



CONSULTA MULTIDISCIPLINARIA PARA TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO CON PLASMA RICO EN PLAQUETAS

Zaily, Fuentes Díaz¹, Orlando Bismark, Rodríguez Salazar², Orlando Mauricio, Rodríguez Fuentes³

¹ Anestesiología y Reanimación, Servicio de Anestesiología, Hospital Provincial Docente en Oncología María Curie, Camagüey, Cuba.

² Cirugía Plástica y Caumatología, Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Camagüey, Cuba.

³ Matemática, Cátedra de Matemática, Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas Máximo Gómez Báez, Camagüey, Cuba.

e-mail fzaily487@gmail.com

Resumen

Introducción: En el dolor crónico no oncológico el manejo es a largo plazo, minimizando los riesgos de la medicación con opioides.

Objetivo: Exponer el impacto de la consulta multidisciplinaria para tratamiento del dolor crónico no oncológico con plasma rico en plaquetas en Atención Primaria de Salud.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo, en Policlínico Docente Previsora, de Camagüey, enero 2021 a junio 2025. El estudio comprendió 1501 pacientes, que acudieron a consulta, fueron diagnosticados de dolor crónico no oncológico. Llevando seguimiento por al menos 3 meses y recibieron al menos 1 dosis de plasma rico en plaquetas.

Resultados y discusión: Predominio de las pacientes con 1202 casos (80,1 %). El grupo de 45 a 64 años representa el 35,8 %. Predominaron los pacientes con afectación de grandes articulaciones: rodilla, hombro y cadera, 44,5 %, 29,0 % y 13,2 % respectivamente. La mejoría clínica se constató en 82 % de los casos y la satisfacción positiva en el 81,6 %, 1225 pacientes.

Conclusiones: La posibilidad de mitigar los síntomas, mejorar la funcionalidad y controlar el dolor, representan un aliciente para la creación de nuevas consultas



**Cuarto Congreso de
Ciencias Básicas Biomédicas en Granma.
Manzanillo.**



multidisciplinarias para tratamiento con plasma rico en plaquetas en Atención Primaria de Salud.



Introducción

La Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP por sus siglas en inglés) y la Clasificación internacional de enfermedades en la 11na. revisión, definen al dolor crónico como "el dolor que ha persistido durante más de 3 meses y se asocia con una angustia emocional significativa y/o discapacidad funcional, y el dolor no se explica mejor por otra afección".¹ Es decir, es el dolor que persiste más allá del dolor agudo y no se corresponde con el tiempo normal de curación de una lesión.

El dolor crónico fisiopatológicamente es diferente al dolor agudo. En el dolor agudo hay evidencia de un daño real y su aparición es una señal de alerta biológica, que desencadena mecanismos para la curación y restitución de la función. En el dolor crónico, en la mayoría de los pacientes no se puede demostrar un daño, que justifique el dolor, y este se convierte en la propia enfermedad.²

Los síndromes de sensibilidad central, término bajo en que se engloban muchos dolores crónicos, presentan una activación persistente del sistema nervioso central con hiperexcitabilidad de la red neuronal (proceso inflamatorio de bajo grado), disregulación en el procesamiento del dolor donde intervienen las vías descendentes inhibitorias, de facilitación ascendentes y centros superiores que interpretan las señales de daño. Esto conlleva a una disminución del umbral sensitivo con alteración perceptiva (alodinia, hipersensibilidad) y respuesta amplificada a los estímulos.^{2,3}

La neurobiología del dolor crónico plantea que el sistema neuro-inmuno-endocrino se mantienen en hipervigilancia, por lo que se interpretan amenazas como daño real. Se producen cambios en el cerebro a nivel de la amígdala y memoria del dolor (neuroplasticidad).²

Un elemento importante para el abordaje terapéutico del dolor crónico, es diferenciar al dolor crónico oncológico y no oncológico. En los pacientes con cáncer del 17 al 59 % experimenta dolor crónico, en particular los casos quirúrgicos, exhibiendo relación con las metástasis, complicaciones y pronóstico.⁴ Ello conlleva a una diferencia significativa en su manejo, en el dolor crónico oncológico se busca aliviar el dolor de forma rápida y agresiva, con ascenso rápido en la escalera analgésica y enfoque paliativo. Además, hay imposibilidad para el empleo de técnicas de Medicina Regenerativa.



