



Recibido: 12-12-2024
Aceptado: 11-04-2025

Evaluación multidimensional del dolor crónico manejado con infusiones de lidocaína: estudio longitudinal

Multidimensional assessment of chronic pain managed with lidocaine infusions: a longitudinal study

Dra. Katherine Oyaga-Ruidiaz,* Dr. Mateo Gómez-Díaz,‡
Dra. Marcela Erazo-Muñoz,§ Dra. Johana Benavides-Cruz¶

Palabras clave:

dolor crónico, lidocaína, manejo del dolor, dimensión del dolor, infusiones parenterales, atención ambulatoria.

Keywords:

chronic pain, lidocaine, pain management, pain measurement, parenteral infusions, ambulatory care.

Citar como: Oyaga-Ruidiaz K, Gómez-Díaz M, Erazo-Muñoz M, Benavides-Cruz J. Evaluación multidimensional del dolor crónico manejado con infusiones de lidocaína: estudio longitudinal. Rev Mex Anestesiología. 2026; 49 (2): 87-93. <https://dx.doi.org/10.35366/122904>

RESUMEN. Introducción: el dolor crónico impacta negativamente varias dimensiones de la vida humana. La evidencia del uso de lidocaína para su manejo en contextos ambulatorios es limitada. **Objetivo:** evaluar el control del dolor crónico y su interferencia en la vida diaria de pacientes en tratamiento ambulatorio con infusiones de lidocaína. **Material y métodos:** estudio observacional de una cohorte de 24 pacientes con dolor crónico manejados ambulatoriamente con infusiones de lidocaína por ocho semanas. La intensidad del dolor y su interferencia con los aspectos de la vida diaria fueron evaluados con el Inventario Breve del Dolor. Los desenlaces fueron analizados con ANOVA de medidas repetidas y la prueba t para muestras pareadas. **Resultados:** se evidenció una disminución significativa en el puntaje de dolor mínimo en las últimas 24 horas y de su interferencia en las actividades generales ($p \leq 0.005$), incluyendo la capacidad de caminar ($p \leq 0.005$) y el trabajo ($p \leq 0.001$). Además, redujo el uso de opioides en un 12.5%. **Conclusiones:** la infusión de lidocaína ambulatoria demostró ser efectiva, al reducir el dolor y su interferencia en algunas actividades cotidianas, así como el uso de opioides. El uso de la lidocaína debería ser considerado como terapia adyuvante en el tratamiento multimodal del dolor crónico.

ABSTRACT. Introduction: chronic pain has a negative impact on several dimensions of human life. The evidence base for the use of lidocaine in outpatient settings for the management of chronic pain is limited. **Objective:** to evaluate chronic pain control and its impact on aspects of daily life in patients receiving outpatient treatment with lidocaine infusions. **Material and methods:** this observational study examined a cohort of 24 patients with chronic pain who received outpatient treatment with lidocaine infusions for a period of eight weeks. Pain intensity and interference with aspects of daily life were assessed using the Brief Pain Inventory. Outcomes were analyzed by repeated measures ANOVA and paired samples t-test. **Results:** a significant reduction was observed in the minimal pain score in the last 24 hours and in interference with general activities ($p \leq 0.005$), walking ($p \leq 0.005$) and work ($p \leq 0.001$). Furthermore, opioid use was reduced by 12.5%. **Conclusions:** ambulatory lidocaine infusion has been demonstrated to be an effective method for reducing pain and the interference of pain with some activities of daily living, as well as the use of opioids. Therefore, the use of lidocaine may be considered as a potential adjunctive therapy in the multimodal management of chronic pain.

* Médico del Programa de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0001-8133-2506
‡ Especialista en Dolor y Cuidados Paliativos. Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-7044-311X
§ Magíster en Dolor y Cuidados Paliativos, Unidad para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-0632-6285
¶ Magíster en Epidemiología Clínica, Unidad de Investigación, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia. ORCID: 0000-0002-6785-8138

Correspondencia:

Johana Benavides Cruz
E-mail: jbenavidescr@unisnitas.edu.co



INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define el dolor crónico como aquel dolor que persiste por más de tres meses⁽¹⁾ y tiene repercusiones en las dimensiones de la vida, generando incapacidad laboral,

ausentismo y carga económica para los países y sistemas de salud⁽²⁾. El dolor es la principal razón por la que las personas buscan atención médica⁽³⁾, y es un componente de muchas enfermedades crónicas⁽⁴⁾.

