



Principios de tratamiento del dolor crónico

G. Guillemet, C. Guy-Coichard

El dolor crónico no es la mera persistencia de un dolor agudo. Por diversos mecanismos, en la cronificación participan factores psicológicos, conductuales, cognitivos y sociales que imponen una evaluación multidimensional y, en algunos casos, la colaboración de un centro especializado en el tratamiento del dolor. Las modalidades de la evaluación, los criterios para solicitar una atención especializada y los tratamientos son objeto de recomendaciones. El tratamiento suele consistir en la readaptación al esfuerzo, un programa de ejercicios y la psicoeducación cognitivo-conductual. La atención multidisciplinar es garantía de coherencia y eficacia en todos los casos.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Dolor crónico; Evaluación multidimensional; Tratamiento multidisciplinar; Terapia cognitiva y conductual

Plan

■ Introducción	1
Definición de dolor crónico	1
Contexto social	2
Contexto económico	2
■ Mecanismos fisiopatológicos específicos del dolor crónico de origen no canceroso	2
Cronificación de un dolor nociceptivo	2
Dolores neuropáticos	3
Migrañas y cefaleas crónicas	3
Dolores somatopsíquicos	3
■ Principios de la evaluación del dolor crónico	3
Evaluación de entrada	3
Criterios de orientación hacia una estructura especializada en el tratamiento del dolor crónico	4
Evaluación del dolor crónico en una estructura especializada	4
■ Principios del tratamiento de un dolor crónico	7
Tratamientos farmacológicos	7
Técnicas invasivas	8
Rehabilitación física y readaptación al esfuerzo	8
Otras técnicas fisioterapéuticas	8
Enfoque cognitivo-conductual	8
Enfoques psicoterapéuticos	9
Integración de los diversos enfoques en un programa multidisciplinario	9
■ Interés de los centros multidisciplinarios de evaluación y tratamiento del dolor	9

■ Introducción

Definición de dolor crónico

El comité de taxonomía de la International Association for the Study of Pain define el dolor como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial de tejidos o que es descrita en términos de dicho daño» [1]. Desde luego, esta experiencia, necesariamente subjetiva, no siempre se asocia a una lesión tisular presente o pasada. Por lo tanto, además de los mecanismos fisiopatológicos, hay que considerar otros factores. Las publicaciones en su conjunto coinciden hoy en el aspecto multidimensional del dolor crónico [2]:

- el componente sensorial- discriminativo corresponde a los mecanismos neurofisiológicos de la nocicepción. Permiten la detección del estímulo nociceptivo y el análisis de sus dimensiones cuantitativas, cualitativas y temporoespaciales;
- el componente afectivo-emocional expresa la connotación desagradable, penosa y aversiva relacionada con la percepción del dolor. Puede prolongarse hacia estados afectivos más diferenciados como la ansiedad o la depresión;
- el componente cognitivo remite a un conjunto de procesos mentales capaces de modular las otras dimensiones: fenómenos de atención-distracción, significado e interpretación de las experiencias pasadas (propias o ajenas) y anticipación;

Cuadro 1.

Criterios del dolor crónico según la HAS.

El dolor crónico es un síndrome multidimensional expresado por el paciente. Hay dolor crónico, sean cuales sean su topografía y su intensidad, cuando el dolor tiene algunas de las características siguientes:

- persistencia o recurrencia, de mayor duración a la usual en relación con el diagnóstico presuntivo inicial, sobre todo si el dolor tiene más de 3 meses de evolución
 - respuesta insuficiente al tratamiento
 - deterioro significativo y progresivo, debido al dolor, de las capacidades funcionales y sociales del paciente en las actividades diarias (domicilio, escuela, trabajo)
- El dolor crónico puede acompañarse de:
- manifestaciones psicopatológicas
 - una solicitud insistente del paciente de medicamentos o de procedimientos médicos, incluso invasivos, debido a la falta de control del dolor
 - una dificultad del paciente para adaptarse a la situación

- el componente conductual corresponde al conjunto de las manifestaciones observables: fisiológicas (parámetros somáticos-vegetativos), verbales (quejas, gemidos, etc.) o motoras (posturas, posiciones antálgicas, inmovilidad o agitación, etc.).

El descubrimiento de mecanismos neurobiológicos que ejercen un control inhibitorio del dolor en diversos niveles ha modificado el enfoque terapéutico. No sólo con el desarrollo de nuevas técnicas, sino también, y sobre todo, con la inclusión complementaria y no competitiva de enfoques somáticos y psicoterapéuticos dirigidos a diversos niveles de la integración del dolor en el sistema nervioso central. Considerar el dolor como un fenómeno central, regulado por numerosos factores neuropsíquicos, permite superar la relación entre lesión y dolor, admitir una discordancia entre la clínica y las lesiones observables, y contemplar tanto los efectos placebo como los fracasos terapéuticos.