En el dolor crónico no oncológico el manejo del dolor es a largo plazo, minimizando los riesgos de la medicación con opioides, es más conservador y escalonado. Se busca la rehabilitación, mejorar la funcionalidad y la independencia. Exhibe un enfoque multidisciplinar con infiltraciones, bloqueos y técnicas de Medicina Natural y Tradicional. Las técnicas de Medicina Regenerativa muestran resultados positivos.^{5,6}

Objetivo

Exponer el impacto de la consulta multidisciplinaria para tratamiento del dolor crónico no oncológico con plasma rico en plaquetas en Atención Primaria de Salud, en Camagüey.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo de los pacientes atendidos en la consulta multidisciplinaria para tratamiento del dolor crónico no oncológico con plasma rico en plaquetas (PRP) en Atención Primaria de Salud, en el Policlínico Docente Previsora, de la ciudad de Camagüey, en el periodo enero 2021 a junio 2025.

El estudio comprendió a 1501 pacientes, que acudieron a la consulta, fueron diagnosticados de dolor crónico no oncológico, acorde a los criterios de la IASP.¹ Llevando seguimiento por al menos 3 meses y que recibieron al menos 1 dosis de PRP autólogo, obtenido por el protocolo validado.⁵

Se trabajo con tres dimensiones:

Dimensión caracterización

- Edad: cuantitativa continua.
- Sexo: cualitativa nominal dicotómica.
- Etiología: cualitativa nominal politómica.
- Zona anatómica: cualitativa nominal politómica.

Dimensión clínica y funcionalidad

- Mejoría clínica: cualitativa nominal dicotómica.
- Medicación analgésica: cualitativa nominal dicotómica.

Dimensión psicosocial

- Satisfacción del paciente: cualitativa nominal dicotómica.

Técnicas de obtención y procesamiento de datos

Los datos se obtuvieron de la hoja de cargo y la historia clínica ambulatoria personal. Se confeccionó una base de datos mediante el paquete estadístico



Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0 con error aceptable y valor de confianza del 95 %.

Los datos se resumieron en número y por ciento. Los resultados se presentaron en texto y tablas estadísticas.

Ética médica

La investigación fue sometida a consideración y aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la investigación del Centro de Inmunología y Productos Biológicos (CENIPBI) de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Se tuvo en cuenta la adherencia a Convenios internacionales sobre principios éticos de las investigaciones en seres humanos, se respetaron los principios promulgados en la Declaración de Helsinki.

Consulta multidisciplinaria para tratamiento del dolor crónico no oncológico con plasma rico en plaquetas

La consulta provincial multidisciplinaria comprendió a especialistas en Anestesiología, Geriatria y Medicina General Integral.

- Primera consulta

A los pacientes se les realizó interrogatorio, examen físico general, regional y por sistemas, en particular de la articulación afecta. Se indicaron estudios diagnósticos (imagenológicos y de química sanguínea), con el objetivo de realizar el diagnóstico de dolor crónico, descartar otras enfermedades asociadas que causan dolor articular: Artritis reumatoidea, Gota. Así como condiciones que contraindiquen el uso de PRP.

Con los datos se confeccionó la historia clínica ambulatoria personal.

- Segunda consulta

Se evaluaron los estudios diagnósticos. Se programó la sesión de PRP.

- Tercera consulta

Con el paciente en ayuna y cumpliendo el protocolo validado, se realizó la primera sesión de PRP (Anexos Figura 1).

Se indican cuidados generales como reposo y colocación de bolsas frías.

- Cuarta consulta (seguimiento)

Se realizó interrogatorio y examen físico de la articulación afecta para evaluar dolor, presencia de eventos adversos y/o complicaciones, grado de funcionalidad. Se evalúa para próxima sesión de PRP.

- Consideraciones particulares



En los pacientes con diagnóstico de dolor crónico y condiciones que contraindiquen el uso de PRP, se realizarán infiltraciones de anestésicos locales y/o esteroides, bloqueos y técnicas de Medicina Natural y Tradicional (acupuntura, electroacupuntura, fitofármacos), acorde al enfoque multimodal para el tratamiento del dolor.