El dolor crónico afecta aproximadamente al 20% de la población mundial⁽⁵⁾, y se presenta en



una de cada 10 personas⁽⁶⁾. En Estados Unidos, la prevalencia del dolor crónico en adultos es de 20.9%, y la del dolor crónico de alto impacto es de 6.9%, siendo más alta en adultos mayores, mujeres, adultos desempleados y adultos que viven en pobreza⁽⁷⁾. Factores como el sexo, el estado de desarrollo de un país y el índice de desarrollo humano influyen en la prevalencia del dolor crónico⁽⁶⁾. En Colombia son escasos los datos; un estudio realizado en Caldas reportó que el 31% de los pacientes de atención primaria sufren de esta condición⁽⁸⁾.

El manejo eficaz del dolor crónico requiere de un tratamiento multimodal que incluya manejo farmacológico y no farmacológico. Se ha reportado que un 40% de los pacientes no siguen el tratamiento farmacológico adecuadamente, lo que puede resultar en un tratamiento subóptimo⁽⁹⁾. La lidocaína puede ser una opción en el tratamiento adyuvante del dolor crónico, pero la evidencia de su eficacia a largo plazo es limitada⁽¹⁰⁾.

Además, se ha destacado la necesidad de utilizar escalas de evaluación multidimensional del dolor para medir su interferencia en las actividades de la vida diaria^(11,12).

El Inventario Breve de Dolor (BPI, por sus siglas en inglés) evalúa el dolor de manera multidimensional, abarcando su intensidad y la interferencia en la vida diaria. Consta de 11 ítems en escala Likert, de 0 (sin dolor) a 10 (el peor dolor imaginable), divididos en dos dimensiones: intensidad del dolor (máxima, mínima, promedio y actual) e interferencia en actividades diarias (actividades generales, estado de ánimo, caminar, trabajo, relaciones, sueño y disfrute de la vida). Además, incluye un esquema corporal para señalar las zonas dolorosas. Este instrumento ha sido validado en dolor oncológico y no oncológico^(11,13,14).

El objetivo de este estudio es evaluar el control del dolor crónico y su interferencia en los aspectos de la vida diaria de pacientes en tratamiento ambulatorio con infusiones de lidocaína.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: estudio observacional, longitudinal y prospectivo de una cohorte de pacientes manejados con infusión de lidocaína con seguimiento a tres meses, llevado a cabo en una institución de salud de alta complejidad en Bogotá, Colombia, en el período comprendido entre noviembre de 2022 y marzo de 2024.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación, mediante el acta No.036-22, de la Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia. Este estudio siguió los principios éticos de la Declaración de Helsinki para hacer investigación en seres humanos y todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Población de estudio: se incluyeron, mediante muestreo por conveniencia, pacientes mayores de 18 años atendidos en

el servicio de Medicina del Dolor entre noviembre de 2022 y marzo de 2024, con diagnóstico de dolor crónico (≥ 3 meses de evolución) en manejo analgésico multimodal, y en quienes el médico especialista en Medicina del Dolor indicó el inicio de tratamiento ambulatorio con infusiones de lidocaína intravenosa por dolor refractario. Se excluyeron pacientes con déficit cognitivo o con limitaciones para la comprensión, así como aquellos que hubieran recibido previamente tratamiento con lidocaína en infusión. Todos los pacientes recibieron una infusión endovenosa de lidocaína a dosis de 1 mg/kg/hora (mezcla constituida por 75 mL de solución salina a 0.9%, más 500 mg de lidocaína al 2% sin epinefrina) durante 4 horas, una vez por semana, hasta un máximo de ocho semanas.

Recolección de datos: a través de un cuestionario sobre datos sociodemográficos y clínicos, se recolectaron los siguientes datos: edad, sexo, estado civil, escolaridad y tiempo de evolución del dolor. De los registros de historia clínica se extrajeron datos como tipo de dolor, origen del dolor (oncológico/no oncológico), y tratamiento farmacológico multimodal recibido.

La tasa de respondedores fue definida como la proporción de pacientes con una reducción $\geq 30\%$ del puntaje de dolor en el primer y tercer mes de seguimiento. Cualquier cambio en el tratamiento farmacológico multimodal del paciente fue registrado, así como la presentación de algún evento adverso como visión borrosa, tinnitus, sabor metálico en la boca, palpitations, reacción cutánea durante y hasta 72 horas posterior a la infusión de la lidocaína.

