotidiana. La enfermera puede desempeñar un papel especialmente relevante por la continuidad de su contacto y su función educativa dentro del equipo.

RESULTADOS EN SALUD QUE IMPORTAN A LAS PERSONAS

En dolor, los resultados deben reflejar la experiencia real de la persona. La intensidad es importante, pero no suficiente: funcionalidad, sueño, capacidad para realizar actividades significativas, estado emocional, participación social, percepción de seguridad, comprensión del tratamiento y calidad de vida ofrecen una visión más completa. Los resultados comunicados por los propios pacientes pueden ayudar a valorar necesidades y evolución y apoyar la toma de decisiones, aunque su impacto directo en la práctica sigue siendo heterogéneo⁷.

El éxito terapéutico tampoco equivale siempre a la desaparición completa del dolor. Para algunas personas, mejorar significa dormir, caminar, recuperar una actividad, disminuir el miedo al movimiento o sentirse capaces de manejar una reagudización. Incorporar estos objetivos a la conversación clínica humaniza la atención y la hace más precisa.

COORDINACIÓN INTERDISCIPLINAR Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

El tratamiento integral del dolor requiere miradas complementarias. Medicina, enfermería, psicología, fisioterapia, rehabilitación, farmacia y otros perfiles aportan competencias que adquieren mayor valor cuando se integran en un plan común. Los modelos de atención liderados o coordinados por enfermería han descrito funciones de valoración, monitorización, educación y colaboración interdisciplinar, con capacidad para mejorar procesos asistenciales y, en determinados contextos, el control del dolor⁸.

Coordinar también es cuidar: compartir información relevante, evitar mensajes contradictorios, reevaluar tras una intervención, escalar la respuesta cuando el dolor no mejora y garantizar continuidad entre turnos, profesionales y niveles asistenciales. Para el paciente, un sistema coordinado se traduce en coherencia y confianza: no percibe la estructura organizativa, percibe un equipo. Esta continuidad es especialmente importante al alta, que debe incluir información comprensible, plan terapéutico, signos de alarma, expectativas realistas, recursos de apoyo y, cuando sea necesario, implicación de la persona cuidadora y coordinación con otros niveles.

HUMANIZACIÓN Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

Humanizar no significa añadir emoción a una asistencia técnicamente correcta, sino reconocer a la persona, su relato, sus valores y su vulnerabilidad. La comunicación centrada en el paciente y la sensibilidad



RESÚMENES DE PONENCIAS

hacia sus preocupaciones se han asociado con una alianza terapéutica más sólida⁹. En dolor, donde la experiencia es subjetiva y a veces invisible, sentirse escuchado y legitimado adquiere especial relevancia.

Escuchar es también una herramienta clínica: puede mejorar la calidad de la información obtenida, facilitar objetivos compartidos y favorecer adherencia y autocuidado. Atención humanizada y práctica basada en la evidencia no son caminos distintos; cuando se integran, contribuyen a una asistencia más segura, individualizada y con mayor capacidad para generar resultados significativos.

CONSIDERACIONES FINALES

Comprender el dolor exige mirar más allá de la intensidad y reconocer una experiencia que afecta a la vida de la persona. Su abordaje requiere ciencia y técnica, pero también escucha, coordinación, continuidad y decisiones compartidas. En este escenario, la enfermería conecta valoración, seguridad, educación, autocuidado y seguimiento. Su protagonismo no se plantea en oposición a otros profesionales, sino dentro de equipos que comparten objetivos y competencias complementarias. La práctica avanzada ofrece además una oportunidad para ampliar capacidad resolutive, liderazgo clínico y evaluación de resultados.

La excelencia no se mide únicamente por cuánto disminuye el dolor, sino también por cuánto ayudamos a recuperar función, comprender el proceso, participar en las decisiones, sentirse seguro y mantener autonomía. Diversas disciplinas aportan perspectivas diferentes, pero comparten una misma misión: aliviar el sufrimiento y ayudar a vivir mejor. Cuando ciencia, cuidados y trabajo interdisciplinar convergen, la calidad asistencial se convierte en una experiencia concreta: una persona escuchada, informada, segura, acompañada y capaz de participar en su propio cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397(10289):2082-97. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
3. Huang Y, Song Z, Xie L, Ding L, Yao Q. Nurse-led self-care interventions for chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2026;23(1):e70105. DOI: 10.1111/wvn.70105.
4. Barroso-Castaño P, Cabrera-Jaime S, Huertas-Zurriaga A, Alonso-Fernandez S, Casanovas-Cuellar C, Benito-Aracil L. Exploring the roles and regulatory challenges of advanced practice nurses in acute pain management: a scoping review. *J Adv Nurs*. 2026;82(2):1124-75. DOI: 10.1111/jan.17027.
5. Barroso-Castaño P, Cabrera-Jaime S, Feijoo-Cid M, Huertas-Zurriaga A, Benito Aracil L. Outcome indicators for evaluating interventions by advanced practice nurses specialising in acute pain: a scoping review. *Nurs Open*. 2025;12(4):e70201. DOI: 10.1002/nop2.70201.
6. Andersen LN, Waddell A, Boland L, Rathleff MS, Hansen MP, Thomsen JNL, et al. Implementation of shared decision-making in the management of chronic musculoskeletal pain: a scoping review. *Patient Educ Couns*. 2026;152:109773. DOI: 10.1016/j.pec.2026.109773.
7. Holmes MM, Lewith G, Newell D, Field J, Bishop FL. The impact of patient-reported outcome measures in clinical practice for pain: a systematic review. *Qual Life Res*. 2017;26(2):245-57. DOI: 10.1007/s11136-016-1449-5.
8. Courtenay M, Carey N. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2008;17(15):2001-13. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02361.x.
9. Pinto RZ, Ferreira ML, Oliveira VC, Franco MR, Adams R, Maher CG, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *J Physiother*. 2012;58(2):77-87. DOI: 10.1016/S1836-9553(12)70087-5.

INTEGRACIÓN DE LA ESCUELA DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO PACIENTE-PACIENTE: EXPERIENCIAS Y RESULTADOS

Antonia M. Benítez Díaz¹ y Elena del Rocío Serrano-Ibáñez²

¹Enfermera UGC Anestesia y Reanimación-Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

²Psicóloga del Grupo de Investigación en Psicología del Dolor. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y el avance de los sistemas de bienestar en los países desarrollados han permitido alargar la vida, aunque esto también ha favorecido la aparición de enfermedades y su cronicidad. Esta epidemia de cronicidad se ve impulsada por factores globales como el propio envejecimiento, la contaminación ambiental y los hábitos de vida poco saludables¹. Con el paso de los años, las personas van acumulando patologías crónicas que se agravan paulatinamente, generando secuelas que demandan recursos sanitarios más complejos y costosos.

Lejos de la idea de que un enfermo crónico se mantiene estable, su cotidianidad está marcada por recaídas, dolor, pérdida de independencia, soledad, problemas económicos y temor al futuro, lo que supone una pesada carga emocional². Tanto la propia dolencia como los tratamientos aplicados producen malestar físico y psicológico, dificultando que la persona acepte plenamente su experiencia de enfermedad³.

AUTOGESTIÓN Y MODALIDAD PACIENTE-PACIENTE: CAMBIO DE ROL EN LA FORMACIÓN ASISTENCIAL

Frente a los retos que plantean la cronicidad y los estilos de vida actuales, los sistemas de salud han tenido que rediseñar sus modelos asistenciales. Se han alejado del enfoque tradicional centrado en curar procesos agudos para construir estrategias específicas que respondan a las necesidades continuadas de estos pacientes⁴.

El planteamiento más extendido y avalado por la evidencia es el modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model, CCM), desarrollado en los noventa por Wagner y su equipo en el MacColl Institute for Healthcare Innovation de EE. UU. Este marco promueve la formación en autocuidado y cambia la dinámica de la consulta, transformándola en un encuentro entre profesionales proactivos y pacientes informados, expertos y capaces de tomar decisiones en su día a día.

Este cambio de rol exige actualizar la educación que reciben los pacientes. Anteriormente, la formación se limitaba a transmitir pautas clínicas e instrucciones sobre cómo reaccionar ante una crisis, creando una brecha entre lo prescrito por el profesional y las posibilidades reales del paciente, lo que frenaba la eficacia de las intervenciones⁵. La autogestión, por el contrario, busca dotar a la persona de autonomía para resolver los problemas derivados de su enfermedad mediante recursos propios, sociales y sanitarios, fortaleciendo su convicción de que es capaz de cuidarse⁶.

El empoderamiento del paciente es el eje central de este paradigma. Cuando la formación se orienta a fijar metas, buscar soluciones y aprovechar los recursos comunitarios, se comprueba una mejora clara en los resultados de salud, en la calidad de vida y en la relación con el personal sanitario⁷. Para adoptar hábitos saludables sostenibles no basta con recibir información; se requiere la voluntad del paciente y una preparación realista que lo transforme de receptor pasivo en protagonista activo de su salud⁸. Por ello, en 2012 la OMS incluyó los programas de autogestión entre las principales recomendaciones globales para abordar las condiciones crónicas⁹.



RESÚMENES DE PONENCIAS

Según Kate Lorig, la autogestión engloba las tareas sanitarias, conductuales y emocionales que realiza el paciente para controlar su enfermedad, desarrollar nuevas habilidades y preservar el equilibrio personal¹⁰. Este enfoque exige aprender a vivir con el dolor y lidiar con los cambios cotidianos, adaptando la identidad, la vida social, el ocio y el entorno laboral¹¹. A diferencia de la formación tradicional enfocada en lo clínico, estos programas abarcan aspectos conductuales y emocionales, valorando la experiencia real del enfermo y sus familiares.

La modalidad de educación paciente-paciente, también conocida como formación entre iguales o modelo del paciente experto, es un proceso en el que un paciente con una enfermedad crónica o superada capacita, guía y comparte sus vivencias con otras personas que padecen su misma condición. Al hablar de igual a igual, se rompen barreras de jerarquía médica y se genera mayor confianza. Mejora el seguimiento de las pautas médicas gracias a consejos prácticos y cercanos. Ayuda a disminuir la ansiedad y el aislamiento asociados al diagnóstico inicial.

RESULTADOS DE NUESTRAS PRIMERAS ESCUELAS

A partir de esta literatura, se ha puesto en marcha una escuela de pacientes con dolor crónico paciente-paciente en la Unidad del Dolor del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, dirigida por la enfermería de la Unidad. Estos grupos constituyen una primera experiencia piloto, del cual se han obtenido los siguientes resultados.

En relación con la muestra, se incluyeron 14 pacientes con dolor crónico (64,3 % mujeres; edad media 49,1 años), con características de la Tabla I.

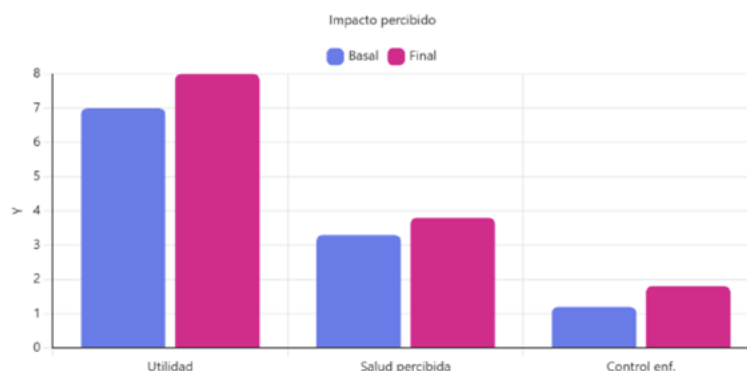
Tabla I. Características de los pacientes incluidos en la muestra.

Variable	Total (n=14)
Edad media (años)	49,1
Mujeres, n (%)	9 (64,3)
Hombres, n (%)	5 (35,7)
Casados/as, n (%)	7 (50,0)
Dolor actual basal (0-10), media	6,9
Dolor peor basal (0-10), media	8,0
Dolor leve basal (0-10), media	5,1
Dolor medio basal (0-10), media	6,2
Variable	n (%)
Dolor de larga evolución (>2 años)	10 (71,4)
Dolor generalizado (≥5 regiones corporales)	8 (57,1)
Dolor en espalda	8 (57,1)
Dolor en cuello	8 (57,1)
Dolor en hombros	7 (50,0)
Dolor en brazos	6 (42,9)
Dolor en piernas	6 (42,9)
Dolor de intensidad alta (dolor actual ≥7)	10 (71,4)

El impacto percibido de la intervención se recoge en la Figura 1.

Figura 1. Impacto percibido de la intervención.

Variable	Basal	Final	Cambio
Utilidad percibida	7,0	8,0	+1,0
Relación con profesionales	4,2	4,5	+0,3
Percepción de salud	3,3	3,8	+0,5
Control de la enfermedad	1,2	1,8	+0,6



La intensidad del dolor permaneció estable tras la escuela. Sin embargo, se observó una mejora en la utilidad percibida del programa, la percepción de salud y el control de la enfermedad. La satisfacción fue elevada (8,9/10) y el 100 % de los participantes recomendaría la actividad a otros pacientes. Tras esta experiencia piloto, en nuestros próximos talleres esperamos tener una muestra más representativa con un análisis más exhaustivo (Figura 2).

Indicador	Resultado
Recomendaría la Escuela	100%
Satisfacción global $\geq 8/10$	85,7%
Valoración máxima (10/10) en al menos la mitad de los ítems	64,3%
Participantes satisfechos o muy satisfechos	13 (92,9%)

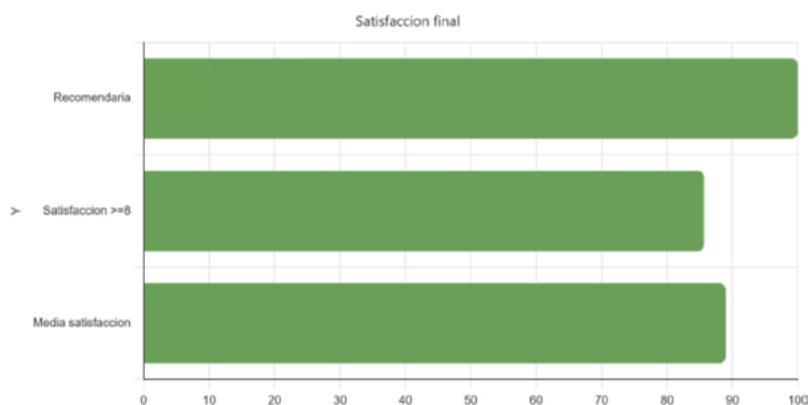


Figura 2.



RESÚMENES DE PONENCIAS

CONCLUSIÓN

Los resultados de estas intervenciones muestran mejoras en el estilo de vida, beneficio percibido del programa, la percepción de salud y la gestión de la enfermedad, un aumento de la autoeficacia y una comunicación más fluida con los profesionales sanitarios. Además, tras oír los testimonios de los pacientes ellos reflejan un incremento del ejercicio y de las actividades sociales y menor dificultad en las tareas cotidianas. La clave del éxito radica en aumentar la confianza del paciente y su autoeficacia, lo que optimiza su capacidad para tomar decisiones y mantener el control sobre su salud.

En el contexto de las escuelas de pacientes para personas con dolor crónico, la modalidad paciente-paciente aporta un valor añadido al proceso educativo al basarse en el intercambio de experiencias y el aprendizaje entre iguales. En nuestra experiencia, los pacientes formadores, que conviven con la enfermedad y han desarrollado estrategias eficaces de afrontamiento, actúan como referentes cercanos y creíbles, favoreciendo la identificación, el apoyo emocional y la adquisición de habilidades de autocuidado. Este modelo no solo contribuye a reducir el sentimiento de aislamiento asociado al dolor crónico, sino que también refuerza la motivación, la adherencia a los hábitos saludables y la confianza en la capacidad de manejar la enfermedad de forma activa y autónoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra: OMS; 2011 [citado 17 sep 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Morse J. The Praxis Theory of Suffering. University of Utah; 1996. p. 91.
3. Montalvo-Prieto A, Cabrera-Nanclares B, Quiñones-Arrieta S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. Aquichan. 2012;12(2):134-43. DOI: 10.5294/aqui.2012.12.2.4.
4. Ollero M, Nieto MD, Ortiz MA, Pérez M, Pérez C. El impacto de las enfermedades crónicas y la necesidad de una respuesta integrada sanitaria y social [Internet]. OPIMEC; 2024. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/4866/unidad-1-el-impacto-de-las-enfermedades-cronicas-y-la-necesidad-de-una-respuesta-integrada-sanitaria-y-socialdup/>
5. Waylen KA, Fischer A, McGowan PJK, Thirgood SJ, Milner-Gulland EJ. Effect of local cultural context on the success of community-based conservation interventions. Conserv Biol. 2010;24(4):1119-29. DOI: 10.1111/j.1523-1739.2010.01446.x.
6. Lorig K, Laurent DD, Plant K, Krishnan E, Ritter PL. The Chronic Disease Self-Management Program: Monitored and Unmonitored Forum Outcomes. Western Journal of Nursing Research. 2013;35(10):1224-37.
7. Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. Diabetes Educ. 2003;29(4):653-62. DOI: 10.1177/014572170302900411.
8. Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. Am J Public Health. 2014;104(8):e25-31. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302041.
9. Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Ginebra: OMS; 2002.
10. Department of Health NHS 2001, Health Council of Canada 2012.

DOLOR CRANEOFACIAL, ESTRATEGIAS MULTIMODALES

Francisco Javier Palma Pérez

FEA Anestesiología y Reanimación. Unidad de Tratamiento del Dolor. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

El dolor del área craneofacial agrupa condiciones heterogéneas en cuanto a mecanismo, origen anatómico y comportamiento clínico.

El diagnóstico preciso es la premisa obligatoria antes de cualquier escalada terapéutica intervencionista.

Clínicamente se pueden dividir en:

- **Cefaleas primarias:** la enfermedad es el dolor en sí mismo, como la migraña o la cefalea tensional.
- **Cefaleas secundarias:** son síntomas de patologías subyacentes; deben descartarse signos de alarma.
- **Neuralgias craneales:** dolor neuropático lacerante y eléctrico en el territorio de un nervio, predominantemente el trigémino.
- **Dolor orofacial:** afecciones de boca, mandíbula y cara, como son el trastorno temporomandibular o el síndrome de boca ardiente.
- **Cefalalgias trigeminoautonómicas:** dolor unilateral intenso y síntomas autonómicos ipsilaterales, lagrimeo o ptosis, destacan la cefalea en racimos, SUNCT y SUNA.

Cualquier caso debe evaluarse bajo cuatro dimensiones: patrón temporal, localización, mecanismo predominante y factores psicosociales.

El **dolor refractario** se establece cuando persiste con intensidad o frecuencia clínicamente significativa a pesar de tratamientos convencionales correctos. Requisitos:

1. Confirmación diagnóstica absoluta, descartando causas secundarias imitadoras o factores perpetuadores como el abuso de medicación.
2. Fallo documentado de tratamientos de primera y segunda línea administrados a dosis plenas durante el tiempo adecuado (8 a 12 semanas para antidepresivos/antiepilépticos; 3 a 6 meses para terapias no farmacológicas).
3. Fracaso de un número suficiente de opciones con mecanismos de acción diferentes.
4. La refractariedad no es solo farmacológica; si coexiste catastrofismo grave, ansiedad o somatización no tratados, el cuadro no puede considerarse refractario real si no se ha implementado una intervención psicológica estructurada.