Resultados y discusión

El dolor crónico afecta al 20 % de la población mundial y se considera una de las principales causas de discapacidad. En cerca del 7 % de los casos se diagnostica dolor crónico de alto impacto, un dolor de moderado a severo que interfiere gravemente en el: trabajo, movilidad, autocuidado y vida social. Lo que repercute en los pacientes, familia y sociedad de manera importante, por los gastos sanitarios y efecto psicológico.^{7,8}

En la tabla 1 se aprecia la distribución de pacientes atendidos por edad y sexo. Se observa un predominio de las pacientes con 1202 casos (80,1 %). El grupo de edad de 45 a 64 años representa el 35,8 % de la serie, 536 pacientes, seguido de los pacientes de 65 a 84 años con 493 (32,9 %).

Tabla 1. Distribución de pacientes por edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
De 18 a 24 años	25	1,7	39	2,6	64	4,3
De 25 a 44 años	101	6,7	297	19,7	398	26,4
De 45 a 64 años	119	7,9	417	27,9	536	35,8
De 65 a 84 años	52	3,5	441	29,4	493	32,9
85 años y más	2	0,1	8	0,5	10	0,6
Total	299	19,9	1202	80,1	1501	100,0

Fuente: hoja de cargo

En un estudio realizado del 2019 al 2021, en Estados Unidos, se reporta dolor crónico en todos los grupos de edades, entre 45 a 64 años, una tasa bruta (IC al 95 %) de 26,8 %, entre 65 a 84, 30 %, 85 años y más, una tasa de 34,3 %.⁸

Los autores informan que el dolor crónico no se comporta por igual en ambos sexos, al influir en el proceso factores biológicos y psicológicos. Lo que hace más susceptible al sexo femenino, a esto se le unen los cambios propios de la



menopausia, accidentalidad, osteopenia/osteoporosis y ser más receptivas a las nuevas terapias.

En la serie predominaron los pacientes con afectación de las grandes articulaciones, como: rodilla, hombro y cadera, 44,5 %, 29,0 % y 13,2 % respectivamente. Casi la totalidad de los casos se corresponden con dolores que afectaron el sistema osteomioarticular, tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes por etiología y zona anatómica.

Etiología	No.	%
Rodilla (Gonartrosis, Dolor postCOVID-19, Tendinitis rotuliana)	668	44,5
Hombro (Bursitis subacromial, Tendinitis del supraespinoso, Artrosis acromioclavicular, Capsulitis adhesiva, Tendinitis bicipital)	435	29,0
Cadera (Coxartrosis)	198	13,2
Cuello (Cervicalgia)	45	3,0
Tronco posterior (Dorsalgia, Sacrolumbalgia osteomioarticular)	40	2,7
Pie (Espolón calcáneo)	33	2,3
Mano (Síndrome del túnel del carpo)	31	2,0
Codo (Codo de tenista o Tendinitis del tendón lateral del codo)	27	1,8
Cara (Neuralgia del trigémino refractaria al tratamiento convencional, Disfunción de ATM)	16	1,0
Cabeza (Cefalea migrañosa)	8	0,5
Total	1501	100,0

Articulación temporomandibular (ATM)

Fuente: hoja de cargo

El dolor crónico tiene una etiología variada, comprende enfermedades osteomioarticulares, neurológicas y otras de causa poco conocida como la fibromialgia. También, el manejo inadecuado del dolor agudo conduce al desarrollo de dolor crónico.¹ Lee KE, *et al.*⁹ en un estudio que comprendió a 138 adultos mayores con dolor crónico en Corea del Sur, reportan: dolor crónico en varias partes del cuerpo, así 49 pacientes (35,5 %) en rodilla, 28 (20,3 %) en hombro, 22 (15,9 %) en columna y 16 (11,6 %) en la cadera.



Los autores de la presente investigación consideran que, la distribución por zona anatómica y etiología están influenciados por el proceso de envejecimiento, en correspondencia con la población estudiada. Además, las grandes articulaciones (rodilla, hombro y cadera) se asocian a más discapacidad y dolor más severo por la afectación de la artrosis. Ellas soportan más peso y están sometidas a mayor estrés mecánico, son de uso constante para caminar, sentarse y levantar objetos y a menudo son asiento de lesiones previas.

Por su parte las articulaciones pequeñas como: mano, tobillo, pies y muñecas se ven más afectadas por procesos inflamatorios como enfermedades autoinmunes (Artritis reumatoidea) y su daño impacta menos en la calidad de vida del paciente, con excepción de la artritis deformante bilateral de la mano.

