

Programas multimodales e interdisciplinarios de control del dolor crónico

Dr. R. RUIZ-LÓPEZ*

Aunque cada una de las modalidades terapéuticas, empleadas de forma aislada, puede ser efectiva para un tipo o más de condiciones dolorosas, ninguna modalidad terapéutica es específica para todos los tipos de dolor, especialmente en los síndromes de dolor crónico, por lo que se ha de resaltar la importancia que tiene la integración de modalidades terapéuticas diversas en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que trabajan de forma coordinada para establecer el diagnóstico y desarrollar la estrategia terapéutica

más efectiva (1).

En 1945, BONICA afirmaba: «los problemas dolorosos complejos requieren un aporte extraordinario de experiencia y conocimiento, mucho más del que pueda poseer cualquier individuo» (2). Como resultado, concibió el concepto de que «los problemas dolorosos complejos deben ser tratados de una forma más efectiva por un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, en que cada miembro contribuye con su conocimiento especializado y sus habilidades al objetivo común de establecer un diagnóstico correcto y desarrollar la estrategia terapéutica más efectiva». De aquí surgió la necesidad de definir el dolor agudo y el dolor crónico (3). La idea de que individuos de disciplinas diferentes trabajaran juntos dio lugar al desarrollo de la integración de su conocimiento en un sistema interdisciplinario.

* *Director de la Clínica del Dolor. Barcelona.*

La utilidad y el valor de los programas interdisciplinarios han sido destacados por la Academia Nacional Americana de Medicina en el Comité de Dolor, Discapacidad y Conducta de Enfermedad Crónica, al considerar los diversos aspectos del dolor crónico y la discapacidad (4). En Canadá, el Comité de Quebec sobre Trastornos Raquídeos (5) estudió el dolor raquídeo, en concreto las tasas de estos trastornos entre los trabajadores de Quebec. En ambos informes, se estimula a los médicos y a otros profesionales de la salud a remitir a los pacientes con dolor crónico que no han respondido a la terapéutica médica habitual a un equipo de dolor multidisciplinario.

En el estudio llevado a cabo en la región de Quebec, que estudió la cohorte completa de los trastornos raquídeos en relación con la actividad laboral durante 1981, se encontró con que el coste total de las lesiones raquídeas representaba el 28,5 por 100 del coste total de las indemnizaciones por lesiones laborales producidas en la región de Quebec en dicho año. Una conclusión importante de este estudio fue que el 7,4 por 100 de las reclamaciones indemnizadas por trastornos raquídeos, con una baja superior a seis meses, originaron el 75,6 por 100 de todos los costes de indemnizaciones y el 21,4 por 100 de los costes totales de indemnización por todas las causas en 1981. Estos datos sugieren que el impacto de la atención médica en los trastornos raquídeos laborales no es tan importante como la incapacidad, la rehabilitación ocupacional y el problema social (5).

El dolor es el síntoma principal y, en ocasiones, el único de la mayoría de los trastornos raquídeos. Durante la fase aguda, el dolor es de origen nociceptivo, aunque en la fase de cronicidad la influencia de factores psicológicos y sociales tiene un papel destacado en el mantenimiento del dolor.

Aunque muchos de los programas multidisciplinarios en la actualidad aceptan únicamente pacientes que han desarrollado conducta de dolor crónico y discapacidad, después de un proceso normal de curación, y que poseen patología mínima o no evidente, BONICA afirma que los mismos principios de diagnóstico y terapia rehabilitadora podrían ser aplicados al tratamiento de pacientes con patología crónica evidente que no puede ser resuelta como la artritis, el cáncer, el dolor por desafrenciación y otros síndromes de dolor crónico. Teniendo en cuenta que el dolor crónico persistente, si no es aliviado de forma adecuada, origina al paciente el desarrollo de problemas psicosociales, psicológicos y conductuales, así como un deterioro físico progresivo, estos pacientes también deberían ser tratados por equipos multidisciplinarios.

En la actualidad, ya existen en nuestro país algunos centros sanitarios que poseen equipos interdisciplinarios de cuidados paliativos que no solamente están dirigidos a controlar los problemas físicos de los pacientes, sino que además tratan los aspectos psicológicos y sociales del dolor y a menudo el propio cáncer. La experiencia de estos equipos proporciona la evidencia de que este abordaje integrado es mucho más efectivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado que la que se puede obtener con el método tradicional, en que el oncólogo trata al paciente únicamente con la ayuda de sus enfermeras.