Ejemplos de síndromes refractarios:

- **Migraña crónica refractaria.** Fallo de al menos tres clases de preventivos tradicionales y anticuerpos anti-CGRP con más de 15 días de cefalea al mes.
- **Neuralgia del trigémino refractaria.** Fracaso de carbamazepina u oxcarbazepina a dosis máximas y un segundo agente coadyuvante.
- **Cefalea en racimos crónica.** Ineficacia del verapamilo a dosis altas (≥ 480 mg/día), litio y corticoides.
- **Síndrome de boca ardiente refractario.** Ausencia de respuesta funcional a clonazepam tópico, ácido alfa-lipoico, antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.



RESÚMENES DE PONENCIAS

TRATAMIENTO MULTIMODAL GRADUAL

Tratamiento médico

Introducir solamente un fármaco a la vez, titulación lenta y revisión formal a las 8-12 semanas.

1. Primera línea farmacológica.

- Bloqueadores de canales de sodio dependientes de voltaje: la carbamazepina (evidencia nivel A para neuralgia trigeminal clásica) y la oxcarbazepina (mejor tolerabilidad).
- Gabapentinoides (gabapentina, pregabalina) modulan la subunidad $\alpha 2\Delta$ de canales de calcio presinápticos disminuyendo el glutamato.
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetine) para potenciar la inhibición descendente noradrenérgica.
- Otros fármacos coadyuvantes. Lamotrigina, baclofeno (potenciador GABA-B) y topiramato (riesgo de deterioro cognitivo dosis-dependiente).

2. Segunda línea farmacológica. Incorporación de agentes en sustitución o adición:

- Tramadol (opioide débil e inhibidor de recaptación para dolor mixto, con riesgo de síndrome serotoninérgico si se asocia a antidepresivos).
- Agentes tópicos. Parches de lidocaína al 5 % o capsaicina al 8 % (neuralgia postherpética).
- Anticuerpos monoclonales anti-CGRP (erenumab, fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab) que reducen un 50 % los días de cefalea en migraña refractaria, y gepantes orales (rimegepant, ubrogepant).

— **Tercera línea farmacológica** (uso hospitalario). Infusiones intravenosas de ketamina (bloqueo NMDA que revierte la sensibilización central) o de lidocaína (estabilización de membranas).

Los *opioides mayores* están contraindicados en cefaleas primarias por el riesgo de inducir hiperalgesia y rebote, reservándose exclusivamente para dolor craneofacial oncológico o cuidados paliativos.

TRATAMIENTO INTERVENCIONISTA

Las intervenciones se organizan en niveles crecientes de complejidad.

- a. Neuroestimulación no invasiva.** TENS, rTMS en corteza motora, tDCS y nVNS para nervio vago.
- b. Bloqueos periféricos.** Infiltraciones del nervio occipital mayor (alta evidencia en cefaleas primarias), ganglio esfenopalatino (SPG, para cefalea en racimos) y ramas del trigémino con toxina botulínica tipo A; actúan como herramientas diagnósticas y terapéuticas de baja morbilidad.
- c. Neuromodulación invasiva.** Sistemas implantables que se utilizan cuando la respuesta analgésica a los bloqueos es positiva, pero transitoria.
 - Nervio occipital. Modula el núcleo caudal del trigémino por convergencia trigeminocervical (C2-C3), con un 70-80 % de éxito en neuralgia occipital y reducción de crisis en migraña.
 - Ganglio esfenopalatino. Cefalea en racimos crónica (61 % de eficacia).
 - Combinación de ambos sistemas de estimulación de nervios occipitales y ganglio esfenopalatino, p. ej., cefalea en racimos refractaria.
 - Neuroestimulación subcutánea de campo periférico. Dolor postraumático o posherpético.

- d. Neuromodulación central invasiva.** DBS en tálamo o hipotálamo posterior; MCS sobre corteza motora, en centros altamente especializados.
- e. Procedimientos ablativos.** Restringidos a causas estructurales definitivas. Ejemplos son la descompresión microvascular de Jannetta para el conflicto neurovascular trigeminal, la radiocirugía de Gamma Knife y las rizotomías percutáneas.
- f. Terapia intratecal.** Casos refractarios absolutos, usando fármacos depositados a nivel subaracnoideo (morfina, ziconotida, bupivacaína, clonidina), reduciendo el dolor con dosis mínimas de fármacos. La titulación debe ser muy gradual “*low and slow*”. vía lumbar hasta la *cisterna prepontina*, enfrentado al tronco encefálico en vez de catéteres cervicales, con una disminución de la morbilidad.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del dolor craneofacial refractario debe documentarse correctamente, con tratamientos convencionales adecuadamente administrados y siempre considerando el factor psicológico.

El tratamiento multimodal, con la aplicación de diversas líneas con distintos mecanismos de acción, favorece el control del dolor.

La introducción gradual de las distintas terapias debe cumplir una base farmacológica optimizada, añadir la terapia invasiva como escalón adicional y reevaluar periódicamente con el fin de retirar los fármacos que no aportan valor o generen efectos indeseables.

Los comités multidisciplinares, integrados por todos los profesionales implicados, son el pilar fundamental en la toma de decisiones, seguimiento, ajustes de las terapias, reevaluación y vigilancia de las complicaciones.

La evidencia científica es escasa, por lo que compartir experiencias constituye una base para el desarrollo de nuevos protocolos y guías clínicas de actuación en el dolor craneofacial refractario.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Belvís R, Irimia P, Seijo-Fernández F, Paz J, García-March G, Santos-Lasaosa S, et al. Neuromodulación en cefaleas y neuralgias craneofaciales: Guía de la Sociedad Española de Neurología y de la Sociedad Española de Neurocirugía. *Neurología*. 2021;36(1):61-79. DOI: 10.1016/j.nrl.2020.04.022.
2. Long D, Li X, Zhang Y, Luo J, Liu B, Hong B, et al. Intrathecal drug delivery system in prepontine cistern for patients with intractable craniofacial cancer pain: a multicenter retrospective study. *Anesth Analg*. 2025;141(2):255-63. DOI: 10.1213/ANE.0000000000007262.
3. Tashlykov V, Gur R, Lichtenstein GR, Goor-Aryeh I, Brotfain E. Combined occipital nerve and sphenopalatine ganglion neuromodulation for refractory craniofacial pain with trigeminal autonomic features: a 12-year follow-up (case report). *Local Reg Anesth*. 2026;19:1-6. DOI: 10.2147/LRA.S595517.



TOXINA BOTULÍNICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA: MÁS ALLÁ DE LA ESPASTICIDAD

Claudia de la Fuente Ruiz

Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

El dolor musculoesquelético crónico engloba entidades de fisiopatología diversa —síndromes miofasciales, tendinopatías crónicas como la epicondialgia lateral, fasciopatías como la fascitis plantar, artropatías y dolor pélvico miofascial—, unidas por su frecuente refractariedad a las primeras líneas de tratamiento conservador. El síndrome miofascial, definido por la presencia de una banda tensa palpable, un punto hipersensible dentro de ella y un patrón de dolor referido reproducible, criterios formalizados mediante un consenso internacional Delphi¹, es el escenario donde más se ha explorado el uso de la toxina botulínica tipo A como alternativa analgésica más allá de su indicación clásica en espasticidad. Este resumen recorre la evidencia disponible en el conjunto de estas localizaciones musculoesqueléticas, heterogénea según la entidad y la región anatómica consideradas.

MECANISMO DE ACCIÓN

La toxina botulínica tipo A actúa como agente analgésico de forma independiente a su efecto relajante muscular. A nivel periférico, la cadena ligera de la molécula escinde la proteína SNAP-25, bloqueando la exocitosis de acetilcolina en la unión neuromuscular. De forma adicional, inhibe la liberación de neuropéptidos proinflamatorios, como la sustancia P y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina, desde las terminaciones nerviosas sensitivas². Estudios preclínicos han demostrado, además, un transporte axonal retrógrado con acción antinociceptiva central a nivel del asta dorsal de la médula espinal, lo que podría explicar el efecto analgésico bilateral descrito tras la infiltración unilateral. Este mecanismo dual, periférico y central, constituye el fundamento conceptual de su uso más allá de la espasticidad.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa de la evidencia publicada entre 2023 y 2025, con búsqueda actualizada a 2026, en PubMed y la Biblioteca Cochrane, priorizando metanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados, complementada con trabajos previos de referencia que continúan vigentes en la literatura. Se valoraron la señal de eficacia analgésica, la certeza de la evidencia y el perfil de seguridad para cada localización anatómica considerada. Los resultados se sintetizan en la Tabla I.

Tabla I. Resumen de la evidencia por localización anatómica.

Localización	Señal de eficacia	Certeza	Riesgo clínico	Posicionamiento (ref.)
Cervical / cintura escapular	Sin relevancia clínica frente a placebo	Moderada	Debilidad muscular; coste	No respalda uso rutinario (4)
Dorsal alto	Resultados heterogéneos; perfil de seguridad favorable	Baja-moderada	Bajo	Opción individualizada en refractarios; evidencia limitada (5)
Epicondialgia lateral	Reducción del dolor de magnitud clínica modesta	Moderada	Debilidad extensora	Uso selectivo (6)
Fascitis plantar	Señal favorable y consistente	Moderada	Bajo	Evidencia favorable; uso selectivo en refractarios (7)
TTM miofascial	Mejor que placebo, no frente al tratamiento conservador	Moderada	Atrofia; hueso mandibular	Refractarios seleccionados (8)
Lumbar crónico inespecífico	Favorable frente a salino	Baja / muy baja	Debilidad paravertebral	Señal favorable; evidencia insuficiente para uso rutinario (9)
Suelo pélvico	ECA negativo frente a anestésico local	Moderada (en ECA)	Invasivo	Sin superioridad demostrada frente a anestésico local en ECA (10)

ECA: ensayo clínico aleatorizado. TTM: trastornos temporomandibulares. Los números entre paréntesis remiten a la numeración de la bibliografía citada en el texto.

RESULTADOS

La última actualización formal de la revisión Cochrane sobre toxina botulínica en el síndrome miofascial data de 2014, y concluyó que la evidencia disponible en ese momento era insuficiente para sustentar su uso clínico³. En los últimos dos años se han publicado múltiples metanálisis específicos por localización anatómica que permiten una valoración más matizada.

En la región cervical y de cintura escapular, un metanálisis de 7 ensayos clínicos aleatorizados (261 pacientes) mostró una diferencia estadísticamente significativa frente a placebo que no alcanzó relevancia clínica; estos resultados no respaldan su uso rutinario en esta localización⁴. En contraste, la evidencia sobre el dolor miofascial dorsal alto, aunque igualmente heterogénea, mostró un perfil de seguridad favorable y resultados alentadores en el subgrupo de dolor moderado-severo con puntos gatillo activos, por lo que podría considerarse en pacientes refractarios cuidadosamente seleccionados⁵.

En la epicondialgia lateral crónica, un metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados mostró una reducción estadísticamente significativa del dolor frente a placebo, de magnitud clínicamente modesta y sin diferencias en la fuerza de puño; el principal riesgo descrito es la debilidad de la musculatura extensora según la técnica y la dosis empleadas⁶. En la fascitis plantar, la evidencia es más consistente, con señal favorable y perfil de seguridad aceptable, especialmente en casos refractarios al tratamiento conservador⁷.

En los trastornos temporomandibulares de origen miofascial, una revisión panorámica de revisiones sistemáticas concluyó que la toxina botulínica es superior a placebo para el control del dolor, pero no ha de-



RESÚMENES DE PONENCIAS

mostrado superioridad frente al tratamiento conservador estándar, por lo que su uso debería reservarse a pacientes refractarios muy seleccionados, considerando además el riesgo teórico de reabsorción ósea mandibular con dosis repetidas⁸.

En el dolor lumbar crónico inespecífico, los metanálisis más recientes muestran una señal favorable frente a solución salina, aunque con una certeza de la evidencia baja o muy baja para varios desenlaces, y heterogeneidad relevante en la técnica de infiltración, sea sobre el músculo iliopsoas o el cuadrado lumbar⁹.

Un hallazgo que merece especial mención es el de la tensión miofascial de suelo pélvico y el dolor pélvico persistente: pese a que las series observacionales y los consensos de práctica clínica sugieren beneficio, los ensayos clínicos aleatorizados disponibles no han demostrado superioridad frente al anestésico local, lo que evidencia una disociación relevante entre la práctica clínica habitual y la evidencia de mayor calidad metodológica¹⁰. Otras localizaciones con evidencia emergente, como el síndrome del piriforme, exceden el alcance de este resumen por razones de espacio.

Una posible explicación de esta heterogeneidad reside en la notable variabilidad técnica entre estudios —criterios diagnósticos y de selección, músculos inyectados, número de puntos gatillo tratados, dosis empleada y tratamiento del grupo control—, factores señalados explícitamente como limitación en la revisión Cochrane de referencia³. Se suma, además, la ausencia hasta la fecha de estudios de coste-efectividad que permitan valorar esta intervención desde una perspectiva de eficiencia sanitaria.

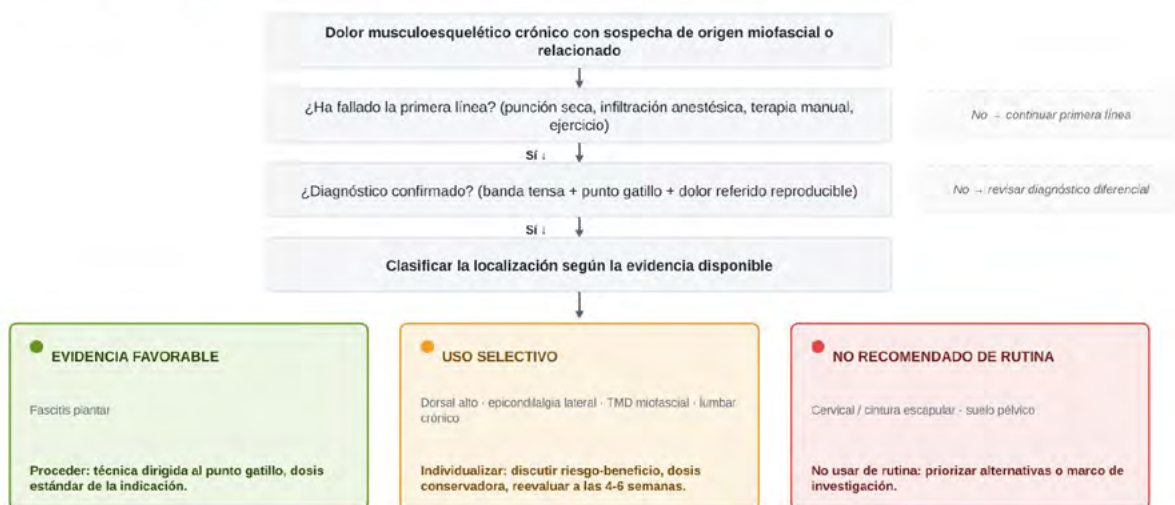
CONCLUSIONES

La evidencia disponible sobre la toxina botulínica en el síndrome miofascial es heterogénea y depende críticamente de la localización anatómica considerada. Un mecanismo de acción analgésico bien fundamentado no garantiza, por sí solo, una eficacia clínica demostrada. La decisión terapéutica no debería plantearse en términos de toxina sí o no, sino de en qué localización y en qué paciente, reservando su uso a casos refractarios a las primeras líneas de tratamiento y seleccionando cuidadosamente la técnica de infiltración. Con este fin se propone un algoritmo de selección clínica (Figura 1) que sintetiza los criterios de fracaso terapéutico previo, confirmación diagnóstica y nivel de evidencia por localización. La disociación observada entre la práctica clínica habitual y la evidencia aleatorizada de mayor calidad, particularmente evidente en el dolor miofascial de suelo pélvico, subraya la necesidad de mantener una actitud de revisión crítica continua de la literatura disponible.

PROPUESTA

Algoritmo de selección clínica

de la Fuente Ruiz, 2026 — propuesta para uso clínico, restringida a las localizaciones desarrolladas en este resumen, pendiente de validación prospectiva



AGE: productos finales de glicación avanzada. CCL2: quimiocina ligando 2. DHA: ácido docosahexaenoico. EPA: ácido eicosapentaenoico. IL: interleucina. LPS: lipopolisacárido. LTB4: leucotrieno B4. NGF: factor de crecimiento nervioso. PCR: proteína C reactiva. PGE2: prostaglandina E2. RAGE: receptor de los AGE. TLR4: receptor tipo Toll 4. TNF- α : factor de necrosis tumoral α .

Figura 1. Algoritmo de selección clínica para el uso de toxina botulínica en patología musculoesquelética.

Propuesta de la autora elaborada a partir de la síntesis de evidencia presentada en este resumen (referencias 1, 3-10), pendiente de validación prospectiva, y restringida a las localizaciones anatómicas desarrolladas en el texto. El algoritmo estratifica la decisión terapéutica en tres pasos: confirmación de fracaso de las primeras líneas de tratamiento, confirmación diagnóstica del síndrome miofascial según los criterios de banda tensa, punto gatillo y dolor referido reproducible, y clasificación de la localización anatómica según el nivel de evidencia disponible. Este último paso distingue tres categorías de decisión: evidencia favorable (fascitis plantar), uso selectivo e individualizado (dolor miofascial dorsal alto, epicondialgia lateral, trastornos temporomandibulares y dolor lumbar crónico) y no recomendado de forma rutinaria (región cervical y cintura escapular, y suelo pélvico).