La mejoría clínica de los pacientes, se observa en la tabla 3. Para la evaluación de la variable se tuvo en cuenta la remisión de los síntomas y la disminución del dolor referido acorde a la escala visual análoga (EVA), lo que se constató en el 82 % de los casos.

Tabla 3. Distribución de pacientes acorde a la mejoría clínica.

Mejoría clínica	No.	%
Si	1230	82,0
No	271	18,0
Total	1501	100,0

Lee KE, *et al.*⁹ en su estudio evidencian interferencia del dolor con actividades de la vida diaria, 2,49 (IC al 95 %: 2,13-2,85), con la calidad del sueño, 6,03 (IC: 5,41-6,66). Los pacientes en sus procesos cognitivo-emocionales mostraron catastrofización del dolor, patrón de pensamiento negativo y desadaptativo que exagera la amenaza del dolor, 13,48 (IC: 11,63-15,31). Por último, en los pacientes se reveló correlación del dolor con la depresión, 3,69 (IC: 3,00-4,40).

Arce González MA, *et al.*¹⁰ en un artículo que aborda el bienestar psicológico y ansiedad en adultos mayores con osteoartrosis de rodilla tratados con PRP, reportan cambios de niveles medio-bajo a niveles altos de bienestar psicológico, con disminución de los niveles de ansiedad estado, a los 3 a 6 meses posteriores al tratamiento. A los 3 meses, el 100 % de los pacientes manifestó satisfacción y expresó una mejoría en la salud física. A los 6 meses, expresaron sensación de



crecimiento individual continuo, con metas y objetivos alcanzables en la vida, con capacidad de gestionar eficazmente el mundo circundante.

En la serie estudiada en casi 9 de cada 10 pacientes, 88,9 % de los casos, 1335 pacientes, se reportó una disminución en el consumo y dosis de fármacos analgésicos, tabla 4.

Tabla 4. Distribución de pacientes acorde a la medicación analgésica.

Medicación analgésica	No.	%
Reducción del consumo	1335	88,9
Igual o mayor consumo	166	11,1
Total	1501	100,0

En España, los pacientes con dolor crónico y en particular el dolor crónico discapacitante, tienen un consumo de analgésicos un 71,5 % superior a otros pacientes sin dolor crónico o con dolor crónico no discapacitante, además requieren de servicios de atención primaria un 91 % más, servicios de urgencias un 36,5 % más, atención por médicos generales un 35,9 % más y atención especializada un 9,1 % más que el resto de los pacientes.¹¹

Resulta importante señalar que, en los pacientes con dolor crónico, no solo se eleva el consumo de analgésicos no opioides, sino también de otros fármacos como opioides débiles (codeína, tramadol), lo cual representa un riesgo de farmacodependencia.

En la tabla 5 se aprecia la satisfacción de los pacientes con el resultado, siendo positiva en el 81,6 %, 1225 pacientes.

Tabla 5. Distribución de pacientes acorde a la satisfacción.

Satisfacción del paciente	No.	%
Si	1225	81,6
No	276	18,4
Total	1501	100,0

La medición de la calidad en el servicio de salud prestado, a partir de la satisfacción de los pacientes con el servicio recibido y los resultados obtenidos es difícil, al ser un constructo multidimensional influenciado por la interacción de factores objetivos y subjetivos. Los factores objetivos, tangibles y medibles, comprenden: tiempo de espera, número de pacientes atendidos por día, turno matutino o vespertino, estado de la infraestructura y resultado clínico, mientras



en los subjetivos se destacan: las expectativas previas, empatía personal, estado emocional y relación médico-paciente.

En un estudio argentino que aplicó la encuesta de satisfacción *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) adaptada y validada al español, versión 2.0 y la historia clínica informatizada denominada Sistema de Gestión Hospitalaria (SIGEHOS) como herramienta para registro, en consulta externa de un hospital público de alta complejidad, demostraron que ninguna de las variables previamente identificadas como predictores se asoció significativamente con la evaluación del profesional de la salud y satisfacción con la atención.¹² Lo que expresa la complejidad al abordar el tema satisfacción en salud.