Para evaluar el control y la interferencia del dolor en los aspectos de la vida diaria, se aplicó el Inventario Breve del Dolor (BPI, por sus siglas en inglés) previo a la primera infusión de lidocaína (medida basal), de manera presencial y luego mensual, hasta completar tres meses a partir de la primera infusión mediante contacto telefónico.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de frecuencia absolutas y relativas para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, teniendo en cuenta su distribución evaluada con la prueba Shapiro-Wilk.

Para analizar cambios entre la línea de base y las medidas de seguimiento del puntaje del dolor e interferencia, se utilizó el test ANOVA de medidas repetidas. Se realizó un análisis *post hoc* con la prueba t de Student para muestra pareada. También se realizó una descripción de la media de los puntajes de la evaluación del dolor por BPI según el tipo de dolor (neuropático, neuropático-nociceptivo y nociceptivo). Los eventos adversos se reportaron con frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 24 participantes manejados con infusiones de lidocaína. El 75% (n = 18) de los participantes

recibieron tres o más infusiones; la media de edad fue de 48.7 ± 14.7 años; el 79.2% eran mujeres. El 95.8% presentaban dolor no oncológico. El diagnóstico más frecuente fue fibromialgia (37.5%) (Tabla 1).

En la medición basal con el Inventario Breve de Dolor (BPI), los pacientes presentaron una media de puntaje máximo de dolor en las últimas 24 horas de 7.3 ± 2.2 , dolor mínimo de 4.8 ± 2.2 , y dolor promedio de 5.7 ± 1.9 . La media de intensidad del dolor actual fue de 6.3 ± 2.6 y el alivio reportado en las últimas 24 horas correspondió a $42.5 \pm 20.9\%$ (Tabla 2).

Efecto en la intensidad del dolor: se observó una disminución estadísticamente significativa en el puntaje de dolor mínimo en las últimas 24 horas entre la medida basal y el tercer mes (diferencia de media [dm] = 2; $p \leq 0.001$), así como en el puntaje del dolor actual correspondiente al momento de la llamada (dm = 2.2; $p \leq 0.001$) (Tabla 2). Los participantes respondedores fueron 50% en el primer mes y 54.2% al tercer mes.

Efecto en el nivel de interferencia de las actividades: se encontró una reducción estadísticamente significativa entre la medida basal y el tercer mes de seguimiento principalmente en la interferencia con actividades generales (dm = 2.1; $p \leq 0.005$), capacidad de caminar (dm = 2.6; $p \leq 0.005$), trabajo habitual (dm = 2.5; $p \leq 0.001$) y en la capacidad de diversión (dm = 4.1; $p \leq 0.001$). La capacidad de diversión fue la única área que presentó disminución importante y significativa del nivel de interferencia desde el primer mes (Tabla 2).

Control del dolor por tipo: en la evaluación con el Inventario Breve de Dolor (BPI) por tipo de dolor, los tres subgrupos mostraron tendencias de mejoría a lo largo del seguimiento. En el grupo con dolor neuropático (n = 12) se evidenció una reducción progresiva en la intensidad del dolor (de 6.4 en basal a 4.0 al tercer mes) y un aumento en la percepción de alivio (de 45.8 a 48.3%). En los pacientes con dolor mixto neuropático-nociceptivo (n = 10) también se observó una disminución del puntaje del dolor actual (de 6.4 a 4.3), con un incremento sostenido en el alivio reportado (de 33.0 a 56.0%). Por su parte, los pacientes con dolor nociceptivo (n = 2) mostraron igualmente una reducción del dolor actual (de 6.0 a 3.5) y un aumento del alivio percibido (de 50.0 a 65.0%) (Tabla 3).

Efecto en el uso de opioides y otros adyuvantes: se evidenció que el uso de opioides débiles y potentes se redujo en un 12.5% hacia el tercer mes de seguimiento; se observó incremento en el uso de antidepresivos (9%) y paracetamol (8.4%). El uso de anticonvulsivos no mostró importantes fluctuaciones (Tabla 4).

Efectos adversos: tres participantes (12.5%) experimentaron hipotensión, debilidad y visión borrosa, respectivamente, como efectos adversos durante la primera infusión.