RESÚMENES DE PONENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-de-las-Peñas C, Dommerholt J. International consensus on diagnostic criteria and clinical considerations of myofascial trigger points: a Delphi study. *Pain Med.* 2018;19(1):142-50. DOI: 10.1093/pm/pnx207.
2. Gabriel KA, Hankerd K, Barragan-Iglesias P, Brideau-Andersen AD, Steward LE, McGaraughty S, et al. Botulinum neurotoxin A signaling in pain modulation within human sensory neurons. *J Neurochem.* 2025;169(9):e70236. DOI: 10.1111/jnc.70236.
3. Soares AP, Andriolo RB, Atallah AN, da Silva EMK. Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD007533. DOI: 10.1002/14651858.CD007533.pub3.
4. Saltychev M, Miikkulainen A, Juhola J. Efficacy of botulinum toxin in myofascial pain in neck and shoulder: systematic review and meta-analysis. *Int J Rehabil Res.* 2025;48(2):83-9. DOI: 10.1097/MRR.0000000000000669.
5. Leonardi G, Alito A, Portaro S, Di Matteo B, Respizzi S, Kon E, et al. Intramuscular injections of botulinum toxin for the treatment of upper back myofascial pain syndrome: a systematic review of randomized controlled trials. *Eur J Pain.* 2024;28(3):369-81. DOI: 10.1002/ejp.2198.
6. Barreto ESR, Antunes Júnior CR, Alencar VB, Leandro MP, Leite LMB, Lins-Kusterer LEF, et al. The efficacy of botulinum toxin in tennis elbow: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Int Orthop.* 2024;48(12):3139-49. DOI: 10.1007/s00264-024-06339-6.
7. Li Q, Zhang J, Sun J, Gao C, Zhao J. Therapeutic efficacy and safety of botulinum toxin A injection in plantar fasciitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024;19(12):e0312908. DOI: 10.1371/journal.pone.0312908.
8. De la Torre Canales G, Câmara-Souza MB, Ernberg M, Al-Moraissi EA, Grigoriadis A, Lorenzi Poluha R, et al. Botulinum toxin-A for the treatment of myogenous temporomandibular disorders: an umbrella review of systematic reviews. *Drugs.* 2024;84(7):779-809. DOI: 10.1007/s40265-024-02048-x.
9. Wagrees W, Kelani H, Salamah HM, Mahmoud A, Khlidj Y, Abdelraouf MR, et al. The efficacy and safety of botulinum neurotoxin type A in treating chronic low back pain: a systematic review, meta-analysis, trial sequential analysis, and meta-regression. *Eur J Pain.* 2025;29(4):e4796. DOI: 10.1002/ejp.4796.
10. Knapman BL, Li FG, Deans R, Nesbitt-Hawes E, Maheux-Lacroix S, Abbott J. Botulinum toxin for the management of pelvic floor tension myalgia and persistent pelvic pain: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2024;143(1):e7-17. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005388.

¿CUÁNDO DEJO DE ESCALAR OPIOIDES? DECISIONES REALES EN DOLOR ONCOLÓGICO COMPLEJO

Estrella Rodríguez Agea

Especialista en Anestesiología y Reanimación. Coordinadora de la Unidad Interprovincial de Dolor de Huelva. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Vocal de la Junta Directiva de la Asociación Andaluza del Dolor

INTRODUCCIÓN

Los opioides son una herramienta esencial en el tratamiento del dolor oncológico moderado o intenso. No obstante, en el paciente oncológico complejo la escalada progresiva de dosis puede dejar de aportar beneficio cuando el incremento del dolor obedece a progresión tumoral, cambio del mecanismo doloroso, dolor irruptivo mal caracterizado, toxicidad, tolerancia o sospecha de hiperalgesia inducida por opioides.

OBJETIVO

Proponer un enfoque práctico para reconocer cuándo la escalada de opioides debe detenerse y sustituirse o complementarse con una estrategia dirigida a la causa, al mecanismo del dolor, a la toxicidad y a los objetivos funcionales del paciente.

¿QUÉ DEBEMOS PREGUNTARNOS ANTES DE AUMENTAR LA DOSIS?

Antes de aumentar la dosis conviene responder cinco preguntas clínicas:

- ¿Ha cambiado la localización o el mecanismo del dolor?
- ¿Existe progresión tumoral, complicación terapéutica, infección u otra causa reversible?
- ¿El opioide mantiene un beneficio analgésico y funcional clínicamente relevante?
- ¿La toxicidad limita el tratamiento?
- ¿Hay una alternativa más eficaz o segura, como radioterapia, coanalgesia, técnicas intervencionistas o cuidados paliativos?

SITUACIONES CLÍNICAS FRECUENTES

Tres escenarios obligan a frenar la escalada automática. Primero, el aumento del uso de rescates puede indicar progresión tumoral o aparición de un nuevo generador de dolor, por lo que debe motivar reevaluación clínica y, si procede, pruebas complementarias. Segundo, la presencia de somnolencia, delirium, alucinaciones o mioclonías sugiere toxicidad opioide y obliga a revisar función renal, hidratación, interacciones, reducción de dosis o rotación. Tercero, un dolor con quemazón, descargas eléctricas, alodinia o claro componente posicional orienta a dolor neuropático o mixto, en el que la coanalgesia, las medidas intervencionistas y el tratamiento etiológico pueden ser más eficaces que una nueva escalada.

¿CUÁNDO DEBEMOS PONER STOP A LA ESCALADA?

La escalada de opioides debe reconsiderarse cuando aparece una o varias de las siguientes situaciones:

- No hay mejoría analgésica ni funcional proporcional.



RESÚMENES DE PONENCIAS

- Los efectos adversos superan el beneficio obtenido.
- Aparece toxicidad neurocognitiva, delirium o mioclonías.
- Cambia el mecanismo del dolor o se identifica una causa tratable.
- Aumenta de forma reiterada el consumo de rescates sin respuesta sostenida.
- Se sospechan tolerancia clínicamente relevante o hiperalgesia inducida por opioides.

No existe una dosis universal a partir de la cual detenerse. El límite debe definirse por el balance beneficio-riesgo, la situación funcional, la expectativa clínica y los objetivos consensuados con el paciente y el equipo.

UN ALGORITMO PRÁCTICO

Aumento del dolor → reevaluación clínica → identificar causa y mecanismo → valorar beneficio y toxicidad del opioide → tratar causa si es posible → optimizar coanalgesia y medidas no farmacológicas → considerar técnicas intervencionistas → rotar o reducir opioide si procede → reevaluar objetivos (Tabla I).

Tabla I. Algoritmo práctico para la reevaluación del aumento del dolor en un paciente oncológico tratado con opioides.

AUMENTO DEL DOLOR EN PACIENTE ONCOLÓGICO CON OPIOIDES		
1. Reevaluación clínica Intensidad y evolución · Funcionalidad · Adherencia · Efectos adversos · Uso de rescates		
2. Identificar causa y mecanismo ¿Existe causa tratable? Si sí: tratar la causa y reevaluar. Si no o persiste: definir mecanismo predominante: nociceptivo, neuropático, nociplástico o mixto		
3. Comprobar balance del opioide Beneficio analgésico y funcional frente a toxicidad: somnolencia, deterioro cognitivo, estreñimiento, náuseas, mioclonías, delirium o sospecha de hiperalgesia		
Beneficio adecuado toxicidad aceptable	Beneficio insuficiente o toxicidad significativa	Causa/mecanismo modificable
Optimizar coanalgesia y medidas no farmacológicas	Valorar reducción, rotación del opioide o cambio de estrategia	Tratar causa, ajustar al mecanismo y coordinar abordaje multidisciplinar
4. ¿Persiste dolor con impacto clínico o funcional? No: mantener plan y seguimiento. Sí: valorar técnicas intervencionistas si están indicadas		
REEVALUAR RESPUESTA, FUNCIÓN, SEGURIDAD Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS → SEGUIMIENTO Y REVISIÓN PERIÓDICA		

EL PAPEL DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

La decisión de detener o continuar la escalada rara vez corresponde a un único profesional. La coordinación entre Oncología, Cuidados Paliativos, Radioterapia, Unidad del Dolor, Rehabilitación, Enfermería y Psicología permite identificar precozmente progresión tumoral, seleccionar tratamientos dirigidos al mecanismo y evitar que el opioide se convierta en la única respuesta ante cualquier incremento del dolor.

CONCLUSIONES

La escalada de opioides no debe ser una respuesta automática ante el aumento del dolor oncológico.

Antes de aumentar la dosis deben revisarse la causa del dolor, el mecanismo predominante, el beneficio funcional, la toxicidad y las alternativas disponibles.

Dejar de escalar no significa abandonar al paciente, sino cambiar de estrategia para alcanzar el máximo beneficio analgésico y funcional con el menor coste posible en toxicidad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Paice JA, Bohlke K, Barton D, Craig DS, El-Jawahri A, Hershman DL, et al. Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline. *J Clin Oncol*. 2023;41(4):914-30. DOI: 10.1200/JCO.22.02198.
2. Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*. 2018;29(Suppl 4):iv166-91. DOI: 10.1093/annonc/mdy152.
3. Caraceni A, Martini C, Zecca E, Portenoy RK, Ashby MA, Hawson G, et al. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain. *Palliat Med*. 2004;18(3):177-83. DOI: 10.1191/0269216304pm890oa.
4. Mercadante S, Arcuri E, Santoni A. Opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *CNS Drugs*. 2019;33(10):943-55. DOI: 10.1007/s40263-019-00660-0.
5. Mercadante S. Opioid analgesics adverse effects: the other side of the coin. *Curr Pharm Des*. 2019;25(30):3197-202. DOI: 10.2174/1381612825666190717152226.

RESÚMENES

DE COMUNICACIONES



DOLOR AGUDO

DA-1 Comparación de la analgesia epidural frente a intravenosa y de diferentes protocolos analgésicos en pacientes intervenidos por fractura de tobillo: estudio observacional retrospectivo

M. S. Cuéllar Gómez; F. Neira Reina

Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz

Objetivos: El dolor postoperatorio tras la cirugía de fractura de tobillo puede condicionar la recuperación funcional y la aparición de efectos adversos relacionados con el tratamiento analgésico. La analgesia epidural y las estrategias intravenosas constituyen alternativas utilizadas en el manejo de estos pacientes, aunque la elección de la técnica debe individualizarse en función de la intensidad del dolor, las características del paciente y el perfil de efectos secundarios.

El objetivo de este estudio fue comparar el control del dolor postoperatorio mediante analgesia epidural frente a analgesia intravenosa en pacientes intervenidos por fractura de tobillo y analizar los resultados según sexo, edad y clasificación ASA. Como objetivo secundario se planteó comparar el control analgésico entre los diferentes protocolos utilizados en la Unidad de Dolor Agudo (UDA).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre los registros disponibles de pacientes intervenidos quirúrgicamente por fractura de tobillo y atendidos posteriormente por la UDA del Hospital Universitario de Puerto Real durante el periodo comprendido entre marzo de 2021 y mayo de 2026. Se analizaron variables demográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento analgésico.

La variable principal fue la intensidad del dolor postoperatorio, valorada mediante escala verbal numérica (EVN) a las 24 horas de realizado el procedimiento, tanto en reposo como durante el movimiento. Como variables secundarias se analizaron calidad del sueño, satisfacción, estancia hospitalaria y diferentes efectos adversos relacionados con el tratamiento, incluyendo náuseas, vómitos, estreñimiento, alteraciones de la micción y otros eventos registrados.

Se realizó una comparación principal entre pacientes que recibieron analgesia intravenosa y aquellos que recibieron analgesia epidural. Asimismo, se analizaron los diferentes protocolos analgésicos identificados en la base de datos (A1-A6, B1, B2, D2).

Los protocolos fueron: A1, metamizol, A2 dexketoprofeno, A3 paracetamol, A4 dexketoprofeno en asociación con paracetamol, A5 dexketoprofeno en asociación con metamizol, A6 metamizol en asociación con paracetamol; B1 tramadol en asociación con metamizol, B2 tramadol en asociación con dexketoprofeno, D2 perfusión de oxicodona.

Los resultados se analizaron de forma global y posteriormente mediante subgrupos según sexo, edad y clasificación ASA. Para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central y para la comparación de EVN se utilizó la prueba de Mann-Whitney; para la comparación entre diferentes protocolos se empleó la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: En los pacientes intervenidos por fractura de tobillo incluidos en nuestra base de datos, la analgesia epidural no mostró superioridad frente a la analgesia intravenosa en el control del dolor postoperatorio, tanto en reposo como durante el movimiento.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

El análisis por sexo, edad y ASA no mostró diferencias estadísticamente significativas, aunque se observaron tendencias descriptivas que podrían justificar estudios posteriores dirigidos a identificar qué perfiles de pacientes podrían beneficiarse más de cada estrategia.

Entre los protocolos analgésicos, A6 mostró el mejor equilibrio entre control del dolor y tamaño muestral, mientras que D2 y B2 presentaron las mayores puntuaciones de EVN. Estos resultados deben interpretarse teniendo en cuenta el posible sesgo de indicación.

Conclusiones: Los resultados apoyan la necesidad de realizar un estudio prospectivo con recogida estandarizada de variables y seguimiento individualizado del paciente para determinar qué estrategia analgésica proporciona el mejor equilibrio entre eficacia, efectos adversos y recuperación postoperatoria.

Palabras clave: Dolor postoperatorio, fractura de tobillo, analgesia epidural, analgesia intravenosa, escala verbal numérica.

DA-2 Analgesia postoperatoria en cirugía de hombro: bloqueo supraescapular-axilar frente al interescalénico

F. Quesada Quesada; J. M. López Millán; S. Heras Cruz; J. García-Rosales Delgado

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Objetivos: Evaluar la eficacia analgésica y el perfil de seguridad del bloqueo combinado de los nervios supraescapular y axilar (SSN+ANB) frente al bloqueo interescalénico (ISB) en cirugía de hombro.

Como objetivos secundarios, analizar el control del dolor en las primeras 24 horas, el consumo de analgesia de rescate, la aparición de dolor de rebote, la duración de la analgesia, el grado de bloqueo motor, la satisfacción del paciente y la incidencia de efectos adversos, especialmente aquellos relacionados con el bloqueo del nervio frénico.

Asimismo, valorar el papel del SSN+ANB como alternativa en pacientes con riesgo respiratorio o en situaciones en las que deba preservarse la función diafragmática.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura publicada en los últimos cinco años, incluyendo ensayos clínicos y metanálisis que comparan el bloqueo interescalénico con la combinación de bloqueo del nervio supraescapular y axilar para analgesia posoperatoria en cirugía de hombro.

Se analizaron como variables principales la intensidad del dolor posoperatorio, el consumo de opioides y analgésicos de rescate, la duración de la analgesia y la incidencia de dolor de rebote.

Como variables secundarias se evaluaron el bloqueo motor, la recuperación funcional, la satisfacción del paciente y la aparición de complicaciones, entre ellas paresia diafragmática, disnea, síndrome de Horner, disfonía, disfagia y debilidad del miembro superior.

Los estudios revisados incluyeron diferentes técnicas anestésicas y pautas de analgesia complementaria, circunstancia considerada al interpretar los resultados.

Resultados: El ISB proporciona una analgesia más intensa durante las primeras horas tras la cirugía, con menores puntuaciones de dolor y menor necesidad inicial de analgesia de rescate. Sin embargo, estas diferencias disminuyen progresivamente y, más allá de las 8–12 horas, el control analgésico tiende a igualarse entre ambas técnicas.

A las 24 horas, la analgesia global y el consumo de analgésicos son clínicamente comparables. El ISB puede asociarse además a mayor dolor de rebote al desaparecer su efecto, mientras que el SSN+ANB muestra un perfil analgésico más estable.

La duración de la analgesia es similar, aproximadamente 6–10 horas, aunque el ISB puede prolongarse ligeramente más. El SSN+ANB presenta una clara ventaja en la preservación motora y en la reducción de efectos adversos, especialmente paresia diafragmática, disnea, síndrome de Horner, disfonía y debilidad del brazo. La satisfacción del paciente es elevada con ambas técnicas.

Conclusiones: El bloqueo combinado supraescapular-axilar ofrece una analgesia posoperatoria clínicamente equivalente al interescalénico a las 24 horas, con menor incidencia de complicaciones y mejor preservación motora y respiratoria. Aunque el ISB mantiene una superioridad analgésica en las primeras horas, el SSN+ANB constituye una alternativa especialmente relevante en pacientes con riesgo respiratorio o cuando se desea evitar afectación frénica. La elección de la técnica debe individualizarse según el perfil del paciente, el tipo de cirugía y la prioridad entre analgesia inmediata y seguridad.

Palabras clave: Dolor posoperatorio, analgesia regional, bloqueo interescalénico, nervio supraescapular, nervio axilar.



DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

DM-1 Ecosistema digital para la transferencia del conocimiento sobre dolor crónico primario y humanización de su atención: un enfoque basado en ciencia de la implementación, co-diseño y cambio conductual

E. R. Serrano Ibáñez; V. Barrado Moreno; R. Esteve; R. M. Calderón García; L. Buendía Sánchez; A. Fernández González; R. de la Vega

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga

Objetivos: En España, datos recientes estiman una prevalencia de dolor crónico del 25,9 % en la población adulta, con una mayor afectación en mujeres y una importante repercusión psicológica, funcional y social. Esta realidad coexiste con importantes barreras asistenciales, dificultades de acceso a información rigurosa y la persistencia de actitudes estigmatizantes hacia las personas que viven con este dolor persistente. Más allá del dolor, muchas personas experimentan falta de credibilidad, estigmatización y dificultades de comunicación con profesionales y familiares.

En primer lugar, se contempla una falta de conocimiento generalizado acerca del dolor crónico, siendo esta realidad más agravada cuando la condición está asociada a un diagnóstico de dolor crónico primario (DCP), incluyendo esta categoría la fibromialgia, el síndrome de dolor regional complejo, determinadas cefaleas crónicas y algunos cuadros de dolor musculoesquelético persistente, entre otras. Existen creencias erróneas arraigadas (p. ej., que presentan una explicación médica “inexistente”, que los síntomas “son psicológicos”, o que “no es una enfermedad real”), lo que incrementa la invalidación, la confusión y la dificultad para acceder a un manejo adecuado de estas condiciones, deteriorando la experiencia asistencial. Del mismo modo, existe escasa formación en materia de trauma y síntomas postraumáticos y de cómo ello impacta en el dolor y su abordaje, aunque se observan tasas más elevadas de trauma psicosocial y adversidad a lo largo de la vida en personas con DCP (en comparación con la población general). Esta falta de información puede constituir una barrera para el reconocimiento de los síntomas, la empatía y respuesta clínica y la adherencia a tratamientos. En esta línea, la literatura ha puesto de manifiesto que los profesionales sanitarios muestran menos empatía hacia estas personas, ya que no pueden comprender el origen de su condición y, por ende, tienen inconvenientes a la hora de abordar el problema.

Por otra parte, la presencia (o ausencia) de procesos fisiopatológicos claros subyacentes al dolor, así como sus síntomas físicos visibles (o no visibles), han provocado la estigmatización de estas patologías. En comparación con las personas con afecciones secundarias de dolor crónico, las diagnosticadas de DCP informan de un mayor estigma cotidiano y autoestigma, por el cual las propias personas afectadas internalizan estas creencias negativas sobre su condición, culpabilizándose por sus síntomas, minimizando su malestar o dudando de la legitimidad de su experiencia de dolor. La evidencia muestra que el estigma y autoestigma relacionado con el dolor crónico afectan negativamente a la experiencia de enfermedad y favorecen procesos de invalidación social, reduciendo la búsqueda de ayuda y la participación activa en el tratamiento. Asimismo, diversos estudios han puesto de manifiesto que muchos pacientes perciben una falta de comprensión tanto por parte de profesionales sanitarios como de su entorno social.

La expansión de las tecnologías digitales ha abierto nuevas posibilidades para la transferencia del conocimiento científico, la educación sanitaria y el apoyo al autocuidado. Las intervenciones digitales basadas en principios psicológicos y educativos han mostrado resultados prometedores en la mejora de la autoeficacia, el afrontamiento y algunas variables clínicas en personas con dolor crónico.

Métodos: La mera disponibilidad de recursos digitales no garantiza su utilización ni su impacto. La literatura en ciencia de la implementación muestra que una proporción considerable de intervenciones potencialmente eficaces fracasa al trasladarse a contextos reales debido a barreras organizativas, culturales y contextuales. Por ello, resulta necesario diseñar estrategias de transferencia que incorporen desde el inicio la perspectiva de los usuarios finales y los principios de implementación.