Además, las patologías dolorosas crónicas son a menudo el resultado de fenómenos de neuroplasticidad, inducidos por necesidades adaptativas del organismo en respuesta a agresiones crónicas, cuya causa es a veces la persistencia de un estímulo doloroso. Según los autores, el dolor crónico puede interpretarse entonces como un síndrome o como el agente de estos mecanismos adaptativos, siendo para unos un síntoma, y para otros, una enfermedad en sí misma [3]. En este sentido, el dolor crónico no puede considerarse como la mera persistencia de un dolor agudo. En el Cuadro 1 se presentan los criterios de definición del dolor crónico según la Haute Autorité de Santé (HAS) [4].

Contexto social

Los progresos de la medicina que se presentan regularmente en los medios de comunicación hacen que cada vez resulte más difícil aceptar la infrutilización de los medios disponibles y también los límites de los tratamientos frente a algunos dolores. El miedo a sufrir de forma persistente, la discapacidad asociada o la disminución de la calidad de vida son temas que inducen a la movilización. A menudo, la población tiene expectativas excesivas, pues espera el alivio total y definitivo de cualquier forma de dolor, sea de origen canceroso o no. También hay que tomar nota del frecuente rechazo que sufren los pacientes con dolor crónico por parte del sistema asistencial clásico. Por último, el tratamiento del dolor figura entre las expectativas principales de las asociaciones de pacientes afectados por patologías crónicas [4].

Contexto económico

El coste de las consecuencias económicas del dolor (pruebas complementarias, cuidados, bajas laborales,

compensaciones económicas, etc.) también ha sido un factor determinante del desarrollo de los centros del dolor en la mayoría de los países industrializados. Según varios estudios epidemiológicos, los dolores recurrentes o crónicos afectan al 15-30% de la población de los países industrializados. Esta prevalencia es mayor en las mujeres y aumenta con la edad [4, 5].

Por otra parte, el coste social de los dolores crónicos es claramente superior al de las enfermedades cardiovasculares y los cánceres juntos, en particular por el consumo de atención médica, pero más aún por la repercusión sobre el absentismo y la calidad del trabajo. En Europa, un paciente con dolor crónico consulta un promedio de 6,8 veces por año y es hospitalizado dos veces más que la población general. En 2002, las raquialgias ocasionaron en el Reino Unido una pérdida de 45 millones de días por incapacidad laboral al año, con un coste indirecto de 7-12 mil millones de euros. En Estados Unidos, se calcula que la pérdida de ingresos relacionada con los dolores crónicos ronda los 20.000 dólares por persona y año, y el coste social total es de 65.000 millones de dólares al año; el dolor crónico es la tercera causa de baja laboral y la primera causa de incapacidad para trabajar. En los Países Bajos, las enfermedades musculoesqueléticas poseen el récord en lo que respecta al absentismo laboral, y su coste representa aproximadamente el 1,7% del producto interior bruto; las raquialgias implicaron 1,4 millones de días de trabajo perdidos en 1996, y la incapacidad consiguiente supone el 50% del coste total de estas enfermedades. En Dinamarca, el dolor crónico ocasiona la pérdida de 1 millón de días de trabajo por año, lo que representa el 85% del coste total estimado del dolor [6-9].

■ Mecanismos fisiopatológicos específicos del dolor crónico de origen no canceroso

El dolor crónico (cf supra) no puede considerarse como la mera persistencia de un dolor agudo. Aunque el factor tiempo es importante, no resume por sí solo las modificaciones fisiopatológicas que van a conducir a la cronificación de un dolor. Se distinguen varios mecanismos de producción de dolor crónico. No se abordarán aquí los dolores vinculados a una lesión cancerosa, ya tratados por otros autores. Los dolores crónicos no malignos más frecuentes son: dolores del aparato locomotor, dolores neuropáticos, síndromes dolorosos regionales complejos, cefaleas, dolores miofasciales, fibromialgias, dolores somatomorfos o psicósomáticos y dolores idiopáticos.

Cronificación de un dolor nociceptivo

El exceso de estímulos nociceptivos está implicado en la mayoría de los dolores agudos. En estadio crónico, se observa en las patologías persistentes, por ejemplo, las patologías reumáticas crónicas o los cánceres. El dolor conserva en estos casos su función de señal de alarma. Se expresa en el plano semiológico con un ritmo mecánico o inflamatorio. En la exploración física se encuentra este factor mecánico de desencadenamiento. La exploración neurológica es normal. Las pruebas de imagen permiten descubrir la lesión que lo causa. Además, el dolor que dura puede ser revelado por procesos de sensibilización central o periférica, cada vez mejor identificados [10].

Con todo, la persistencia de la lesión o del factor desencadenante inicial no es la regla en la mayoría de los dolores crónicos. Un dolor que al principio no es más que un síntoma (dolor señal de alarma) puede modificarse y convertirse en un síndrome en sí mismo (dolor-enfermedad).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617393>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617393>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)