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó el efecto de las infusiones de lidocaína en 24 pacientes con dolor crónico que se encontraban en manejo multimodal en una institución de salud en Bogotá, con seguimiento telefónico durante tres meses. Los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativa de la intensidad mínima y actual del dolor, sugiriendo un efecto sostenido de la lidocaína, posiblemente influenciado por el manejo multimodal concomitante. Además, al analizar los distintos tipos de dolor, los resultados sugieren una mejoría clínica tanto en la intensidad como en la percepción de alivio en los tres subgrupos (neuropático, mixto y nociceptivo), hallazgos consistentes con estudios previos, a pesar de la heterogeneidad en las dosis e instrumentos de evaluación de

Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (N = 24).

Variable	n (%)
Edad (años), media \pm DE	48.7 \pm 14.7
Sexo	
Mujeres	19 (79.2)
Hombres	5 (20.8)
Estado civil	
Casado(a)	17 (70.8)
Soltero(a)	6 (25.0)
Separado(a)	1 (4.2)
Escolaridad	
Pregrado	11 (45.8)
Posgrado	10 (41.7)
Secundaria	3 (12.5)
Ocupación	
Independiente	8 (33.3)
Desempleado	6 (25.0)
Ama de casa	5 (20.8)
Pensionado	3 (12.5)
Empleado	2 (8.3)
Tiempo de evolución del dolor, mediana [RIC]	27.5 [18.5-48]
Tipo de dolor	
Neuropático	12 (50.0)
Neuropático-nociceptivo	10 (41.7)
Nociceptivo	2 (8.3)
Origen del dolor	
No oncológico	23 (95.8)
Oncológico	1 (4.2)
Diagnóstico clínico	
Fibromialgia	9 (37.5)
Lumbalgia crónica con radiculopatía	3 (12.5)
Cervicalgia crónica	2 (8.3)
Neuralgia posherpética	2 (8.3)
Neuralgia del trigémino	2 (8.3)
Otros*	6 (25.0)

DE = desviación estándar. RIC = rango intercuartilico.
* Mieloma múltiple, radiculopatía torácica, síndrome doloroso espinal persistente, síndrome de fatiga crónica, dolor pélvico crónico y proctitis por radioterapia.

Tabla 2: Medias de los puntajes del dolor y de su interferencia con actividades cotidianas evaluadas con el Inventario Breve de Dolor.

Ítem del Inventario Breve de Dolor	Basal Media ± DE	Mes 1 Media ± DE	Mes 2 Media ± DE	Mes 3 Media ± DE
Puntaje máximo dolor en las últimas 24 horas	7.3 ± 2.2	6.7 ± 1.9	7.2 ± 1.5	6.9 ± 1.4
Puntaje mínimo dolor en las últimas 24 horas	4.8 ± 2.2	3.4 ± 1.4*	2.9 ± 1.4*	2.8 ± 1.3*
Puntaje promedio dolor en las últimas 24 horas	5.7 ± 1.9	5.5 ± 1.5	4.8 ± 1.6***	4.5 ± 1.5***
Puntaje intensidad del dolor actual	6.3 ± 2.6	4.9 ± 2.1***	4.5 ± 2.2**	4.1 ± 1.9*
Alivio del dolor en las últimas 24 horas, n (%)	42.5 (20.9)	46.7 (18.3)	50.8 (21.4)	52.1 (17.4)
Interferencia en las actividades diarias				
Actividades generales	6.7 ± 2.5	4.9 ± 2.6**	5.4 ± 2.0	4.6 ± 1.9**
Estado de ánimo	6.9 ± 2.7	5.8 ± 2.7	5.7 ± 2.8	5.0 ± 2.6***
Capacidad de caminar	6.1 ± 3.1	5.0 ± 2.7***	4.2 ± 2.2***	3.5 ± 2.4**
Trabajo habitual	6.4 ± 3.0	5.6 ± 2.9	5.5 ± 2.2	3.9 ± 1.8*
Capacidad para relacionarse con otras personas	5.8 ± 2.7	4.5 ± 2.6***	5.3 ± 2.2	3.5 ± 2.7***
Sueño	7.4 ± 2.3	6.2 ± 2.8	6.7 ± 2.1	5.9 ± 2.7***
Capacidad de diversión	7.4 ± 2.2	4.9 ± 2.4*	4.4 ± 2.1*	3.3 ± 1.7*
DE = desviación estándar. * p < 0.001; ** p < 0.005; *** p < 0.05.				