El presente trabajo describe el diseño conceptual de un ecosistema digital de carácter científico-divulgativo orientado a mejorar la comprensión del dolor crónico primario y sus condiciones comórbidas (como los síntomas postraumáticos), reducir el estigma y favorecer la transferencia de conocimiento basado en evidencia mediante un proceso de co-diseño con las personas implicadas. La propuesta se fundamenta en tres pilares teóricos complementarios.

- En primer lugar, adopta el modelo biopsicosocial del dolor, ampliamente respaldado por la evidencia contemporánea, que reconoce la interacción dinámica de factores biológicos, psicológicos y sociales en la experiencia dolorosa.
- En segundo lugar, incorpora la perspectiva de la ciencia de la implementación mediante el Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Este marco permite identificar los factores que influyen en la adopción, aceptabilidad y sostenibilidad de una intervención, considerando características de la innovación, contexto interno y externo, usuarios implicados y procesos de implementación.
- Finalmente, el diseño de los contenidos se apoyará en el modelo COM-B, que propone que cualquier cambio conductual depende de la interacción entre capacidad (Capability), oportunidad (Opportunity) y motivación (Motivation) para realizar el comportamiento objetivo. Este enfoque resulta especialmente relevante en dolor crónico, donde el conocimiento, la autoeficacia, el apoyo social y la motivación desempeñan un papel fundamental en la adopción de estrategias de afrontamiento saludables.

El objetivo de este proyecto es desarrollar un ecosistema digital basado en evidencia científica y codiseñado con los agentes implicados para mejorar la información, sensibilización y formación sobre dolor crónico primario.

Específicamente pretende:

1. Proporcionar información rigurosa, actualizada y accesible sobre dolor crónico primario y síntomas asociados.
2. Mejorar la alfabetización en salud relacionada con el dolor.
3. Reducir el estigma y autoestigma asociados al dolor persistente.
4. Favorecer prácticas clínicas sensibles al trauma y basadas en el modelo biopsicosocial.
5. Promover la transferencia efectiva del conocimiento generado por la investigación.
6. Desarrollar una estrategia escalable y sostenible de divulgación científica, con recursos para personas con DCP, familiares y clínicos.

Metodología de co-diseño: el desarrollo del ecosistema digital seguirá una metodología participativa basada en principios de co-diseño, ampliamente reconocida por mejorar la pertinencia clínica, la aceptabili-



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

dad, la usabilidad y la equidad de las intervenciones sanitarias. Frente a modelos tradicionales centrados exclusivamente en expertos, el co-diseño incorpora a pacientes, familiares, profesionales sanitarios e investigadores como agentes activos en la generación de conocimiento, reconociendo el valor de la experiencia vivida para desarrollar recursos que respondan a necesidades reales. Desde la ciencia de la implementación, esta participación temprana permite identificar barreras y facilitadores contextuales, adaptar mejor la intervención a los entornos de uso y favorecer su adopción y sostenibilidad.

Participarán cuatro grupos de interés:

1. pacientes con dolor crónico primario,
2. familiares y cuidadores,
3. profesionales sanitarios y
4. personal investigador especializado en dolor.

La primera fase consistirá en grupos focales y entrevistas semiestructuradas para identificar necesidades informativas, barreras de acceso al conocimiento, preferencias sobre formatos digitales y experiencias relacionadas con la comunicación sobre el dolor. La información obtenida se examinará mediante análisis temático utilizando CFIR como marco de referencia.

Los resultados servirán para definir la arquitectura de contenidos, el lenguaje y las funcionalidades del ecosistema. La propuesta se estructurará en torno a una plataforma web central complementada por recursos multimedia y estrategias de difusión multicanal. Según las preferencias identificadas durante el co-diseño, podrán incorporarse vídeos animados, infografías, materiales visuales, recursos descargables e información adaptada para redes sociales. La utilización de formatos diversos pretende mejorar la accesibilidad y favorecer la comprensión, de acuerdo con los principios del modelo COM-B de cambio conductual.

Estrategia de implementación: la estrategia de implementación se diseñará de forma prospectiva utilizando el CFIR para anticipar factores que puedan facilitar o dificultar la adopción del ecosistema. En relación con las características de la innovación, se priorizarán aspectos asociados a una mayor aceptabilidad e implementación, como la facilidad de uso, la accesibilidad digital, la adaptabilidad a distintos perfiles de usuarios, la calidad científica de los contenidos y su actualización continua.

Respecto al contexto externo, se promoverá la colaboración con asociaciones de pacientes, hospitales, centros de atención primaria, instituciones académicas y sociedades científicas, integrando el ecosistema en redes asistenciales, comunitarias y científicas ya existentes. En cuanto al contexto interno, se fomentará la implicación activa de profesionales clínicos, investigadores y entidades colaboradoras desde las fases iniciales del proyecto para favorecer la adecuación del recurso y su integración en actividades clínicas, formativas y divulgativas.

El proceso seguirá una lógica de mejora continua basada en la retroalimentación de pacientes, familiares y profesionales, permitiendo adaptar contenidos y funcionalidades a las necesidades detectadas. Además, se establecerá un plan de evaluación continua que incluirá indicadores de uso, accesibilidad, satisfacción, utilidad percibida, alcance de la difusión, incorporación de los materiales en contextos asistenciales y cambios en conocimientos, creencias y actitudes hacia el dolor crónico primario mediante encuestas integradas en la propia plataforma.

Conclusiones: El dolor crónico primario constituye un importante reto sanitario y social que requiere estrategias innovadoras de transferencia del conocimiento. El desarrollo de un ecosistema digital basado en evidencia científica, sustentado en marcos de implementación como el CFIR y en modelos de cambio conductual como COM-B, puede contribuir a acercar el conocimiento sobre el dolor a pacientes, familia-

res, profesionales sanitarios y sociedad. La participación activa de los usuarios mediante metodologías de co-diseño permitirá incrementar la relevancia, aceptabilidad y sostenibilidad de la intervención, favoreciendo una atención más participativa, humanizada y centrada en las necesidades de las personas que conviven con dolor crónico.

Palabras clave: *Ecosistema digital, dolor crónico, implementación, co-diseño, cambio conductual.*

DM-2 Síntomas de sensibilización central como predictores del impacto del insomnio en personas con dolor crónico no oncológico

E. R. Serrano Ibáñez¹; V. Barrado Moreno¹; C. Luque Jiménez¹; J. M. González Mesa²; M. Fernández Baena³; M. Rivera Pérez²; S. Moga Lozano⁴; M. Sellamito Morales⁵

¹Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga; ²Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga; ³Hospital Regional de Málaga; ⁴UGC Torre del Mar, Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía; ⁵UGC Vélez Sur, Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía

Objetivos: El modelo biopsicosocial del dolor concibe el mismo como una interacción multidimensional y dinámica entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales que se influyen recíprocamente, lo que da lugar a síndromes complejos de dolor¹. Una de las manifestaciones más frecuentes en personas con dolor crónico son las alteraciones del sueño, incluyendo la mala calidad del sueño, la reducción del tiempo total de descanso y el insomnio². Estos problemas se asocian con mayor intensidad e interferencia del dolor³. Además, la evidencia disponible sugiere que la relación entre dolor crónico y sueño es bidireccional, de modo que el dolor puede dificultar el descanso nocturno y, a su vez, el sueño insuficiente o no reparador puede incrementar la sensibilidad al dolor y empeorar el funcionamiento diario². Asimismo, los pensamientos rumiativos negativos respecto al dolor, es decir, el catastrofismo del dolor, se asocian con mayores problemas de sueño y con mayor intensidad e interferencia del dolor^{4,5}.

Además de los factores cognitivo-emocionales, determinados mecanismos neurofisiológicos podrían contribuir al mantenimiento del dolor y a su impacto sobre el sueño y la funcionalidad. En este sentido, el dolor crónico, especialmente el categorizado como primario o nociplástico, puede estar asociado a la sensibilización del sistema nervioso central (SC), que implica una respuesta incrementada de las neuronas nociceptivas⁶. Estas condiciones, por ejemplo, dolor miofascial, fibromialgia, dolor pélvico crónico, o migrañas, entre otras, se asocian con mayor intensidad e interferencia del dolor⁷, así como con distintos síntomas biopsicosociales como alteraciones emocionales y dificultades de sueño, afectando de forma notable a la calidad de vida de las personas⁸. Específicamente, diversos estudios comparativos han demostrado que las personas con dolor crónico que evidencian síntomas de SC refieren mayores problemas de sueño⁹ y catastrofismo del dolor en comparación con aquellas sin sintomatología de SC.

No obstante, la mayoría de las investigaciones se han llevado a cabo en muestras de personas con diagnósticos concretos de dolor crónico como, por ejemplo, osteoartritis¹⁰ o dolor neuropático⁹. Por otro lado, gran parte de la evidencia disponible ha utilizado diseños comparativos entre personas con y sin síntomas de SC, sin tener en cuenta el papel conjunto de todas estas variables (síntomas de SC, catastrofismo del dolor, intensidad e interferencia del dolor) en su asociación con los problemas de sueño. Esta aproximación dificulta conocer la contribución específica de cada variable cuando se consideran simultáneamente factores clínicos, psicológicos y neurofisiológicos. Además, la evidencia disponible ha tenido en cuenta la asociación de estas variables con los problemas de sueño considerando la calidad y la cantidad del sueño, pero ha prestado menor atención al impacto funcional que el insomnio puede tener en las actividades de la vida diaria de la persona.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Por tanto, el objetivo de este estudio ha sido analizar, de forma exploratoria, la contribución independiente de las variables asociadas al dolor (intensidad e interferencia del dolor), las variables psicológicas (catastrofismo del dolor) y los síntomas de SC con el impacto que tiene el insomnio en la vida diaria de las personas con distintos diagnósticos de dolor crónico.

Métodos: Participantes: La muestra total estuvo compuesta por 74 participantes, reclutados en las unidades del dolor de tres hospitales generales de Málaga. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de edad, tener un diagnóstico de dolor crónico no oncológico, una intensidad media de dolor de al menos 3 puntos durante más de 5 días a la semana.

Las personas elegibles fueron informadas del estudio y, tras aceptar participar, contactadas por el equipo investigador. La evaluación se realizó mediante entrevistas telefónicas semiestructuradas de aproximadamente 30 minutos, llevadas a cabo por psicólogas especializadas en dolor crónico. Antes de comenzar, los participantes recibieron información sobre los objetivos, voluntariedad, confidencialidad y posibilidad de abandonar el estudio, y otorgaron consentimiento informado oral. El estudio siguió la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de Málaga (CEIP-281021).

Instrumentos. Datos sociodemográficos y clínicos: se solicitó a los participantes información sobre su sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Además, se recogió información clínica relativa a su diagnóstico de dolor crónico no oncológico.

Inventario Breve de Dolor (BPI): el BPI permite evaluar la intensidad e interferencia del dolor. El alfa de Cronbach en este estudio fue de 0,78 y 0,79, respectivamente.

Inventario de Sensibilización Central (CSI): los síntomas autoinformados de SC fueron evaluados con la versión breve de la escala CSI. En este estudio el alfa de Cronbach fue de 0,82.

Índice de Severidad del Insomnio (ISI): se utilizó la subescala de impacto del insomnio del ISI, compuesta por tres ítems que evalúan el nivel de interferencia de los problemas de sueño en el día a día de la persona. El alfa de Cronbach fue de 0,82.

Catastrofismo del dolor: para evaluar el catastrofismo del dolor se utilizó la versión breve de dos ítems de la escala de catastrofismo del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. El alfa de Cronbach fue de 0,81.

Análisis: se calcularon los estadísticos descriptivos y correlaciones. Para estudiar la relación de las variables físicas y psicológicas con el impacto del insomnio se llevó a cabo una regresión lineal jerárquica, utilizando el método “introducir”. Las variables fueron incorporadas en bloques sucesivos: 1) edad, 2) variables relacionadas con el dolor, 3) catastrofismo, y 4) síntomas de sensibilización central.

Resultados: Participantes: la muestra estuvo compuesta por 74 personas con dolor crónico no oncológico, mayoritariamente mujeres (76 %), con una edad media de 62,9 años (DT = 13,73). La mayoría estaba casada o convivía en pareja (62 %), había completado estudios primarios (43 %) y estaba jubilada (46 %). El diagnóstico más frecuente fue el dolor musculoesquelético secundario (66 %), seguido del dolor crónico generalizado (26 %). La intensidad media del dolor fue de 6,55 (DT = 1,56) y el tiempo medio de evolución fue de aproximadamente 19 años.

Regresión lineal jerárquica: para analizar la contribución de las variables clínicas y psicológicas al impacto del insomnio, se realizó una regresión lineal jerárquica con los 72 participantes con datos completos. En el primer bloque, la edad explicó el 10,8 % de la varianza del impacto del insomnio ($R^2 = 0,108$; $p = 0,005$), mostrando una asociación negativa significativa ($\beta = -0,328$; $p = 0,005$). La incorporación de la intensidad

media y la interferencia del dolor en el segundo bloque incrementó significativamente la varianza explicada ($\Delta R^2 = 0,160$; $p = 0,001$), alcanzando el modelo un $R^2 = 0,267$. En este bloque, la interferencia del dolor fue el único predictor significativo ($\beta = 0,337$; $p = 0,006$).

La inclusión del catastrofismo del dolor en el tercer bloque aumentó la varianza explicada hasta el 30,5 %, aunque este incremento no alcanzó significación estadística ($\Delta R^2 = 0,038$; $p = 0,060$). Finalmente, la incorporación de los síntomas de SC produjo un incremento significativo de la varianza explicada ($\Delta R^2 = 0,254$; $p < 0,001$), alcanzando el modelo final un $R^2 = 0,559$ y un R^2 ajustado = 0,525. En este modelo final, los síntomas de SC fueron el único predictor significativo del impacto del insomnio ($B = 0,336$; $\beta = 0,628$; IC 95 %: 0,227-0,445; $p < 0,001$). Los indicadores del modelo mostraron ausencia de problemas relevantes de multicolinealidad (VIF entre 1,106 y 1,812) e independencia de los residuos (Durbin-Watson = 2,113).

Conclusiones: El presente estudio aporta evidencia preliminar sobre el papel diferencial de los síntomas de SC en el impacto del insomnio en personas con dolor crónico no oncológico. Aunque el impacto del insomnio se relacionó inicialmente con variables clínicas y psicológicas relevantes, como la intensidad e interferencia del dolor, el catastrofismo y la edad, únicamente los síntomas de sensibilización central mantuvieron una asociación significativa en el modelo multivariante final. Además, la incorporación de los síntomas de SC produjo el mayor incremento en la varianza explicada, lo que sugiere que el impacto del insomnio podría formar parte de un perfil clínico más amplio.

En conclusión, los resultados muestran que, aunque el impacto del insomnio se relaciona con distintas dimensiones del dolor y con el catastrofismo, los síntomas de SC emergen como el principal predictor independiente. Estos hallazgos apoyan la necesidad de adoptar una aproximación biopsicosocial en la evaluación del insomnio en personas con dolor crónico, prestando especial atención a la carga sintomática asociada a la SC.

Bibliografía:

1. Nicholas MK. The biopsychosocial model of pain 40 years on: time for a reappraisal? *Pain*. 2022;163(Suppl 1):S3-14. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002654.
2. Husak AJ, Bair MJ. Chronic pain and sleep disturbances: a pragmatic review of their relationships, comorbidities, and treatments. *Pain Med*. 2020;21(6):1142-52. DOI: 10.1093/pm/pnz343.
3. Ravindranath PT, Smith JG, Rasooli Nia N, Ebelthite C, Renton T. Sleep disturbances are associated with pain intensity and pain-related functional interference in patients experiencing orofacial pain. *J Oral Rehabil*. 2023;50(10):980-90. DOI: 10.1111/joor.13521.
4. Buenaver LF, Quartana PJ, Grace EG, Sarlani E, Simango M, Edwards RR, et al. Evidence for indirect effects of pain catastrophizing on clinical pain among myofascial temporomandibular disorder participants: the mediating role of sleep disturbance. *Pain*. 2012;153(6):1159-66. DOI: 10.1016/j.pain.2012.01.023.
5. Smith MT, Perlis ML, Carmody TP, Smith MS, Giles DE. Presleep cognitions in patients with insomnia secondary to chronic pain. *J Behav Med*. 2001;24(1):93-114. DOI: 10.1023/A:1005690505632.
6. Treede RD, Hoheisel U, Wang D, Magerl W. Central sensitization: clinical utility of a physiological concept for the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems and for nociplastic pain. *Pain*. 2022;163(suppl 1):S99-107. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002740.
7. Tuell A, Durette DP, Krein SL. Characteristics of central sensitization and its relationship with demographics and pain indicators among veterans with chronic pain: a cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(34):e44054. DOI: 10.1097/MD.00000000000044054.
8. Adams LM, Turk DC. Psychosocial factors and central sensitivity syndromes. *Curr Rheumatol Rev*. 2015;11(2):96-108. DOI: 10.2174/1573397111666150619095330.
9. Sachau J, Kersebaum D, Hüllemann P, Adolf D, Kabelitz M, Keller T, et al. The association of self-reported symp-



toms of central sensitization and sleep disturbances in neuropathic pain. Pain Rep. 2023;8(5):e1098. DOI: 10.1097/PR9.0000000000001098.

Palabras clave: Sensibilización central, insomnio, dolor crónico, impacto.

DM-3 Ejercicio físico en el dolor lumbar crónico inespecífico: ¿qué modalidad y qué estrategia ofrecen mayores beneficios?

M. Hernández León¹; J. M. Jarrin Paredes²; M. Ahdani Arenas¹; C. Olivas Romero¹; M. A. Sánchez García¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ²Universidad de Granada

Objetivos: Analizar la evidencia científica reciente sobre los efectos del ejercicio físico en el dolor lumbar crónico inespecífico, valorando su impacto sobre el dolor, la discapacidad funcional y la calidad de vida, así como las diferencias entre modalidades de ejercicio y el posible beneficio de combinarlo con otras intervenciones.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica siguiendo las recomendaciones PRISMA 2020. Se realizaron búsquedas en PubMed, Scopus, PEDro y Web of Science entre marzo y abril de 2026. Se incluyeron estudios publicados en inglés o español en población adulta con dolor lumbar crónico inespecífico de ≥ 12 semanas, en los que el ejercicio físico constituyera parte de la intervención. Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metanálisis. Los principales resultados evaluados fueron intensidad del dolor, discapacidad funcional y calidad de vida. De 96 registros identificados inicialmente, 82 fueron sometidos a cribado y finalmente se incluyeron 15 estudios. La heterogeneidad de las intervenciones y variables impidió realizar un metanálisis, por lo que se efectuó una síntesis narrativa.

Resultados: La mayoría de los estudios mostraron que el ejercicio físico produce mejorías clínicamente relevantes en dolor y discapacidad funcional en pacientes con dolor lumbar crónico inespecífico. Los beneficios se observaron con diferentes modalidades, como ejercicio terapéutico, control motor, estabilización lumbar, fortalecimiento y pilates, sin que ninguna demostrara una superioridad consistente. Estos resultados coinciden con la evidencia disponible, que indica que los programas estructurados de ejercicio reducen el dolor y las limitaciones funcionales.