Conclusiones

El dolor crónico no oncológico osteomioarticular, no tiene una cura milagrosa, los cambios degenerativos de las articulaciones son difíciles de revertir, aún con el empleo de técnicas de Medicina Regenerativa como el plasma rico en plaquetas. Sin embargo, la posibilidad de mitigar los síntomas, mejorar la funcionalidad y controlar el dolor como una enfermedad crónica más, representan un aliciente para la creación de nuevas consultas multidisciplinarias para tratamiento del dolor crónico no oncológico con plasma rico en plaquetas en Atención Primaria de Salud.

Bibliografía

1. Daoust R, Paquet J, Perry JJ, Yan JW, Williamson D, Castonguay V, et al. How Does Self-Declared Chronic Pain Compare to Other Definitions? A Prospective Multicenter Study. *Pain Res Manag* [Internet]. 2025 [citado 5 Ago 2025];2025:5556400. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12202084/>
2. Casabella Abril B. Nuevas perspectivas en el abordaje del dolor. *Aten Primaria* [Internet]. 2024 [citado 5 Ago 2025];56(2):102841. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10776413/>
3. Alcántara Montero A, Pacheco de Vasconcelos SR, Castro Arias A. Dolor nociplástico y sensibilización central en pacientes con dolor crónico: actualizando conceptos y terminología. *Aten Primaria* [Internet]. 2024 [citado 5 Ago 2025];56(4):102898. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10905952/>



4. Zhang Y, Guo Y. Chronic pain is a risk factor for all-cause and cancer-specific mortality in cancer survivors: a population-based cohort study. BMC Public Health [Internet]. 2025 [citado 5 Ago 2025];25(1):325. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11765894/>
5. Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar OB, Betancourt Bethencourt JA. Efectividad del plasma rico en plaquetas en pacientes con diagnóstico de hombro doloroso no traumático. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2025 [citado 5 Ago 2025];54(1):e025069145. Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/69145>
6. Rangel Jaimes GW, Ortega Agón KA, Cediell Carrillo XJ, Rueda Quijano NA, Cabeza Diaz KN. Medicina regenerativa en el tratamiento de dolor crónico. Una revisión integrativa de la literatura. Rev Col Med Fis Rehab [Internet]. 2023 [citado 7 Ago 2025];33(1):75-85. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2256-56552023000100075&script=sci_arttext
7. White KM, Zale EL, Lape EC, Ditre JW. The Association Between Chronic Pain Acceptance and Pain-Related Disability: A Meta-Analysis. J Clin Psychol Med Settings [Internet]. 2025 [citado 2 Oct 2025];32(3):448-459. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12370564/>
8. Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP Jr. Chronic Pain Among Adults - United States, 2019-2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2023 [citado 5 Ago 2025];72(15):379-385. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10121254/>
9. Lee KE, Ryu H, Chang SJ. The Effect of Pain Catastrophizing on Depression among Older Korean Adults with Chronic Pain: The Mediating Role of Chronic Pain Interference and Sleep Quality. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 5 Ago 2025];17(23):8716. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7727656/>
10. Arce González MA, Otero Ramos IM, Mayea González S de la C, Guerra Morales VM. Bienestar psicológico y ansiedad en adultos mayores con osteoartritis de rodilla. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2023 [citado 7 Ago 2025];42:e1824. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03002023000100017&script=sci_arttext



11. Ruiz-Romero MV, Guerra-Martín MD, Álvarez-Tellado L, Sánchez-Villar E, Arroyo-Rodríguez A, Sánchez-Gutiérrez MC. Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2021 [citado 7 Ago 2025];44(1):61-69. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272021000100006&script=sci_arttext

12. García Munitis P, Tobía González I, González Villa Monte G, Colombo MV, Rojas S, Pared L. Factores predictores de satisfacción de Pacientes en consulta externa pediátrica del Hospital el Cruce-Nestor Kirchner. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 7 Ago 2025];13:e44. Disponible en:

<https://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v13/1853-810X-rasp-13-161.pdf>

Anexos



Figura 1. Infiltración de plasma rico en plaquetas en cadera. Imagen de los autores.

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.

Conflictos de intereses



Los autores declaran no tener conflictos de intereses en la presente investigación.

Información financiera

La investigación que da origen a los resultados presentados recibió fondos de la Oficina de Gestión de Fondos y Proyectos Internacionales bajo el código PN241LH003-007.