desenlaces. Por ejemplo, en pacientes con fibromialgia, se observó una reducción significativa en la puntuación del dolor a corto plazo, con dosis de lidocaína entre 5 mg/kg y 7.5 mg/kg, así como en el porcentaje de alivio del dolor y la duración media del mismo a largo plazo, evaluados subjetivamente por los pacientes⁽¹⁵⁾. En pacientes con dolor crónico refractario se ha reportado una reducción significativa en la intensidad del dolor durante las infusiones de lidocaína, con una duración del alivio de una a tres semanas en el 52% de los pacientes, más de tres semanas en el 8% y menos de una semana en el resto, concluyéndose que la lidocaína puede proporcionar alivio prolongado en este grupo de pacientes⁽¹⁰⁾. En pacientes en postoperatorio también se ha reportado el beneficio de las infusiones de lidocaína en el alivio del dolor, debido a la reducción significativa en el puntaje de la escala visual análoga (EVA)^(11,16-18). Sin embargo, en pacientes con dolor neuropático, los resultados han sido variados, ya que se ha encontrado una duración del alivio del dolor entre cuatro y seis semanas posteriores a la infusión de lidocaína^(19,20); mientras que otro estudio encontró alivio del dolor significativo durante las infusiones de lidocaína y no después de su última dosis, sugiriendo un efecto transitorio de la lidocaína⁽²¹⁾.

En cuanto a la tasa de respondedores, este estudio encontró que fue de 50% para el primer mes y de 54.2% para el tercer mes. Estos resultados difieren con un estudio previo en el que el 25.8% de los pacientes respondieron al tratamiento con lidocaína en dosis de 5 mg/kg, y el 45.5% con lidocaína en dosis de 7.5 mg/kg a largo plazo⁽¹⁵⁾. Estas discrepancias podrían deberse a diferencias en la definición de «respondedor» empleada en cada estudio. Además, la evidencia sugiere que las infusiones repetidas de lidocaína tienen un efecto

acumulativo, reduciendo la intensidad del dolor y prolongando la duración del alivio, lo que se correlaciona positivamente con el número de infusiones administradas, explicando las variaciones en las tasas de respondedores reportadas^(22,23).

En cuanto a los ítems que evalúan la interferencia del dolor en los aspectos de la vida diaria, se observó una disminución estadísticamente significativa en los puntajes al tercer mes en comparación con los puntajes basales. Específicamente, la capacidad de diversión, de caminar, para relacionarse con otras personas y de realizar el trabajo habitual y las actividades generales mostraron una mayor reducción del puntaje en comparación con el estado de ánimo y el sueño. Estos hallazgos contrastan con estudios previos que evaluaron la interferencia del dolor utilizando el BPI en pacientes con neuralgia posherpética y con síndrome doloroso regional complejo, quienes fueron tratados con infusiones de lidocaína por cuatro semanas, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones del BPI a las seis semanas con respecto a la medida basal⁽²¹⁾. Esta discrepancia podría explicarse por las diferencias en la dosis y duración de la intervención, así como por el tiempo de seguimiento.

El presente estudio evidenció una reducción del uso de opioides, acompañada de un aumento en el uso de antidepresivos y paracetamol como medicamentos adyuvantes. Aunque la evidencia respalda el uso de lidocaína como un agente analgésico con propiedades ahorradoras de opioides^(18,24), y con efectos antiinflamatorios⁽²⁵⁾, también se ha observado su potencial sinérgico cuando se utiliza en combinación con fármacos adyuvantes, como los antidepresivos⁽²⁶⁾. Escasos estudios han evaluado los cambios en la medicación concomitante con el manejo con lidocaína, por ejemplo, un estudio

Tabla 3: Evaluación del dolor con el Inventario Breve de Dolor (BPI) por tipo de dolor durante el seguimiento.