Las intervenciones basadas en control motor y estabilización obtuvieron resultados favorables. La estabilización neuromuscular dinámica mejoró el control postural y la función muscular, aunque no mostró diferencias en dolor y discapacidad respecto a ejercicios convencionales de estabilización del tronco (core). El pilates también produjo beneficios frente al ejercicio general domiciliario en mujeres mayores con dolor lumbar crónico. Por otro lado, los estiramientos autoadministrados no mostraron diferencias significativas frente al ejercicio de control motor, lo que sugiere que distintas estrategias activas pueden lograr resultados similares.

Conclusiones: Las intervenciones combinadas podrían aportar beneficios adicionales. La asociación de ejercicio con educación terapéutica, terapia manual, entrevista motivacional o estrategias biopsicosociales mostró resultados superiores en algunos estudios. En un ensayo clínico de 55 pacientes, la combinación de ejercicio y terapia manual obtuvo mayores beneficios clínicos que el ejercicio aislado.

La telemedicina constituye también una alternativa potencialmente útil. Un ensayo aleatorizado de 78 pacientes encontró mayores mejoras en dolor, discapacidad y componente físico de la calidad de vida frente a la atención habitual tras ocho semanas.

En conclusión, el ejercicio físico debe formar parte del tratamiento conservador del dolor lumbar crónico inespecífico. No existe evidencia suficiente para considerar una modalidad claramente superior, por lo que su elección debe individualizarse según las características, preferencias y capacidad funcional del paciente. Las intervenciones combinadas con educación y estrategias biopsicosociales pueden aportar beneficios adicionales. La evidencia favorece un modelo activo, individualizado y centrado en el paciente. La heterogeneidad metodológica y los seguimientos limitados justifican estudios futuros con protocolos homogéneos y seguimiento a largo plazo.

Palabras clave: *Dolor lumbar crónico, ejercicio terapéutico, ejercicio físico, control motor, discapacidad.*



DOLOR NEUROPÁTICO

DN-1 Manejo postquirúrgico del dolor asociado a cicatriz dolorosa

A. M. Durán López; C. Rodríguez Rodríguez; L. Cabello Gómez; A. J. Durán Guzmán; L. Pérez Castillo; A. Prieto Seco; F. J. Jiménez Leiva; J. Martínez Rodríguez

Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es describir un caso clínico de síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES) tras una intervención de cirugía laparoscópica, destacando su presentación clínica, proceso diagnóstico y abordaje terapéutico.

Como objetivos secundarios se plantean:

- Identificar las características clínicas del dolor abdominal crónico de origen parietal tras cirugía abdominal.
- Resaltar la importancia del diagnóstico diferencial entre dolor visceral y dolor somático de pared abdominal.
- Analizar la utilidad de las maniobras exploratorias específicas, como el signo de Carnett y el *pinch test*, en la sospecha clínica de ACNES.
- Describir las opciones terapéuticas disponibles, incluyendo tratamiento conservador, infiltraciones ecoguiadas y posibles alternativas intervencionistas en casos refractarios.
- Subrayar la relevancia de un enfoque multidisciplinar en el manejo del dolor abdominal crónico postquirúrgico.

Métodos: Se presenta un caso clínico descriptivo de un paciente con dolor abdominal crónico tras cirugía laparoscópica, atendido en una unidad especializada en dolor. El abordaje diagnóstico y terapéutico se realizó de forma progresiva, integrando valoración clínica, pruebas complementarias y respuesta a tratamiento intervencionista.

El proceso incluyó:

- Recogida de datos clínicos: antecedentes personales, características del dolor, evolución temporal y factores desencadenantes.
- Exploración física dirigida: evaluación del dolor localizado en pared abdominal mediante palpación, signo de Carnett y *pinch test*.
- Pruebas de imagen: ecografía abdominal y tomografía computarizada para descartar patología intraabdominal estructural.
- Evaluación funcional y neurofisiológica: para descartar dolor neuropático y confirmar origen somático/muscular.
- Diagnóstico clínico final: basado en criterios compatibles con síndrome ACNES tras exclusión de patología orgánica.
- Intervención terapéutica: realización de infiltraciones ecoguiadas con anestésico local (lidocaína) y corticoide (betametasona) en el trayecto del nervio cutáneo abdominal anterior.
- Seguimiento clínico: valoración de la evolución del dolor mediante escala EVA y reevaluación funcional periódica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón sometido a colecistectomía laparoscópica sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias inmediatas. A los tres meses de la intervención comienza con dolor localizado en el hipocondrio derecho, coincidente con el sitio de inserción del trócar quirúrgico.

El dolor se describe como punzante, con episodios de tipo urente y sensación de descarga eléctrica, con intensidad elevada (EVA 8–9). Se exacerbaba con la actividad física y la contracción de la musculatura abdominal, sin afectación del descanso nocturno.

La exploración física mostró dolor localizado en pared abdominal sin hallazgos viscerales asociados. Las pruebas de imagen (ecografía y TC abdominal) no evidenciaron alteraciones relevantes. El estudio neurofisiológico descartó neuropatía franca, sugiriendo dolor somático de origen parietal asociado a lesión muscular en fase secuelar.

La exploración clínica dirigida fue positiva para signo de Carnett y *pinch test*, orientando el diagnóstico hacia síndrome ACNES.

Se inició tratamiento con infiltraciones ecoguiadas de anestésico local y corticoide en el trayecto del nervio cutáneo abdominal anterior. Tras las primeras sesiones, el paciente presentó una mejoría significativa del dolor, con reducción de la EVA hasta valores inferiores a 3.

Durante el seguimiento, el paciente mantuvo mejoría clínica variable, con necesidad de infiltraciones periódicas según recurrencia del dolor, sin efectos adversos relevantes asociados al procedimiento.

Conclusiones: El síndrome ACNES constituye una causa infradiagnosticada de dolor abdominal crónico postquirúrgico, especialmente tras cirugías laparoscópicas, donde las cicatrices de los trocares pueden actuar como factor desencadenante.

Finalmente, se destaca la necesidad de un abordaje multidisciplinar entre unidades de dolor, cirugía y atención primaria para optimizar el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

Palabras clave: Dolor neuropático postquirúrgico.

DN-2 Prácticas clínicas en el manejo del dolor neuropático entre profesionales de Atención Primaria

M. Salmerón Martín¹; M. Salmerón Mullor²; R. Sánchez Reyes¹; B. Calvo Losada¹; B. Romerosa Martínez¹; I. Velázquez Rivera¹; R. Gálvez Mateos³

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ²Centro de Salud de Vívar, Almería; ³Universidad de Granada

Objetivos: Analizar las prácticas clínicas, la percepción y las principales dificultades de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en el manejo del dolor neuropático, así como identificar los factores que condicionan la selección y modificación del tratamiento farmacológico y el empleo de estrategias no farmacológicas. Como objetivos secundarios, se pretende conocer el grado de satisfacción con las opciones terapéuticas disponibles, las principales barreras para implementar tratamientos no farmacológicos y la percepción de la propia formación en dolor neuropático. Asimismo, se busca identificar las necesidades formativas y los recursos considerados más útiles para mejorar la capacitación de los profesionales. El estudio pretende ofrecer una aproximación descriptiva a la práctica clínica habitual y detectar áreas susceptibles de mejora en el abordaje integral del paciente con dolor neuropático en Atención Primaria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo basado en una encuesta en línea dirigida a profesionales sanitarios vinculados a la Atención Primaria. El cuestionario fue difundido mediante redes sociales y re-



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

cogió respuestas de forma voluntaria y anónima. Se obtuvieron 67 respuestas, con 66 respuestas válidas para algunas variables. El cuestionario incluyó 16 preguntas distribuidas en cuatro ámbitos: datos demográficos y profesionales; percepción del manejo del dolor neuropático; práctica farmacológica; y empleo de medidas no farmacológicas y necesidades formativas. Se recogieron variables categóricas y preguntas de respuesta múltiple relacionadas con síntomas identificativos, satisfacción terapéutica, dificultades diagnósticas y terapéuticas, tratamientos empleados, combinaciones farmacológicas, criterios de ajuste, intervenciones no farmacológicas, barreras para su implementación y recursos formativos. Se realizó un análisis descriptivo de las frecuencias y porcentajes de respuesta.

Resultados: Participaron 67 profesionales, el 64,2 % mujeres y el 35,8 % hombres; el 61,2 % eran médicos de familia. Los síntomas más reconocidos para identificar dolor neuropático fueron la quemazón (85,1 %), el hormigueo (83,6 %), la sensación de corriente (71,6 %) y el dolor (67,2 %). Los principales desafíos fueron los efectos adversos (66,2 %) y la eficacia limitada (63,1 %). La pregabalina fue el tratamiento de primera elección más señalado y el 61,2 % utilizaba habitualmente un único fármaco. Las combinaciones más frecuentes fueron pregabalina-tramadol y pregabalina-duloxetina (31,3 % ambas). El principal motivo de modificación terapéutica fue la reducción insuficiente del dolor (91 %), seguido de los efectos adversos (73,1 %). Entre las intervenciones no farmacológicas destacaron el ejercicio terapéutico (72,7 %) y la fisioterapia (66,7 %), aunque su implementación estuvo limitada principalmente por la falta de equipos multidisciplinarios (71,6 %) y de cobertura del sistema (65,7 %). En conjunto, se observa una práctica clínica heterogénea, con predominio del abordaje farmacológico y dificultades para implementar estrategias no farmacológicas. La formación constituye un área de mejora, ya que el 58,2 % la considera mejorable y el 19,4 % insuficiente. Las estrategias formativas más demandadas fueron las guías clínicas actualizadas (61,2 %) y los talleres prácticos con casos clínicos (56,7 %).

Conclusiones: Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de reforzar la formación específica y favorecer un abordaje multimodal e interdisciplinar del dolor neuropático en Atención Primaria.

Palabras clave: Dolor neuropático, Atención Primaria, práctica clínica, tratamiento farmacológico, formación médica.

DN-4 Empleo de radiofrecuencia pulsada en síndrome regional complejo de tobillo refractario

R. Sánchez Reyes; M. Salmerón Martín; N. González Lumbreras; P. M. Pastor Salvador; S. Rodríguez Torrubia; B. Calvo Losada; A. Iriondo Cuesta

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: El síndrome regional complejo (SRC) es un trastorno de dolor persistente caracterizado por dolor desproporcionado al acontecimiento desencadenante y acompañado de alteraciones sensitivas, vasomotoras, sudomotoras y/o motoras. Su fisiopatología es multifactorial e incluye inflamación neurogénica, sensibilización nociceptiva y alteraciones vasomotoras.

En población pediátrica, suele aparecer alrededor de los 12 años, afecta predominantemente a las extremidades inferiores y con frecuencia existe un antecedente traumático. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, siendo los criterios de Budapest los más utilizados. El tratamiento debe ser multidisciplinar, basado principalmente en la recuperación funcional mediante fisioterapia y apoyo psicológico, reservándose las técnicas intervencionistas para casos refractarios.

La radiofrecuencia pulsada (RFP) es una técnica de neuromodulación no ablativa que puede modular la transmisión nociceptiva sin producir una lesión térmica permanente. Aunque se ha utilizado en el tratamiento del SRC, la evidencia disponible, especialmente en población pediátrica, es todavía limitada.

Métodos: Paciente de 12 años que acude a nuestra Unidad por dolor en tobillo derecho de un año de evolución, tras traumatismo con avulsión de maléolo tibial. Además, presenta sensación de frío, edema y rubor en el tobillo. Como antecedentes personales, padece artritis idiopática juvenil. Se encuentra en tratamiento con paracetamol y metotrexato, sin mejoría.

Se realiza una resonancia magnética que no muestra alteraciones estructurales y, dada la clínica, se diagnostica síndrome regional complejo del tobillo derecho.

Dada la refractariedad a tratamiento médico, se plantea realizar radiofrecuencia pulsada del nervio ciático en su bifurcación en el hueso poplíteo, administrando dos ciclos a 65 V e infiltrando la articulación tibioastragalina con anestésico local y corticoide, bajo visión ecográfica.

En una cita de revisión al mes de la realización de la técnica, el paciente muestra clara mejoría de los síntomas, habiendo retirado ya el tratamiento analgésico y sin precisar el uso de muletas.

Caso clínico: El caso presentado corresponde a un paciente pediátrico con SRC de tobillo tras traumatismo, con manifestaciones vasomotoras y edema, refractario al tratamiento inicial. La coexistencia de artritis idiopática juvenil hizo necesario descartar patología inflamatoria o estructural como causa de la sintomatología, sin objetivarse alteraciones relevantes en la resonancia.

El tratamiento del SRC pediátrico debe orientarse a la recuperación funcional mediante un abordaje multidisciplinar. Las técnicas intervencionistas pueden plantearse en pacientes seleccionados cuando existe persistencia de los síntomas pese al tratamiento conservador.

La RFP constituye una alternativa de neuromodulación mínimamente invasiva. Su utilización sobre el nervio ciático se ha descrito previamente en pacientes con SRC, aunque fundamentalmente en adultos. La evidencia global continúa siendo limitada: una revisión de 2026 identificó únicamente 11 estudios y 43 pacientes, sin ensayos clínicos aleatorizados, aunque con resultados favorables en la reducción del dolor y sin eventos adversos graves.

En nuestro caso, la RFP del nervio ciático asociada a infiltración intraarticular produjo una clara mejoría clínica al mes, permitiendo retirar el tratamiento analgésico y prescindir de las muletas. No obstante, al realizarse ambas intervenciones simultáneamente, no puede atribuirse la respuesta exclusivamente a la RFP.

Conclusiones: En conclusión, la RFP podría constituir una opción terapéutica en pacientes pediátricos seleccionados con SRC refractario, especialmente cuando las medidas convencionales no consiguen controlar la sintomatología. Sin embargo, la escasez de evidencia específica en niños impide establecer recomendaciones firmes, siendo necesarios estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

Palabras clave: Síndrome regional complejo, pediatría, radiofrecuencia pulsada, nervio ciático, dolor crónico.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

DN-5 Tratamiento del dolor neuropático periférico mediante capsaicina

C. L. Fernández Ocaña; S. Pareja Olías; I. Muñoz Gil

Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz

Objetivos: Describir la actividad asistencial, el perfil demográfico y la frecuentación de los pacientes tratados en nuestra unidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo.

Conclusiones: El 60 % de las intervenciones se centra en edades comprendidas entre 49 y 59 años. Pico de demanda 50-59 años (39,3%).

Rango de edad 22-90 años.

Palabras clave: Capsaicina, dolor neuropático.

DN-6 El esfuerzo del cuidador en pacientes con terapia intratecal: magnitud y relevancia clínica de una carga poco visible

M. Ahdani Arenas; M. Hernández León; C. Olivas Romero; R. Gálvez Mateos; M. A. Sánchez García

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: Cuantificar el nivel de esfuerzo percibido por los cuidadores principales de pacientes portadores de dispositivos intratecales e identificar la proporción de cuidadores que presenta niveles clínicamente relevantes de carga.

Métodos: Estudio observacional descriptivo piloto realizado en cuatro centros hospitalarios. Se incluyeron cuidadores informales de pacientes con dispositivos de administración intratecal implantados durante al menos tres meses.

La variable principal fue el Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC), mediante un cuestionario autoadministrado de 13 ítems que evalúa diferentes dimensiones del impacto físico y emocional del cuidado. Cada respuesta afirmativa se puntuó con un punto, considerándose una puntuación igual o superior a 7 indicativa de un nivel elevado de esfuerzo.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las puntuaciones obtenidas. La normalidad de la distribución se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. El análisis estadístico se realizó con Jamovi versión 2.6.26.

Resultados: Se analizaron 48 cuidadores, sin pérdidas en el registro. La puntuación media del Índice de Esfuerzo del Cuidador fue de $8,00 \pm 3,56$ puntos, con un rango de 2 a 13 puntos y una mediana de 8 (RIC: 5-11).

El 50 % de los cuidadores presentó una puntuación igual o superior a 7, compatible con un nivel elevado de esfuerzo. Se observó una considerable variabilidad interindividual, aunque con una concentración de las puntuaciones en niveles moderados y altos de esfuerzo.

La prueba de Shapiro-Wilk mostró que la distribución de las puntuaciones no seguía una distribución normal ($W = 0,926$; $p = 0,005$).

Estos resultados sugieren que una proporción relevante de los cuidadores de pacientes sometidos a terapia intratecal experimenta una carga considerable, a pesar de que este aspecto no suele formar parte de la valoración clínica habitual del paciente portador de estos dispositivos.

Conclusiones: Los cuidadores de pacientes portadores de dispositivos intratecales presentan un nivel de esfuerzo elevado en una proporción clínicamente relevante de casos, con una puntuación media del Índice de Esfuerzo del Cuidador superior al umbral establecido para carga elevada.

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de considerar al cuidador como un elemento relevante dentro del seguimiento integral del paciente sometido a terapia intratecal. La evaluación sistemática de su carga podría permitir identificar precozmente situaciones de sobrecarga y facilitar el desarrollo de estrategias específicas de educación, apoyo y seguimiento.

Son necesarios estudios multicéntricos con muestras más amplias que permitan determinar los factores asociados a una mayor carga del cuidador y evaluar el impacto de intervenciones dirigidas a su prevención y reducción.

Palabras clave: *Terapia intratecal, dispositivo intratecal, cuidador, sobrecarga.*



ENFERMERÍA

EN-1 Optimización del plasma rico en plaquetas: impacto de la educación enfermera en la preparación metabólica y emocional del paciente

P. Benítez Pareja

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Objetivos: Evaluar la eficacia de una intervención educativa de enfermería sobre la preparación metabólica y emocional preprocedimiento en la adherencia a las instrucciones previas, la calidad visual del concentrado de plasma rico en plaquetas (PRP) y la vivencia del paciente durante la extracción.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en una muestra de 40 pacientes candidatos a tratamiento con PRP en la Unidad del Dolor entre mayo y noviembre de 2025.

Se establecieron dos grupos de intervención:

1. Grupo de Intervención Enfermera (GIE): recibieron información presencial en los días previos a la extracción con instrucciones específicas: suspensión de AINE y corticoides (entre 7 y 10 días), dieta baja en grasa y azúcares al menos 7 días antes, evitar el alcohol (reduce la activación plaquetaria) y ayuno de 4-6 horas. Se incluyó apoyo emocional para reducir la ansiedad previa a la punción.
2. Grupo Control (GC): recibieron las instrucciones estándar en papel sin refuerzo educativo.

Se analizó la calidad visual del plasma (presencia de lipemia) y la facilidad de la venopunción (escala de estrés del paciente).

Resultados: Los pacientes del GIE mostraron haber suspendido los AINE y corticoides del 95 % frente al 80 % del grupo control.

En cuanto a la calidad del concentrado, el 90 % de las muestras del grupo con intervención enfermera presentaron un plasma de buena calidad visual y óptimo para la bioestimulación, mientras que en el grupo control se detectó un 20 % de muestras con presencia lipídica, que dificultó la separación plaquetaria.

Además, la preparación emocional redujo la percepción de dolor durante la extracción en un 50 % según la EVA, facilitando el flujo sanguíneo y reduciendo el tiempo de enfermería por procedimiento.

Discusión: La preparación del paciente por parte de la enfermería no es un paso secundario, sino un factor determinante en la calidad del PRP. La intervención enfermera garantiza que el material biológico infiltrado por el facultativo tenga las condiciones óptimas para mejores resultados en la patología del paciente.

Conclusión: La educación sanitaria realizada por enfermería previa al procedimiento mejora la seguridad del paciente y aumenta el éxito del tratamiento regenerativo.

Palabras clave: Plasma rico en plaquetas, educación del paciente, atención de enfermería, manejo del dolor, cuidados de enfermería.

EN-2 Rol de la enfermera de práctica avanzada en cuidados paliativos (EPA-CP) dentro del Hospital Universitario Poniente

C. M. Guerrero Salguero; C. Rodríguez Rodríguez; O. Casado Álvarez; L. Cabello Gómez; C. Maldonado Villegas; M. Estévez Morales

Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: El rol de la enfermera de práctica avanzada en cuidados paliativos (EPA-CP) en el Hospital Universitario Poniente se establece como el epicentro de la atención paliativa compleja. Su función principal es proporcionar una atención enfermera personalizada, especializada y de calidad, centrada tanto en el paciente con necesidades complejas como en su núcleo familiar.

El modelo busca optimizar la calidad de vida mediante un soporte multidisciplinar que abarca desde el control de síntomas y la bioética hasta el acompañamiento emocional de las familias.

Métodos: Se establecen criterios clínicos estrictos y circuitos de derivación específicos para asegurar que la intervención se produzca cuando la vulnerabilidad del enfermo supera el umbral de manejo ordinario. A través de cinco áreas de acción, que incluyen la docencia e investigación, esta figura profesional garantiza una transición humanizada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales. En última instancia, el sistema pretende reducir ingresos hospitalarios innecesarios y favorecer que el fallecimiento ocurra en el entorno deseado por el paciente.

La operatividad de la EPA-CP se despliega en una cartera de servicios diversificada que asegura un abordaje integral del paciente paliativo:

- Área intervenciones específicas
- Valoración Avanzada Uso de herramientas validadas: IDC-Pal, ESAS, PPS, Zarit.
- Gestión clínica de manejo adecuado y seguro de síntomas, tratamientos específicos y sedación paliativa.
- Bioética planificación anticipada de decisiones (PAD) y asesoramiento en dilemas éticos (culturales/religiosos).
- Continuidad triaje de pacientes paliativos ocultos, coordinación interniveles y gestión de altas complejas con acompañamiento familiar.
- Liderazgo Docencia a pie de cama (*bedside*), revisión de protocolos e investigación basada en la evidencia.

Conclusiones: La implementación de este recurso avanzado genera valores añadidos tangibles para el sistema sanitario y el bienestar del paciente:

- Reducción de la carga hospitalaria: disminución significativa de los ingresos evitables.
- Detección precoz: identificación temprana de pacientes con necesidades paliativas.
- Soporte continuo: estructura de apoyo permanente para los equipos asistenciales.
- Gestión de flujos: coordinación eficaz del alta hospitalaria compleja y colaboración activa en la captación para donación de órganos.

Palabras clave: Gestión, cuidados paliativos.



EN-3 Optimización de la seguridad procedimental y eficiencia en la recarga de bombas de infusión intratecal mediante ultrasonografía en el punto de atención (POCUS): una comunicación científica desde la práctica enfermera avanzada en unidades del dolor

E. Fernández Hinojo; J. Canto Mangana; D. Iglesias Juárez; C. Rodríguez Rodríguez; L. Cabello Gómez
Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: Analizar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la aplicación de la ultrasonografía en el punto de atención (POCUS) frente al método tradicional ciego basado en plantilla para la recarga percutánea de sistemas de infusión de fármacos intratecales (IDDS). El propósito central es evaluar el impacto de la guía ecográfica sobre la prevención de complicaciones críticas —especialmente la inyección inadvertida en el bolsillo subcutáneo o *pocket fill*—, la reducción del tiempo procedimental, la disminución del dolor percibido por el paciente y el incremento de la satisfacción global del usuario en el entorno asistencial. Asimismo, se busca sistematizar los protocolos técnicos (métodos estático y dinámico), la sonoanatomía del dispositivo y el papel del prueba doppler color como estándar de verificación de flujo seguro para la enfermería experta en unidades del dolor.

Métodos: Se realizó una revisión integrativa y síntesis crítica de la evidencia clínica y de las recomendaciones de consensos internacionales sobre el procedimiento de recarga de IDDS. Se analizaron las características sonoanatómicas del dispositivo (chasis metálico de titanio, septo de silicona del puerto de recarga del reservorio [RFP] y puerto de acceso al catéter [CAP]) mediante ecógrafos con transductor lineal de alta frecuencia (7–12 MHz) y agujas no cortantes tipo Huber de calibre 22 G.

Se estructuraron e investigaron dos abordajes ecoguiados principales:

- Método estático (indirecto): mapeo sonográfico previo a la desinfección quirúrgica mediante rastreo en ejes ortogonales para centrar el RFP en pantalla, trazado de coordenadas dermográficas en la piel del paciente y demarcación de la intersección mediante una marca de presión estéril. Tras la antisepsia, se avanza la aguja perpendicularmente hasta sentir el tope metálico.
- Método dinámico (directo): visualización en tiempo real del avance de la aguja y la penetración del septo. Requiere vestir la sonda con una funda estéril y emplear como agente de acoplamiento solución salina estéril o clorhexidina alcohólica, evitando geles no estériles en el sitio de inyección por el riesgo hipotético de neurotoxicidad subaracnoidea.

Para la confirmación de la colocación intrarreservorio, se evaluó la prueba de inyección con doppler color (jet test), ajustando un filtro de pared bajo e instilando un bolo de prueba de 0,5-1,0 ml para observar la presencia de una columna de flujo vertical descendente hacia la cavidad del reservorio.

Resultados: La recarga ecoguiada de bombas intratecales mediante POCUS mejora de forma significativa la eficiencia, precisión y seguridad del procedimiento. La guía ecográfica reduce el tiempo procedimental un 53,2 %, pasando de $13,67 \pm 2,1$ a $7,26 \pm 1,4$ minutos ($p < 0,001$), y aumenta la tasa de éxito al primer intento del 80 % al 100 %.

Además, disminuye notablemente el dolor procedimental, con una reducción de la EVA de 5,91 a 2,76 puntos (diferencia -3,16; $p < 0,001$), y reduce las complicaciones intraprocedimiento del 20 % al 0 %.

Una de sus principales ventajas es la prevención del *pocket fill*, evitando la administración inadvertida del fármaco en el tejido subcutáneo y el consiguiente riesgo de sobredosis sistémica o síndrome de abstinencia.

cia. La confirmación mediante doppler color (jet test) permite verificar objetivamente la correcta administración, alcanzando un valor predictivo positivo y negativo del 100 %.

La ecografía facilita asimismo el acceso a dispositivos profundos (> 10 mm) y permite identificar situaciones como la inversión de la bomba (*flipped pump*). Estas ventajas se traducen en una mejora de la experiencia del paciente, con un incremento de la satisfacción (CRES-4) de 3,22/5 a 5,00/5 ($p < 0,001$).

Conclusiones: En conjunto, la recarga ecoguiada mediante POCUS representa una estrategia de excelencia para aumentar la seguridad y calidad asistencial en las unidades del dolor. La evidencia disponible respalda su capacidad para reducir el tiempo del procedimiento, el dolor y las complicaciones, mejorar el éxito al primer intento y prevenir el *pocket fill*. La incorporación del doppler color proporciona una verificación hidrodinámica objetiva antes de finalizar la recarga. Su aplicación resulta especialmente relevante en pacientes con anatomía compleja, obesidad o bombas profundas, en línea con las recomendaciones de consensos internacionales como PACC, ASRA y ESRA. La capacitación estructurada del personal de enfermería en sonoanatomía neuromoduladora es esencial para garantizar la excelencia y la seguridad del paciente a largo plazo.

Palabras clave: Ecografía en el punto de atención (POCUS), sistemas de infusión intratecal (IDDS), infiltración del bolsillo (*pocket fill*).



INTERVENCIONISMO

IN-1 Más allá de la anatomía: factores biopsicosociales y expectativas asociados a los resultados del intervencionismo lumbar. Revisión sistemática

C. de la Fuente Ruiz¹; M. A. Sánchez García¹; M. Cortiñas Sáez²; I. Velázquez Rivera¹; A. Vela de Toro¹; P. A. Sánchez Martínez¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ²Hospital de Guadix, Granada

Objetivos: La respuesta clínica al intervencionismo lumbar presenta una considerable variabilidad entre pacientes que no parece explicarse únicamente por factores clínicos y anatómicos. En el dolor lumbar crónico, las dimensiones psicológicas, laborales y contextuales, junto con las expectativas terapéuticas, podrían relacionarse con la evolución posterior a los procedimientos intervencionistas. Sin embargo, la evidencia disponible se encuentra fragmentada entre diferentes factores, procedimientos, instrumentos de evaluación, definiciones de respuesta y periodos de seguimiento.

El objetivo de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia disponible sobre la asociación entre los factores biopsicosociales y las expectativas terapéuticas evaluados antes del procedimiento y los resultados clínicos posteriores al intervencionismo lumbar, identificando las dimensiones estudiadas, la dirección y consistencia de las asociaciones descritas y las principales lagunas de conocimiento.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de estudios en adultos con dolor lumbar crónico o dolor radicular lumbosacro sometidos a procedimientos intervencionistas lumbares, incluyendo infiltraciones epidurales, procedimientos facetarios y de ramas mediales, radiofrecuencia lumbar, intervenciones sacroilíacas y adhesiolisis. Se incluyeron estudios que evaluaran antes del procedimiento al menos una dimensión biopsicosocial o las expectativas terapéuticas y analizaran su asociación con resultados clínicos posteriores.

Los factores se agruparon en sintomatología depresiva/malestar psicológico, ansiedad, catastrofismo, alteraciones del sueño, expectativas terapéuticas, autoeficacia y recursos psicológicos adaptativos, factores laborales y condicionantes contextuales. Se consideraron como resultados dolor, función/discapacidad, respuesta clínicamente relevante, duración del beneficio y satisfacción.

Se extrajeron diseño, población, procedimiento, factor evaluado, resultado, seguimiento y medidas de asociación, priorizando las estimaciones multivariantes ajustadas. Se diferenció entre estado clínico posterior, cambio respecto al basal, respuesta clínicamente relevante y duración del beneficio. El riesgo de sesgo se evaluó mediante Quality In Prognosis Studies (QUIPS). Debido a la heterogeneidad clínica y metodológica de los estudios, se realizó una síntesis narrativa estructurada.

Resultados: Se incluyeron 21 publicaciones. La sintomatología depresiva/malestar psicológico fue la dimensión más estudiada (15/21), seguida de ansiedad (8/21), expectativas terapéuticas (7/21) y catastrofismo (6/21). En conjunto, se identificaron asociaciones entre distintas dimensiones biopsicosociales preprocedimiento y la evolución posterior, aunque con diferente consistencia.

La sintomatología depresiva mostró la señal pronóstica adversa más reproducida. En una cohorte multicéntrica de 346 pacientes se asoció independientemente con menor reducción del dolor ($\beta = 0,076$; IC 95 %: 0,039–0,113) y menor probabilidad de éxito (OR = 0,94; IC 95 %: 0,91–0,97). El catastrofismo mostró resultados heterogéneos, con una asociación independiente con recurrencia del dolor en una cohorte de procedimientos facetarios (HR = 4,4; IC 95 %: 1,7–11,3), no reproducida consistentemente en otros estudios. Las ex-

pectativas terapéuticas mostraron una señal potencialmente favorable; en una cohorte prospectiva de 252 pacientes contribuyeron significativamente a la predicción del dolor posterior ($f^2 = 0,19$). La evidencia sobre sueño, autoeficacia, resiliencia y factores laborales/contextuales fue considerablemente menor. Las principales limitaciones metodológicas se relacionaron con el control de la confusión y el análisis estadístico.

Conclusiones: La evidencia disponible muestra que el contexto biopsicosocial preprocedimiento se relaciona con los resultados del intervencionismo lumbar, aunque la magnitud y consistencia de las asociaciones dependen de la dimensión, el procedimiento, el resultado evaluado y el seguimiento.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de estudios prospectivos que evalúen de forma estandarizada e integrada el perfil biopsicosocial preprocedimiento, incorporando dimensiones psicológicas, expectativas terapéuticas, factores laborales y condicionantes contextuales a la valoración clínico-anatómica habitual. Determinar el valor pronóstico independiente e incremental de este enfoque multidimensional podría sentar las bases para modelos de estratificación preprocedimiento y una planificación terapéutica más individualizada.

Palabras clave: Dolor lumbar, intervencionismo, factores biopsicosociales, pronóstico

IN-2 Bloqueo ecoguiado del ganglio estrellado en el SDRC de mano y muñeca: resultados de una serie de 11 casos

Y. Abdel-Kader Riego; E. Rodríguez Agea

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva

Introducción: El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una entidad de dolor crónico, habitualmente secundaria a un traumatismo o a un procedimiento quirúrgico previo, que cursa con dolor desproporcionado, alteraciones vasomotoras, sudomotoras y tróficas, y limitación funcional progresiva de la extremidad afectada. Su diagnóstico se apoya en los criterios de Budapest. La afectación de miembro superior tras fracturas de muñeca o mano, o tras procedimientos quirúrgicos, constituye una presentación frecuente en las unidades de dolor.

El componente simpático presente en una proporción de pacientes con SDRC justifica el empleo de técnicas de bloqueo simpático como herramienta terapéutica. El bloqueo del ganglio estrellado (BGE), dirigido a la cadena simpática cervicotorácica, es una de las intervenciones utilizadas en el tratamiento del SDRC de la extremidad superior. La incorporación de la ecografía frente a la técnica tradicional mediante referencias anatómicas permite visualizar en tiempo real la aguja y las estructuras anatómicas relevantes, facilitando un abordaje más preciso y la identificación de estructuras vasculares y musculares adyacentes que aumentan la seguridad del procedimiento.

La evidencia reciente sugiere que las intervenciones sobre el ganglio estrellado pueden producir una reducción clínicamente relevante del dolor y una mejoría funcional, aunque la certeza de la evidencia continúa limitada tanto por la heterogeneidad de las técnicas como por el tamaño de las poblaciones estudiadas. Además, la posibilidad de realizar el BGE ecoguiado en una sala de bloqueos, sin ingreso en Hospital de Día ni necesidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), puede aportar ventajas organizativas en pacientes adecuadamente seleccionados.

Objetivo: Describir la efectividad y seguridad del BGE guiado por ecografía, realizado en sala de bloqueos sin ingreso en Hospital de Día ni en CMA, en una serie de pacientes con SDRC secundario a patología traumática o quirúrgica de mano y muñeca.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Material y métodos: Serie retrospectiva de 11 pacientes diagnosticados de SDRC según los criterios de Budapest, secundario a patología traumática (fracturas de muñeca, radio distal o quinto metacarpiano) o quirúrgica (síndrome del túnel carpiano, enfermedad de Dupuytren, tenosinovitis de De Quervain o rizartrosis).

El BGE se realizó mediante ecografía con sonda lineal de alta frecuencia en el nivel C6-C7 identificando la fascia del músculo longus colli y la fascia cervical profunda, con el paciente en decúbito supino y mediante abordaje anterior en plano. Se administraron 3-5 ml de ropivacaína al 0,2 % y 1 ml de dexametasona. El procedimiento se realizó en la sala de bloqueos, sin ingreso hospitalario. Se consideró respuesta efectiva una reducción ≥ 50 % de la EVA basal. Se realizó seguimiento a los 3 meses y al año. En los casos con respuesta insuficiente se valoró radiofrecuencia del ganglio estrellado.

Resultados: Los pacientes presentaron edades comprendidas entre 24 y 65 años, con predominio femenino (9:2). La etiología fue traumática en 5 casos y secundaria a procedimientos quirúrgicos en 6. Ocho pacientes precisaron una única sesión de BGE y 3 requirieron una segunda sesión.

Se obtuvo una respuesta clínicamente efectiva en 8 de los 11 pacientes (72,7 %). En un paciente con respuesta insuficiente se realizó posteriormente radiofrecuencia del ganglio estrellado.

El efecto adverso más frecuente fue la aparición de síndrome de Horner transitorio, observado aproximadamente en la mitad de los procedimientos, como manifestación esperable del bloqueo simpático. Se registraron además 2 casos de disfonía y 2 de mareo leve, todos ellos autolimitados. No se observaron complicaciones mayores ni necesidad de ingreso hospitalario.

Discusión: En nuestra serie, el BGE ecoguiado mostró una respuesta clínicamente relevante en el 72,7 % de los pacientes con SDRC secundario a patología traumática o quirúrgica de mano y muñeca. Estos resultados son concordantes con la evidencia disponible.

El perfil de seguridad observado en nuestra serie es compatible con el descrito en la literatura.

Entre las principales limitaciones destacan el reducido tamaño muestral, el carácter retrospectivo del estudio, la heterogeneidad etiológica, la ausencia de grupo comparador y la utilización de una definición de respuesta basada exclusivamente en la reducción de la EVA.

Conclusión: El bloqueo ecoguiado del ganglio estrellado constituye una opción terapéutica potencialmente eficaz y segura en pacientes seleccionados con SDRC de mano y muñeca, con una respuesta clínicamente efectiva del 72,7 % en nuestra serie. Los efectos adversos observados fueron leves y transitorios, sin complicaciones mayores. La principal fortaleza práctica de nuestra serie es la realización del procedimiento en sala de bloqueos y en régimen ambulatorio, sin necesidad de Hospital de Día ni CMA, lo que puede optimizar recursos asistenciales en pacientes seleccionados.

Palabras clave: Bloqueo ecoguiado, ganglio estrellado, SDRC.

MISCELÁNEA

MI-1 Bloqueo del ganglio estrellado como terapia puente o de rescate en tormenta arrítmica refractaria. Caso clínico

R. Ortega Merino; A. Jódar Guerrero; E. Márquez Pastilla

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: Evaluar la utilidad del bloqueo del ganglio estrellado ecoguiado como intervención urgente en la tormenta arrítmica ventricular refractaria, y su capacidad para actuar como puente hacia una terapia de neuromodulación simpática definitiva.

Métodos: Se describe el caso de un varón de 68 años con miocardiopatía dilatada avanzada, portador de desfibrilador automático implantable (DAI), con dos ablaciones previas y reingreso por tormenta arrítmica pese a antiarrítmicos. Como medida de rescate se realizó un bloqueo del ganglio estrellado (BGE) izquierdo ecoguiado en quirófano bajo monitorización estándar y sedación con 2 mg de midazolam. Se inyectaron 8 ml de levobupivacaína al 0,25 % en el espacio prevertebral de C6. Se registró la aparición de síndrome de Horner como indicador de éxito del bloqueo, así como la reducción de episodios arrítmicos en las primeras 12 y 96 horas.