Evaluación del dolor con el BPI	Dolor neuropático N = 12 Media ± DE			Dolor neuropático-neoceptivo N = 10 Media ± DE			Dolor noceptivo N = 2 Media ± DE					
	Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Basal	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Puntaje máximo dolor en las últimas 24 horas	7.4 ± 2.4	6.8 ± 1.9	7.8 ± 1.2	6.7 ± 1.3	7.3 ± 2.2	6.9 ± 2.0	6.6 ± 1.8	7.3 ± 1.5	6.5 ± 0.7	5.0 ± 2.8	6.5 ± 0.7	6.0 ± 0.0
Puntaje mínimo dolor en las últimas 24 horas	4.8 ± 2.3	3.6 ± 1.7	2.9 ± 1.4	2.9 ± 1.5	5.3 ± 2.2	3.1 ± 1.3	2.9 ± 1.5	2.8 ± 1.2	3.0 ± 1.4	3.5 ± 0.7	2.5 ± 0.7	2.5 ± 0.7
Puntaje promedio dolor en las últimas 24 horas	5.7 ± 1.4	5.7 ± 1.5	5.2 ± 1.6	4.2 ± 1.3	5.8 ± 2.5	5.2 ± 1.7	4.4 ± 1.8	5.0 ± 1.7	5.0 ± 1.4	6.0 ± 1.4	4.5 ± 0.7	3.5 ± 0.7
Puntaje dolor actual	6.4 ± 2.7	5.5 ± 2.3	4.8 ± 2.1	4.0 ± 1.9	6.4 ± 2.8	4.3 ± 1.8	4.1 ± 2.5	4.3 ± 1.7	5.0 ± 0.0	4.0 ± 1.4	4.5 ± 2.1	3.5 ± 3.5
Alivio del dolor en las últimas 24 horas (%)	45.8 ± 21.9	39.2 ± 14.4	45.8 ± 19.2	48.3 ± 15.3	33.0 ± 14.9	55.0 ± 21.2	56.0 ± 25.4	54.0 ± 20.6	70 ± 14.1	50.0 ± 0.0	55.0 ± 7.0	65.0 ± 7.0

DE = desviación estándar.

que analizó el cambio y la rotación de los medicamentos concomitantes no encontró diferencias significativas entre los pacientes que recibieron infusiones de lidocaína⁽²¹⁾; una revisión sistemática encontró que algunos estudios han reportado una reducción significativa en el consumo total de analgésicos en el período posoperatorio (hasta 48-72 horas) de pacientes quirúrgicos que recibieron infusiones de lidocaína en el perioperatorio⁽²⁷⁾. Las diferencias reportadas en estos estudios pueden deberse al contexto clínico del paciente, a las causas del dolor y a la duración del seguimiento^(16,17).

Tres participantes del estudio presentaron efectos secundarios leves. Estudios han reportado que los pacientes tratados con infusiones de lidocaína con dosis menor o igual a 3 mg/kg en una hora pueden presentar efectos secundarios leves o no presentarlos. Los efectos moderados a severos se han asociado a altas dosis (> 5 mg/kg) y mayor velocidad de infusión⁽²⁸⁾. La periodicidad de administración semanal de infusiones de lidocaína, a dosis de 1-3 mg/kg, resulta ser segura para los pacientes, con resultados prometedores en el ámbito ambulatorio, menos efectos adversos y ahorro en costos de hospitalización^(15,21,29). Además, se ha sugerido que la dosis de lidocaína debe acercarse a 1,000 mg/día para obtener un beneficio clínico de aproximadamente 40-60% de alivio de dolor⁽³⁰⁾.

Entre las limitaciones de este estudio tenemos una muestra pequeña, perteneciente a una sola institución de salud, lo cual puede limitar la extrapolación de los resultados, a pesar de que se incluyeron pacientes con cualquier etiología y tipo de dolor crónico. Segundo, a pesar de que todos los pacientes completaron el seguimiento, algunos no recibieron las ocho dosis de infusiones de lidocaína por diferentes razones, como dificultades personales, disponibilidad de sala de procedimiento, viajes, entre otras, introduciendo variabilidad en la exposición al tratamiento. Tercero, no se midieron las concentraciones plasmáticas de lidocaína, por lo que no está claro si el efecto analgésico se debió a la concentración plasmática durante la infusión, al acumulado de las infusiones o al efecto conjunto del manejo multimodal. Se necesitan futuros estudios prospectivos que incluyan un mayor tamaño de muestra, así como la medición de las concentraciones plasmáticas de lidocaína de los participantes respondedores a diferentes dosis, que abarquen un seguimiento a largo plazo y utilicen herramientas de evaluación multidimensional del dolor. Estos estudios permitirán estandarizar las dosis efectivas, determinar el tiempo óptimo del tratamiento, la duración del efecto, y evaluar el impacto en la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra que las infusiones de lidocaína en pacientes ambulatorios pueden ser una estrategia segura, ya que reducen la intensidad del dolor y su interferencia en

Tabla 4: Comportamiento de la analgesia multimodal concomitante al tratamiento con lidocaína durante del seguimiento (N = 24).