Caso clínico: Varón de 68 años con cardiopatía isquémica crónica, miocardiopatía dilatada no isquémica con fracción de eyección gravemente deprimida (DAI monocameral) e hipertiroidismo subclínico inducido por amiodarona. Tenía antecedente de tormenta arrítmica por taquicardia ventricular lenta incesante tratada con ablación endoepicárdica el año previo, y otra ablación endocárdica días antes del ingreso. Reingresó por recidiva de tormenta eléctrica con múltiples episodios de TV pese a tratamiento antiarrítmico, decidiéndose bloqueo del ganglio estrellado izquierdo ecoguiado como medida de rescate. El procedimiento se realizó en quirófano. Tras administrar 2 mg de midazolam, se identificó ecográficamente C6 y se inyectaron 8 ml de levobupivacaína al 0,25 % en espacio prevertebral. A los 3 minutos aparecieron síndrome de Horner ipsilateral transitorio, aumento de temperatura cutánea y anhidrosis en el miembro superior izquierdo, confirmando el éxito. En las 12 horas posteriores solo hubo un episodio de TV no sostenida asintomática. La evolución fue favorable, y tras 96 horas libres de eventos arrítmicos se dio el alta. La estabilización permitió planificar una terapia de modulación simpática definitiva con neuroestimulador del bulbo carotídeo (Barostim). Este caso demuestra que el BGE ecoguiado es eficaz, seguro y rápido para la patología ventricular refractaria, actuando como puente terapéutico. La ecografía optimiza la seguridad y resalta el papel clave del anestesiólogo en el abordaje multidisciplinario de las arritmias ventriculares graves.

Palabras clave: Tormenta arrítmica, bloqueo del ganglio estrellado, neuromodulación simpática, ecografía, puente terapéutico.

MI-2 Manejo del dolor crónico en cirugía mayor ambulatoria

F. J. Jiménez Leiva; A. M. Durán López; A. Prieto Seco; L. Pérez Castillo; J. Martínez

Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: Describir la incidencia y los factores de riesgo del dolor crónico posquirúrgico (DCPQ) en el contexto específico de la cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Sintetizar las estrategias de analgesia multimodal preventiva basadas en la evidencia y adaptadas al alta precoz.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Proponer un modelo de continuidad asistencial (servicio de dolor transicional) para el seguimiento tras el alta.

Métodos: *Epidemiología:* en un estudio prospectivo, multicéntrico e internacional de cirugía del mismo día (Boko y cols., *Anesthesiology*, 2024), el DCPQ a los 90 días ocurrió en el 12 % de los pacientes, y fue de intensidad moderada-grave en el 9 %.

Es destacable que el 93,1 % de los casos correspondieron a dolor de nueva aparición en pacientes sin dolor previo en la zona quirúrgica.

Muchas intervenciones frecuentes (mastectomía, toracotomía, herniorrafia, amputación) se asocian a incidencias de dolor persistente de hasta el 30–50 % (Wu y Raja, *Lancet*, 2011).

Factores de riesgo: no modificables: sexo femenino, menor edad y tipo de cirugía (torácica, mama, extremidades) (Pergolizzi y cols., 2023; Glare y cols., *Lancet*, 2019).

Asociados en CMA (Boko y cols., 2024): tabaquismo activo (OR 1,82), cirugía ortopédica (OR 4,7), cirugía plástica (OR 4,3), cirugía de mama (OR 2,74) y cirugía vascular (OR 2,71).

Otros dominios (Glare y cols., 2019; Fregoso y cols., *Pain Physician*, 2019): dolor preoperatorio, factores genéticos (COMT, OPRM1, GCH1), factores psicológicos (catastrofización, ansiedad, depresión) y factores quirúrgicos (técnica abierta vs. laparoscópica, duración, lesión nerviosa, reintervención).

La intensidad del dolor agudo postoperatorio es un predictor clave, aunque explica < 20 % del riesgo global.

Estrategia: analgesia multimodal preventiva: la analgesia debe abordarse antes, durante y después de la cirugía, con un enfoque multimodal, procedimiento-específico y ahorrador de opioides (Raeder, 2022; Richebé y cols., *Current Opinion in Anaesthesiology*, 2019). Las guías de la American Pain Society/ASRA/ASA recomiendan firmemente la analgesia multimodal (Chou y cols., 2016).

Base para la mayoría de los casos (salvo contraindicación): paracetamol pautado.

- AINE o inhibidor selectivo de la COX-2 pautado.
- Dexametasona (u otro glucocorticoide).
- Infiltración de la herida con anestésico local.
- Medidas adicionales en pacientes de alto riesgo o cirugía extensa:
- Bloqueos nerviosos periféricos o bloqueos de planos interfasciales.
- Infusión intravenosa de lidocaína.
- Adyuvantes (gabapentinoides, ketamina, dexmedetomidina, clonidina), con precaución por sedación, mareo e hipotensión, que pueden retrasar el alta ambulatoria. tos objetivos (Oweidat y cols., 2024).

Técnicas de anestesia regional: La anestesia regional y local se asocia a una reducción del dolor persistente.

En una revisión Cochrane (Weinstein y cols., *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018), la anestesia regional redujo aproximadamente a la mitad la probabilidad de dolor persistente (OR global 0,43; IC 95 %: 0,28-0,68), con beneficio en toracotomía y cirugía de mama. Son especialmente útiles en cirugía de extremidades, abdomen y tórax (Chou y cols., 2016).

Uso racional de opioides: Los opioides deben usarse solo cuando sean necesarios por encima de la profilaxis multimodal no opioide, en formulaciones no depot, tituladas y limitadas a pocos días (Raeder, 2022).

Existe una brecha tras el alta: las cantidades prescritas superan sistemáticamente el consumo real, perpetuando un daño evitable (Sezerano y Niyonkuru, *Journal of Pain Research*, 2026).

Conclusiones: El DCPQ afecta aproximadamente al 12 % de los pacientes de CMA, con frecuencia moderado-grave y de nueva aparición.

La identificación preoperatoria del riesgo permite individualizar la estrategia analgésica.

La analgesia multimodal preventiva, ahorradora de opioides y con técnicas regionales, es la piedra angular de la prevención.

La brecha tras el alta exige protocolos estandarizados de prescripción, educación del paciente y seguimiento a través de un servicio de dolor transicional.

Palabras clave: Dolor.

MI-3 Observación de la incidencia y manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios tras el uso de 100 µg de morfina intratecal en cirugía abdominal: experiencia en nuestra práctica clínica

L. Pérez Castillo; A. Prieto Seco; F. J. Jiménez Leiva; J. Martínez Rodríguez; J. J. Jerez Lanero; F. Álamo Tomillero; C. Rodríguez Rodríguez

Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: Describir la aparición y el manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) observados en nuestra práctica clínica habitual en pacientes sometidos a cirugía abdominal de Ginecología, Urología y Cirugía General, en los que se utilizó una dosis de 100 µg de morfina intratecal como parte de la estrategia analgésica postoperatoria.

Como objetivo secundario, describir la necesidad de tratamiento antiemético de rescate y la respuesta a este, con el propósito de valorar la repercusión clínica de las NVPO observadas en nuestra práctica habitual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en la revisión de la práctica clínica habitual de 39 pacientes sometidos a cirugía abdominal de los servicios de Ginecología, Urología y Cirugía General.

Entre los procedimientos quirúrgicos realizados se incluyeron, entre otros, histerectomías, prostatectomías, nefrectomías, sigmoidectomías, resecciones de recto y gastrectomías.

En todos los pacientes se utilizó morfina intratecal a una dosis de 100 µg como parte de la estrategia analgésica postoperatoria. Asimismo, todos recibieron profilaxis antiemética con 8 mg de dexametasona y 8 mg de ondansetrón, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Se realizó una revisión retrospectiva de los registros clínicos para recoger la presencia de náuseas y/o vómitos durante el periodo postoperatorio, así como la necesidad de tratamiento antiemético de rescate y la respuesta al mismo.

El estudio tuvo un carácter exclusivamente observacional y descriptivo. No se realizó ninguna intervención adicional sobre los pacientes ni se estableció un grupo control. El propósito del estudio fue recoger y describir lo observado en nuestra práctica clínica habitual, sin pretender determinar una relación causal entre la administración de morfina intratecal y la aparición de NVPO, ni establecer comparaciones de eficacia o seguridad con otras estrategias analgésicas.

Los resultados se expresaron mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Resultados: Se revisaron retrospectivamente los datos de 39 pacientes sometidos a cirugía abdominal de Ginecología, Urología y Cirugía General. Entre los procedimientos realizados se incluyeron histerectomías, prostatectomías, nefrectomías, sigmoidectomías, resecciones de recto y gastrectomías. En todos los pacientes se administraron 100 µg de morfina intratecal como parte de la estrategia analgésica postoperatoria y se realizó profilaxis antiemética con 8 mg de dexametasona y 8 mg de ondansetrón.

Durante el periodo postoperatorio, 11 de los 39 pacientes presentaron náuseas y/o vómitos postoperatorios (NVPO), lo que representa un 28,2 % de la muestra, mientras que los 28 pacientes restantes (71,8 %) no presentaron estos síntomas. En los pacientes que presentaron NVPO se administró metoclopramida como tratamiento antiemético de rescate, consiguiéndose el control de los síntomas. En los datos revisados no se observaron complicaciones graves relacionadas con las NVPO.

Los resultados reflejan exclusivamente lo observado en nuestra práctica clínica habitual. Desde una perspectiva descriptiva, las NVPO constituyeron un acontecimiento relativamente frecuente, aunque en los casos observados su repercusión clínica fue limitada y el control de los síntomas se consiguió mediante tratamiento de rescate.

Conclusiones: Con estos resultados, no parece justificado considerar que la frecuencia o gravedad de las NVPO sea suficiente, por sí sola, para recomendar evitar sistemáticamente la administración de 100 µg de morfina intratecal. No obstante, estos resultados deben interpretarse exclusivamente como una descripción de nuestra experiencia clínica y no permiten establecer una relación causal entre la administración de morfina intratecal y la aparición de NVPO, ni comparar su incidencia con la de otras estrategias analgésicas.

El carácter retrospectivo, observacional y descriptivo del estudio, así como el reducido tamaño muestral y la ausencia de un grupo control, limitan la posibilidad de realizar inferencias más allá de lo observado en esta serie.

Palabras clave: *Morfina intratecal, náuseas y vómitos postoperatorios, profilaxis antiemética, analgesia postoperatoria, cirugía abdominal.*

MI-4 Programa de enlace diseñado para conectar la unidad del dolor con el servicio de salud mental en el Hospital Universitario Poniente

C. Rodríguez Rodríguez; L. Cabello Gómez; A. M. Durán López; E. Fernández Hinojo; D. Iglesias Juárez; S. Gutiérrez Moreno; A. Durán Guzmán

Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: El dolor crónico no solo afecta al cuerpo, sino que también tiene consecuencias profundas en la salud emocional de quienes lo padecen. La alta prevalencia de trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes con dolor crónico evidencia que ambos sistemas están íntimamente conectados.

Este programa nace de la necesidad de integrar la salud mental directamente en las unidades del dolor. El objetivo general es brindar una atención coordinada que no solo trate el síntoma físico, sino que también aborde los factores psicológicos para mejorar la calidad de vida y optimizar los resultados del tratamiento médico.

No todos los pacientes de la Unidad del Dolor ingresan automáticamente en el programa de enlace. Se realiza un proceso de cribado para identificar a aquellos que presentan características específicas de alta vulnerabilidad o complejidad.

Los criterios de selección incluyen:

- Presencia de dolor crónico refractario al tratamiento convencional.
- Evidencia de factores psicológicos o psiquiátricos que agravan la percepción del dolor.
- Diagnóstico o sospecha de trastornos psiquiátricos comórbidos.
- Trastornos del estado de ánimo o ansiedad asociados directamente al dolor.
- Dificultades graves de adaptación a la vida con dolor crónico.
- Riesgo de abuso o dependencia de analgésicos y opioides.

Métodos: Una vez identificado el paciente que cumple estos criterios, el personal de la Unidad del Dolor realiza la derivación al Servicio de Salud Mental mediante un documento de interconsulta centralizado en el sistema Ariadna. Para asegurar la continuidad del cuidado, se programan reuniones periódicas de seguimiento clínico entre ambos equipos.

Herramientas de evaluación: midiendo lo Invisible. Para poder tratar el dolor y el sufrimiento psicológico de manera eficaz, primero debemos aprender a medirlos. Dado que ambos son experiencias subjetivas, el programa se apoya en una batería de escalas psicométricas y de valoración del dolor estandarizadas.

Evaluación de la psicopatología activa:

- PHQ-9 (Cuestionario sobre la Salud del Paciente): evalúa la presencia y gravedad de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas.
- GAD-7 (Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada): mide la frecuencia y el impacto de los síntomas de ansiedad.
- PCS (Escala de Catastrofización del Dolor): evalúa los pensamientos y sentimientos del paciente frente al dolor (por ejemplo, magnificación, desesperanza y rumiación).
- Escala de Impacto de Fibromialgia: utilizada para medir el impacto específico de esta condición en la vida diaria.

Evaluación del Dolor:

- EVS (escala verbal simple) y EN (escala numérica): permiten al paciente cuantificar la intensidad de su dolor mediante palabras o números del 0 al 10.
- EVA (escala visual analógica): consiste en una línea de 10 cm donde el paciente marca su nivel de dolor, permitiendo una medición milimétrica precisa.
- EFF (escala de expresiones faciales o de Wong-Baker): utilizada principalmente en pediatría o pacientes con dificultades de comunicación.
- Cuestionario de Dolor McGill (SF-MPQ): permite describir las cualidades sensoriales y afectivas del dolor durante la última semana.

Conclusiones: Hemos explorado cómo el dolor crónico y la salud mental están profundamente entrelazados y cómo un enfoque integrado puede mejorar drásticamente los resultados terapéuticos.

Ideas clave para recordar:

- El dolor crónico y los trastornos mentales (ansiedad y depresión) se influyen mutuamente, por lo que el tratamiento debe ser integral.
- El programa cuenta con criterios de selección específicos para identificar a pacientes complejos o en riesgo de abuso de sustancias.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

- Se utilizan herramientas estandarizadas como el PHQ-9, GAD-7, la escala de catastrofización (PCS) y la escala visual analógica (EVA) para objetivar el progreso.
- El éxito del programa se mide mediante indicadores como la reducción de la ansiedad/depresión, la mejora en la percepción del dolor y la disminución del uso inadecuado de opioides.

Palabras clave: Dolor, salud mental, ansiedad.

MI-5 Impacto del dolor crónico en la salud sexual: una revisión de la evidencia reciente

C. Olivas Romero¹; M. Pérez Rodríguez²; M. Hernández León¹; M. Ahdani Arenas¹; D. Lendínez Sánchez¹; J. Sánchez Rodríguez¹; M. A. Sánchez García¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ²Universidad de Granada

Objetivos: Analizar el impacto del dolor crónico sobre la función y la satisfacción sexual, así como identificar diferencias según la patología de base, el sexo y los principales factores psicosociales asociados.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada entre 2020 y 2025, siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se efectuó una búsqueda en PubMed mediante los términos MeSH chronic pain, sexuality y sexual dysfunction, combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron estudios realizados en población adulta con dolor crónico que evaluaran su repercusión sobre la salud sexual. Inicialmente se identificaron 649 artículos; tras aplicar los criterios de selección y realizar el cribado por título y resumen, se incluyeron finalmente 14 estudios en la revisión.

Resultados: Los estudios revisados muestran una asociación consistente entre dolor crónico y deterioro de la salud sexual, con afectación tanto de la función como de la satisfacción sexual. En endometriosis, la prevalencia de disfunción sexual se situó aproximadamente entre el 60 % y el 70 %, mientras que en fibromialgia alcanzó cifras de hasta el 97 % en algunos estudios y en enfermedad inflamatoria intestinal superó el 53 %. El deterioro afectó a diferentes dominios de la respuesta sexual, incluyendo deseo, excitación, orgasmo, satisfacción y dolor. Una mayor intensidad del dolor se relacionó con un mayor grado de disfunción sexual. La repercusión varió según la patología. En enfermedades con dolor pélvico directo, como endometriosis, vulvodinia o prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico, se identificaron mecanismos anatómicos, inflamatorios, neuropáticos y vasculares. En patologías sistémicas y reumatológicas, así como en enfermedades neurológicas o inflamatorias, intervinieron además factores como fatiga, rigidez, alteraciones neurológicas y actividad inflamatoria. Los factores psicosociales desempeñaron un papel fundamental. Ansiedad, depresión, catastrofismo, miedo-evitación, alteraciones de la imagen corporal y dificultades en la relación de pareja se asociaron con mayor deterioro de la función y satisfacción sexual. Asimismo, la literatura evidencia una importante infravaloración clínica del problema: únicamente el 14 % de los profesionales preguntaba de forma rutinaria por la salud sexual.

Conclusiones: El dolor crónico se asocia a una elevada frecuencia de alteraciones de la función y satisfacción sexual, cuya expresión depende tanto de la enfermedad subyacente como de factores psicológicos, relacionales y socioculturales. La sexualidad debe considerarse una dimensión integral del impacto del dolor crónico y no una consecuencia exclusivamente biomecánica. El abordaje centrado únicamente en la reducción del dolor resulta insuficiente. Es necesario incorporar de forma sistemática la valoración de la salud sexual dentro de las consultas de dolor y desarrollar modelos multidisciplinares e individualizados que integren intervención psicológica, terapia cognitivo-conductual, fisioterapia especializada y, cuando proceda, intervención sobre la pareja. Son necesarios estudios longitudinales y herramientas estandarizadas que permitan mejorar el diagnóstico y tratamiento de esta problemática.

Palabras clave: Dolor crónico, salud sexual, disfunción sexual.

MI-6 Nuevas perspectivas en el diagnóstico y tratamiento del dolor pélvico crónico: papel de la sensibilización central y las terapias emergentes

C. Olivas Romero¹; M. E. Prieto Román²; M. Ahdani Arenas¹; M. Hernández León¹; J. Sánchez Rodríguez¹; D. Lendínez Sánchez¹; M. A. Sánchez García¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada; ²Universidad de Granada

Objetivos: Revisar la evidencia reciente sobre las nuevas herramientas diagnósticas y estrategias terapéuticas, valorando su capacidad para identificar mecanismos de sensibilización y su efecto sobre el dolor y la calidad de vida.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica siguiendo las directrices PRISMA. Se efectuó una búsqueda en PubMed en octubre de 2025 mediante términos MeSH relacionados con dolor crónico y dolor pélvico. Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025, en inglés o español, realizados en población adulta con DPC y que evaluaran nuevas estrategias diagnósticas o terapéuticas. De 841 registros identificados inicialmente, 150 cumplieron los filtros establecidos, 39 fueron seleccionados para lectura completa y finalmente se incluyeron 15 estudios.

Resultados: Dos estudios evaluaron nuevas estrategias diagnósticas en el dolor pélvico crónico (DPC). Las pruebas sensoriales cuantitativas identificaron la hipersensibilidad multimodal como un posible predictor de la evolución del DPC. En una cohorte de 200 mujeres, fue el componente sensorial que mejor predijo la persistencia de dolor pélvico a los cuatro años. La sumación temporal mostró además un patrón compatible con sensibilización central en mujeres con DPC, lo que apoya el papel de los mecanismos de procesamiento central del dolor.

En cuanto al tratamiento, se analizaron estudios sobre acupuntura, fármacos neuromoduladores, técnicas de neuromodulación física, toxina botulínica y abordajes multidisciplinares. La acupuntura mostró resultados favorables principalmente en varones con síndrome de dolor pélvico crónico/prostatitis crónica, mientras que la evidencia en mujeres fue menos concluyente. Un metanálisis de 798 pacientes mostró mejoría del dolor, la puntuación NIH-CPSI y la calidad de vida frente a acupuntura simulada o tratamiento convencional.

Entre los neuromoduladores, la duloxetina presentó resultados favorables en hombres y mujeres, con reducción significativa del dolor y los síntomas. En un ensayo de 69 mujeres, su eficacia global fue similar a la amitriptilina, pero con menos efectos adversos y mejores resultados en el dominio del dolor.

Las técnicas de neuromodulación, especialmente TENS, PTNS y TIES, mostraron reducción del dolor y mejoría de la calidad de vida, aunque con evidencia heterogénea y riesgo de sesgo. La estimulación mediante campos magnéticos de alta intensidad también fue prometedora, pero sin protocolos homogéneos. La toxina botulínica presentó resultados inconsistentes, aparentemente limitados a determinados fenotipos, especialmente con espasmo muscular.

Conclusiones: Los abordajes multidisciplinares mejoraron dolor y calidad de vida, reforzando la necesidad de un tratamiento individualizado y multimodal. En conjunto, el DPC presenta características compatibles con sensibilización central. Las pruebas sensoriales podrían favorecer una futura estratificación de pacientes. La duloxetina y algunas técnicas de neuromodulación son estrategias prometedoras, mientras que la eficacia de acupuntura y toxina botulínica puede depender del sexo y fenotipo. La heterogeneidad y limitada calidad de la evidencia justifican nuevos ensayos multicéntricos.

Palabras clave: Dolor pélvico crónico, sensibilización central, neuromodulación, duloxetina.



OPIOIDES

OP-1 Más allá de la receta: patrones de utilización de oxicodona/naloxona en la práctica clínica

J. Castaño Muñoz; C. Jaraquides López; A. I. Faura Salas; A. Perea Pérez; M. M. Martín Mira

Hospital Universitario Poniente. El Ejido, Almería

Objetivos: Describir el perfil clínico y los patrones de dispensación de oxicodona/naloxona de liberación prolongada en pacientes con prescripción vinculada al Hospital Universitario Poniente.

Caracterizar la documentación de otros opioides y tratamientos farmacológicos del estreñimiento durante los 30 días posteriores a la prescripción evaluada, y explorar aspectos que orienten la revisión conjunta del tratamiento por médicos y farmacéuticos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el Hospital Universitario Poniente. Se incluyeron a todos los pacientes adultos con dispensaciones de oxicodona/naloxona vinculadas al centro prescriptor hospitalario entre diciembre de 2025 y mayo de 2026. La unidad de análisis fue el paciente, consolidando los registros por identificador y agregando los envases de todos sus centros prescriptores observados.

La historia clínica y la receta electrónica aportaron el servicio, el tipo de dolor consignado, la presentación, la dosis diaria total de oxicodona, el intervalo entre tomas y la medicación documentada. Se agruparon las categorías registradas de dolor agudo y agudo/postoperatorio, sin reclasificar diagnósticos.

Se describieron los envases y los meses con dispensación durante el semestre, incluido el indicador de tres o más meses, no necesariamente consecutivos. Se analizó una ventana posterior de 30 días tras la prescripción evaluada sin asumir inicio del tratamiento para identificar la documentación de otros opioides, excluyendo oxicodona/naloxona, y el tratamiento del estreñimiento, que incluyó laxantes y naloxegol. Los registros negativos indicaron ausencia de documentación en las fuentes revisadas, no ausencia demostrada de consumo. El periodo previo no estaba estandarizado y no se equiparó a la ventana posterior.

Se revisaron los patrones por tipo de dolor y los registros individuales previos y posteriores, sin contrastes de hipótesis ni inferencias causales. No se imputaron ausentes ni se calcularon duración, persistencia o proporción de nuevos usuarios por la ambigüedad de las fechas. Las fichas técnicas contextualizaron las pautas, sin valorar la adecuación clínica individual por falta de variables suficientes.

Resultados: Se analizaron 75 pacientes; 49/75 eran mujeres (65,3 %) y la edad media registrada fue de 65,0 años. El dolor consignado fue crónico no oncológico (DCNO) en 39/75 (52,0 %), agudo/postoperatorio en 23/75 (30,7 %) y oncológico en 13/75 (17,3 %).

Se contabilizaron 221 envases. Presentaron dispensaciones en tres o más meses 26/75 pacientes (34,7 %): 23/39 con DCNO (59,0 %), 2/23 con dolor agudo/postoperatorio (8,7 %) y 1/13 con dolor oncológico (7,7 %). El DCNO concentró 161/221 envases (72,9 %) y 23/26 pacientes con este patrón (88,5 %). En dolor agudo/postoperatorio, 20/23 (87,0 %) tuvieron dispensación en un único mes y 16/23 (69,6 %) una prescripción evaluada del servicio de Urgencias.

Durante los 30 días posteriores se documentaron otros opioides en 37/75 pacientes (49,3 %) y tratamientos del estreñimiento en 13/75 (17,3 %), incluidos dos registros de naloxegol. El registro posterior de otros opioides correspondió a 23/39 pacientes con DCNO (59,0 %), 6/23 con dolor agudo/postoperatorio (26,1 %) y 8/13 con dolor oncológico (61,5 %). Entre quienes no tenían registro previo, se encontró documentación posterior de otro opioide en 10/29 (34,5 %) y de tratamiento del estreñimiento en 10/66 (15,2 %).

La dosis diaria mediana del componente oxicodona fue de 20 mg. Las pautas fueron cada 12 horas en 62/75 (82,7 %), cada 8 horas en 5/75 (6,7 %) y cada 24 horas en 8/75 (10,7 %); 13/75 (17,3 %) diferían del intervalo habitual de 12 horas.

Conclusiones: En el censo identificado, el DCNO concentró los envases y la dispensación en varios meses. La documentación posterior de otros opioides y tratamientos del estreñimiento, junto con las pautas distintas de cada 12 horas, delimita aspectos para la revisión clínica y farmacéutica: aclarar la secuencia de opioides, evaluar la función intestinal y verificar la justificación de la pauta. Estos datos no demuestran fracaso analgésico, estreñimiento incidente, simultaneidad ni errores de prescripción. La dispensación mensual no acredita uso continuo y depende de la oportunidad de observación dentro del semestre.

Palabras clave: Oxicodona, naloxona, opioides, estreñimiento, dispensación.

OP-2 Rotación a fentanilo transdérmico en dolor oncológico: de la discordancia entre ratios a un algoritmo de decisión clínica

C. de la Fuente Ruiz; M. A. Sánchez García; D. C. Nájera Losada; J. C. Pérez Moreno; B. Romerosa
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivos: La rotación opioide constituye una estrategia habitual ante analgesia insuficiente, toxicidad limitante o dificultades con la vía de administración. Sin embargo, la conversión a fentanilo transdérmico continúa planteando una dificultad práctica: distintas fuentes proponen estrategias de conversión diferentes y su aplicación puede conducir a dosis iniciales distintas para un mismo paciente.

La publicación en 2025 de la primera guía internacional multidisciplinar MASCC-ASCO-AAHPM-HPNA-NISCO sobre conversión de opioides en adultos con cáncer proporciona un marco actualizado para revisar críticamente el concepto tradicional de equivalencia analgésica y su aplicación clínica.

El objetivo principal fue identificar y comparar las estrategias contemporáneas de conversión de morfina oral a fentanilo transdérmico, analizar sus principales áreas de discordancia y determinar su repercusión sobre la dosis inicial propuesta. Como objetivo secundario, se buscó integrar los hallazgos en un algoritmo práctico que abordase el proceso completo de rotación: selección del paciente, estimación e individualización de la dosis inicial, transición entre opioides, analgesia de rescate y reevaluación posterior.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa estructurada de la literatura sobre conversión de morfina oral a fentanilo transdérmico en adultos con dolor oncológico. Se priorizaron guías de práctica clínica, documentos de consenso, fichas técnicas y estudios de conversión relevantes, con especial atención a documentos publicados o actualizados entre 2020 y 2026 y a la guía internacional MASCC-ASCO-AAHPM-HPNA-NISCO de 2025.

De cada fuente se analizaron la estrategia o ratio de conversión, contexto clínico de aplicación, consideración de tolerancia cruzada, direccionalidad de la conversión, manejo del opioide previo, analgesia de rescate y recomendaciones de reevaluación y titulación.

Como herramienta de aplicación clínica, las estrategias identificadas se compararon mediante un escenario clínico teórico estandarizado: adulto con cáncer y dolor continuo, adecuadamente controlado con 120 mg/día de morfina oral, que presenta toxicidad gastrointestinal y dificultad progresiva para mantener la vía oral. Se compararon las dosis iniciales de fentanilo transdérmico resultantes y los factores clínicos responsables de su individualización.

Finalmente, los hallazgos se integraron en una matriz secuencial de decisión clínica estructurada en tres fases: preconversión, conversión y postconversión.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Resultados: La revisión identificó discordancias cuantitativas y conceptuales en la conversión a fentanilo transdérmico. Las estrategias disponibles no proporcionan una equivalencia universal independiente del contexto: contemplan aproximaciones cercanas a 150:1 en pacientes que requieren rotación o presentan menor estabilidad clínica y próximas a 100:1 en pacientes con tratamiento opioide estable y bien tolerado. Aplicadas al escenario de 120 mg/día de morfina oral, estas estrategias pueden conducir respectivamente a dosis iniciales de 25 y 50 µg/h de fentanilo transdérmico, duplicando la dosis propuesta para una misma exposición opioide previa.

La guía internacional de 2025, desarrollada tras una revisión sistemática de 208 estudios, encontró resultados heterogéneos y evidencia global modesta. Las recomendaciones contemporáneas enfatizan que las ratios deben utilizarse para orientar una dosis inicial segura, y no interpretarse como equivalencias analgésicas matemáticamente exactas. La conversión con fentanilo transdérmico y la extrapolación bidireccional de las ratios constituyen áreas de especial cautela.

Las discrepancias identificadas se relacionan fundamentalmente con el contexto clínico, el motivo de la rotación, la estabilidad y tolerabilidad del tratamiento previo y el margen de seguridad buscado. Los hallazgos permitieron estructurar una secuencia práctica en tres fases: 1) preconversión: confirmar indicación, exposición opioide previa y adecuación de la vía transdérmica; 2) conversión: seleccionar e individualizar la dosis inicial y planificar transición y rescate; 3) postconversión: reevaluar analgesia, toxicidad y consumo de rescates antes de titular.

Conclusiones: En conclusión, la principal dificultad en la rotación a fentanilo transdérmico no reside únicamente en calcular una equivalencia, sino en decidir qué estrategia aplicar, a qué paciente y en qué contexto. La comparación crítica de las recomendaciones permite transformar ratios aparentemente discordantes en una herramienta de decisión clínica: la tabla orienta; el contexto individualiza; la reevaluación confirma.

Palabras clave: Fentanilo, rotación opioide, conversión, dolor oncológico, analgesia.

OP-3 Beneficios del uso de infusión de PCA de morfina en mg

A. Benítez Díaz

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Objetivos: CA: analgesia controlada por el paciente, designada por su acrónimo inglés PCA (*patient controlled analgesia*).

Durante mucho tiempo se empleó sobre todo únicamente para la aplicación de opioides en la etapa postoperatoria. Luego se ha expandido significativamente en otros métodos, como los subcutáneos o locorreccionales, centrales y periféricos, tanto de forma aguda como crónica.

Los métodos más usados actualmente son el subcutáneo e intravenoso.

Cuando el paciente siente o prevé un dolor, pide que se le suministre un bolo analgésico presionando el pulsador que controla la bomba de PCA. De esta manera se controlará su dolor y quedará registrado en el dispositivo.

Ante la creciente preocupación por la epidemia de dolor crónico, que a menudo se trata de forma insuficiente o no se trata en absoluto, crece el interés por la migración de los sistemas de PCA para el cuidado de pacientes con dolor crónico. Las consideraciones para dichos sistemas de PCA incluyen la eficacia, la seguridad, la rentabilidad y las características que facilitan la atención al paciente. Los sistemas de PCA para el manejo del dolor crónico, incluido entre otros el dolor oncológico, parecen prometedores, aunque no se han implementado por completo en muchas unidades del dolor.

Actualmente, en el territorio español se utiliza en unidades de ml/h.

Métodos: El uso de la vía subcutánea para administración de morfina con un dispositivo PCA se considera seguro. La incidencia de complicaciones es muy baja, aproximadamente de un 2-3 %. Gracias a esta vía se puede utilizar fácilmente en pacientes tanto en hospitales como en domicilios, dándole al paciente la oportunidad de controlar mejor su dolor.

La cantidad de morfina que se programa para estos pacientes se basa en su requerimiento en mg por otra vía (oral o parches) y, al trasladarlo a la PCA (SC o IV), se calcula en cantidad de mg en 24 horas y se divide entre 24 para conseguir los mg/h.

El uso de este dispositivo actualmente se está realizando a nivel nacional en España en unidades de ml/h, por lo que este cambio de concepto (en mg y no ml) es altamente novedoso.

Al usarse con mg se realiza un cálculo rápido y eficaz de la dosis de morfina que el paciente ha requerido en el tiempo estimado sin necesidad de conversión, y se evita así cualquier tipo de error.

Teniendo la dosis de rescate en mg se transferirá a la cantidad que ha requerido en un tiempo estimado. Gracias a ese dato podemos adaptar fácilmente la dosis a los requerimientos del paciente sin necesidad de tabla de conversión.

Conclusiones: Los beneficios al usar el dispositivo PCA en mg son:

- Cálculo rápido de la dosis administrada en 24 h.
- Cálculo rápido de la dosis de rescate en 24 h.
- No se requiere el uso de tablas de conversión.
- Adaptabilidad del tratamiento y posibilidad de coadyuvantes.
- Aumento de la seguridad del paciente al saber cuántos miligramos se están usando en todo momento.
- Fácil manejo del dispositivo. Sencilla comprensión por parte del paciente y los profesionales una vez explicado su uso.

Palabras clave: PCA, dolor crónico, miligramos, seguridad.

OP-4 Hidromorfona y longitudinalidad: más allá del control del dolor

M. I. Palma Marín¹; A. Carbajal Rodríguez²

¹Consultorio Viator, Almería; ²Hospital Universitario de Cáceres

Objetivos: Mostrar el valor de la longitudinalidad en Atención Primaria (AP) para evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con opioides mayores en un paciente oncológico complejo.

Destacar la importancia de una valoración multidimensional que integre intensidad y frecuencia del dolor, repercusión funcional, consumo analgésico, sueño, tolerabilidad, medicación concomitante y factores biopsicosociales.

Poner en valor la coordinación entre AP, Otorrinolaringología, Oncología Radioterápica y Centro Provincial de Drogodependencias (CPD) como parte de un abordaje multimodal y de una prescripción segura e individualizada de opioides.

Métodos: Varón de 67 años con antecedente de carcinoma epidermoide supraglótico, tratado mediante cirugía y radioterapia, posteriormente traqueostomizado. Previamente había precisado analgesia convencional, fundamentalmente antiinflamatorios no esteroideos.



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

En septiembre de 2025 presenta dolor cervicolaríngeo intenso, EN 9/10, tras manipulación/cambio de cánula de traqueostomía, en un contexto clínico complejo de cambios posquirúrgicos y posradioterapia y sospecha concomitante de recidiva tumoral.

Ante el insuficiente control analgésico y mientras continuaba el estudio etiológico, Oncología Radioterápica pauta paracetamol e hidromorfona de liberación prolongada 4 mg/24 h. El PET-TC mantiene inicialmente la sospecha de recidiva, posteriormente descartada mediante estudio histológico.

Se realiza seguimiento longitudinal desde AP integrando evolución de la enfermedad, respuesta analgésica, repercusión funcional, estabilidad de dosis, tolerabilidad, efectos adversos, conciliación farmacológica y factores biopsicosociales.

El paciente se encuentra además en seguimiento por CPD por consumo fundamentalmente de cannabis y tabaco y mantiene lorazepam 1 mg nocturno como hipnótico. La situación actual del dolor se objetiva mediante escala numérica (EN) e Índice de Lattinen.

Conclusiones: Tras el inicio de hidromorfona de liberación prolongada se documenta mejoría progresiva del dolor, desde una EN inicial de 9/10 hasta EN 0/10 en la actualidad, manteniendo hidromorfona de liberación prolongada 4 mg/24 h sin necesidad documentada de escalada de dosis. Actualmente no presenta episodios de dolor ni incapacidad atribuible al mismo.

El Índice de Lattinen actual es 6/20: 0 puntos en intensidad, 0 en frecuencia, 2 por consumo analgésico regular, 0 en incapacidad y 4 por necesidad de hipnótico. La desagregación de la escala resulta especialmente relevante, ya que la puntuación global no traduce persistencia de dolor activo: actualmente presenta EN 0/10 y ausencia de repercusión funcional.

Durante la evolución presentó un episodio de estreñimiento, potencialmente favorecido por el tratamiento opioide, identificado y tratado desde AP. En la actualidad no refiere efectos adversos y mantiene función renal y hepática conservadas.

La conciliación farmacológica identifica tratamiento concomitante con benzodiacepina, además del seguimiento en CPD por consumo de cannabis y tabaco. Estos elementos no invalidan por sí mismos la indicación analgésica, pero incrementan la importancia de la valoración individualizada, vigilancia de efectos adversos e interacciones y coordinación entre niveles asistenciales.

El caso muestra un control analgésico mantenido con una dosis baja y estable de hidromorfona, sin escalada, en un paciente de elevada complejidad clínica. La ausencia actual de dolor durante un tratamiento eficaz no implica por sí misma ausencia de necesidad analgésica, del mismo modo que una buena respuesta inicial no justifica su mantenimiento indefinido sin reevaluación.

La longitudinalidad de AP permite reconstruir la trayectoria completa del paciente —indicación inicial, respuesta, toxicidad, funcionalidad, evolución de la enfermedad, medicación concomitante y factores biopsicosociales— y diferenciar una analgesia eficaz de una posible inercia terapéutica.

La prescripción segura de opioides no consiste únicamente en limitarlos o retirarlos: exige una indicación individualizada, utilizar la mínima dosis eficaz, anticipar y tratar efectos adversos y reevaluar periódicamente la relación beneficio-riesgo y la necesidad de mantenimiento, reducción o retirada dentro de un abordaje multimodal y coordinado.

Palabras clave: Hidromorfona, opioides, dolor oncológico, Atención Primaria, longitudinalidad.