Variable	Basal n (%)	Mes 1 n (%)	Mes 2 n (%)	Mes 3 n (%)
Número de medicamentos, mediana [RIC]	3 [2-3]	3 [2-3]	2 [2-3]	2 [2-3]
Medicamentos				
Anticonvulsivos	18 (75.0)	17 (70.8)	16 (66.7)	17 (70.8)
Antidepresivos	17 (70.8)	14 (58.3)	18 (75.0)	19 (79.2)
Opioide débil	10 (41.7)	10 (41.7)	9 (37.5)	7 (29.2)
Opioide potente	7 (29.2)	6 (25.0)	4 (16.7)	4 (16.7)
Paracetamol	5 (20.8)	7 (29.2)	7 (29.2)	7 (29.2)
Otros (miorrelajantes, AINE, intervencionismo)	3 (12.5)	2 (8.3)	2 (8.3)	2 (8.3)
Número de infusiones de lidocaína, mediana [RIC]	NA	2 [2-3]	3 [2-4]	3 [2-4]

AINE = antiinflamatorios no esteroideos. NA = no aplica. RIC = rango intercuartílico.

algunas actividades cotidianas, así como el uso de opioides, convirtiéndola en una terapia adyuvante prometedora para el manejo multimodal del dolor crónico, independientemente de su etiología. Es importante realizar una evaluación multidimensional del dolor que permita establecer la respuesta a los tratamientos y hacer ajustes oportunos según las necesidades del paciente.

REFERENCIAS

- Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161:1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
- Dorner TE. Pain and chronic pain epidemiology: implications for clinical and public health fields. *Wien Klin Wochenschr*. 2018;130:1-3. doi: 10.1007/s00508-017-1301-0
- St. Sauver JL, Warner DO, Yawn BP, Jacobson DJ, McGree ME, Pankratz JJ, et al. Why patients visit their doctors: assessing the most prevalent conditions in a defined American population. *Mayo Clin Proc*. 2013;88:56-67. doi: 10.1016/j.mayocp.2012.08.020
- Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021;397:2082-2097. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7.
- Vos T, Abajobir AA, Abate KH, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390:1211-1259. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
- Andrews P, Steultjens M, Riskowski J. Chronic widespread pain prevalence in the general population: a systematic review. *European Journal of Pain (United Kingdom)*. 2018;22:5-18. doi: 10.1002/ejp.1090.
- Rikard SM, Strahan AE, Schmit KM, Guy GP. Chronic pain among adults — United States, 2019–2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2023;72:379-385. doi: 10.15585/mmwr.mm7215a1.
- Díaz R, Marulanda F, Sáenz X. Estudio epidemiológico del dolor crónico en Caldas, Colombia (Estudio DOLCA). *Acta Méd Colomb*. 2009;34:96-102. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113826002>
- Timmerman L, Stronks DL, Groeneweg JG, Huygen FJ. Prevalence and determinants of medication non-adherence in chronic pain patients: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2016;60:416-431. doi: 10.1111/aas.12697.
- Jacob E, Hagn EE, Sindt J, et al. Tertiary care clinical experience with intravenous lidocaine infusions for the treatment of chronic pain. *Pain Med*. 2018;19:1245-1253. doi: 10.1093/pm/pnx167.
- Hand BN, Velozo CA, Krause JS. Measuring the interference of pain on daily life in persons with spinal cord injury: a Rasch-validated subset of items from the Brief Pain Inventory interference scale. *Aust Occup Ther J*. 2018;65:405-411. doi: 10.1111/1440-1630.12493.
- Vacher E, Kosela M, Song-Smith C, Morell-Ducos F, Fayaz A. Lidocaine infusions in chronic pain management: a prospective case series analysis. *Br J Pain*. 2022;16:270-280. doi: 10.1177/20494637211054198
- Keller S, Bann CM, Dodd SL, Schein J, Mendoza TR, Cleeland CS. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clin J Pain*. 2004;20:309-318. doi: 10.1097/00002508-200409000-00005.
- Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:52-59. doi: 10.1016/s0025-7753(03)73601-x.
- Wilderman I, Pugacheva O, Perelman V, Wansbrough MCT, Voznyak Y, Zolnierczyk L. Repeated intravenous lidocaine infusions for patients with fibromyalgia: higher doses of lidocaine have a stronger and longer-lasting effect on pain reduction. *Pain Med*. 2020;21:1230-1239. doi: 10.1093/pm/pnz251.
- McCarthy GC, Megalla SA, Habib AS. Impact of intravenous lidocaine infusion on postoperative analgesia and recovery from surgery: a systematic review of randomized controlled trials. *Drugs*. 2010;70:1149-1163. doi: 10.2165/10898560-000000000-00000.
- Shao C, Lin L, Chen M, Wang N, Shangguan W. The effect of lidocaine intraoperative infusion on quality of postoperative sleep in patients undergoing thyroidectomy: a randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol*. 2023;23:158. doi: 10.1186/s12871-023-02109-w.
- Vigneault L, Turgeon AF, Coté D, et al. Perioperative intravenous lidocaine infusion for postoperative pain control: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Anesth*. 2011;58:22-37. doi: 10.1007/s12630-010-9407-0.
- Gupta H, Patel A, Eswani Z, Moore P, Steib M, Lee C, et al. Role of intravenous lidocaine infusion in the treatment of peripheral neuropathy. *Orthop Rev (Pavia)*. 2021;13:25567. doi: 10.52965/001C.25567.
- Mooney JJ, Pagel PS, Kundu A. Safety, tolerability, and short-term efficacy of intravenous lidocaine infusions for the treatment of chronic pain in adolescents and young adults: a preliminary report. *Pain Med*. 2014;15:820-825. doi: 10.1111/pme.12333.
- Kim YC, Castañeda AM, Lee CS, Jin HS, Park KS, Moon JY. Efficacy and safety of lidocaine infusion treatment for neuropathic pain: a randomized, double-blind, and placebo-controlled study. *Reg Anesth Pain Med*. 2018;43:415-424. doi: 10.1097/AAP.0000000000000741.

22. Kiani CS, Hunt RW. Lidocaine continuous subcutaneous infusion for neuropathic pain in hospice patients: safety and efficacy. *J Pain Palliat Care Pharmacother.* 2021;35:52-62. doi: 10.1080/15360288.2020.1852357.
23. Przeklasa-Muszyńska A, Kocot-Kepska M, Dobrogowski J, Wiatr M, Mika J. Intravenous lidocaine infusions in a multidirectional model of treatment of neuropathic pain patients. *Pharmacol Rep.* 2016;68:1069-1075. doi: 10.1016/j.pharep.2016.06.010.
24. Anghelescu DL, Morgan KJ, Frett MJ, et al. Lidocaine infusions and reduced opioid consumption—Retrospective experience in pediatric hematology and oncology patients with refractory pain. *Pediatr Blood Cancer.* 2021;68:e29215. doi: 10.1002/pbc.29215.
25. Castro I, Carvalho P, Vale N, Monjardino T, Mourao J. Systemic anti-inflammatory effects of intravenous lidocaine in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med.* 2023;12:3772. doi: 10.3390/jcm12113772.
26. Vlainich R, Issy AM, Sakata RK. Effect of intravenous lidocaine associated with amitriptyline on pain relief and plasma serotonin, norepinephrine, and dopamine concentrations in fibromyalgia. *Clin J Pain.* 2011;27:285-288. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181ffbfde.
27. Marret E, Rolin M, Beaussier M, Bonnet F. Meta-analysis of intravenous lidocaine and postoperative recovery after abdominal surgery. *Br J Surg.* 2008;95:1331-1338. doi: 10.1002/bjs.6375.
28. de Souza MF, Kraychete DC. A cao analgésica da lidocaína intravenosa no tratamento da dor crônica: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol.* 2014;54:386-392. doi: 10.1016/j.rbr.2014.01.010.
29. Striebel J, Ruppen W, Schneider T. Simultaneous application of lidocaine and ketamine during ambulatory infusion therapy: a retrospective analysis. *Pain Manag.* 2023;13:539-553. doi: 10.2217/pmt-2023-0037.
30. Horvat S, Staffhorst B, Cobben JHMG. Intravenous lidocaine for treatment of chronic pain: a retrospective cohort study. *J Pain Res.* 2022;15:3459-3467. doi: 10.2147/JPR.S379208.