DOLOR AGUDO FRENTE A DOLOR CRÓNICO

Diversos autores han resaltado las diferencias entre el dolor agudo y el crónico argumentando que, mientras que el dolor agudo es síntoma de una enfermedad, el dolor crónico es una enfermedad por sí misma.

La distinción entre ambos tipos de dolor es básica para una comprensión correcta del dolor crónico. El dolor agudo se define como un conjunto de experiencias desagradables de tipo sensorial, perceptivo y emocional, así como otras respuestas autonómicas asociadas, psicológicas y conductuales provocadas por una lesión o una enfermedad aguda. Todos estos factores y respuestas están interrelacionados y todos ellos contribuyen a la experiencia subjetiva del dolor y de la conducta del dolor. Aunque los factores psicológicos influyen en el dolor agudo, es infrecuente que esté causado por factores ambientales o psicopatológicos. Como resultado de una terapia efectiva y de la naturaleza auto limitada de la enfermedad o de la lesión, el dolor agudo y sus respuestas asociadas generalmente desaparecen en días o a las pocas semanas. El dolor crónico puede originarse en procesos patológicos crónicos de las estructuras somáticas o visceral es, por la disfunción prolongada de partes del sistema nervioso central o periférico o por ambos (23).

En contraposición al dolor agudo, el dolor crónico puede estar causado por mecanismos operantes (factores ambientales) y psicopatológicos. Además, las respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales al dolor crónico son diferentes a las que desencadena el dolor agudo, ya que, a diferencia de este último, el dolor crónico persistente nunca cumple una función biológica (Tabla 1).

TABLA 1
Diferencias entre dolor agudo y dolor crónico

Dolor agudo		Dolor crónico
Definido	Comienzo	Mal definido
Relacionados	Estímulo/intensidad	No relacionados
Hiperactividad	Sistema nervioso autónomo	Habitación
Alivian	Ansiolíticos	No indicados
Alivian	Opioides	Indicados a veces
Efectivas	Terapias simples	Fracasan
Cronificación	Tratamiento inadecuado	Síndrome

Mientras que la intensidad del dolor agudo suele guardar relación con la magnitud del estímulo que lo produce, en el dolor crónico no suele darse esta correspondencia, lo que sugiere que en los dos tipos de dolor median mecanismos neurofisiológicos diferentes. En el dolor agudo se desencadena una respuesta vegetativa con hiperactividad de la función cardiorrespiratoria que no se produce en las situaciones de dolor crónico.

¿Cuál es la repercusión terapéutica del dolor agudo, con su aferencia nociceptiva identificable, y del dolor crónico en que el estímulo nocivo continuado no siempre es demostrable? La complejidad de los mecanismos neurofisiológicos que intervienen en el mantenimiento del dolor crónico explica que a menudo fracasen las terapias simples en la obtención del alivio, al contrario de lo que ocurre en el dolor agudo. Es importante señalar que, así como el tratamiento insuficiente del dolor agudo puede conducir a su cronificación, la persistencia del dolor crónico puede desencadenar un síndrome caracterizado por la afectación en grado variable de la esfera psicosocial. Esta situación compleja viene motivada por el hecho de que el dolor crónico da lugar a respuestas psicológicas diversas, ya que el individuo no encuentra significado a su dolor pues éste no juega un papel de alarma biológica que pudiera ser evitada o tratada. Las respuestas características del dolor crónico son miedo, desesperación y falta de esperanza que, a su vez, predisponen a hipocondría y depresión, pudiendo establecerse cambios conductuales secundarios al abuso farmacológico. Para muchos pacientes, el dolor constituye el eje central de sus vidas y reduce su existencia al circuito casa-farmacia-consulta del médico. A medida que el paciente se aísla, las repercusiones laborales, familiares y sociales se acentúan, por lo que el abordaje terapéu-

tico precisa la acción multidisciplinaria para conseguir la reversión del síndrome establecido.

EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO

Para que un paciente sea evaluado de forma multidisciplinaria ha de cumplir los criterios que definen la entidad clínica de «dolor crónico no maligno intratable»: dolor que persiste por un tiempo superior a tres meses, refractario a los tratamientos médico-quirúrgicos y rehabilitadores convencionales, no causado por una enfermedad maligna activa y sin indicación clara de cirugía (Tabla 2).

TABLA 2
Criterios para la evaluación multidisciplinaria

-
1. Persistencia del dolor por tiempo superior a tres meses
 2. Refratariedad a los procedimientos terapéuticos convencionales {médico-quirúrgicos y rehabilitadores}
 3. No causado por enfermedad maligna activa
 4. Ausencia de indicación quirúrgica
-

Los resultados obtenidos en la evaluación multidisciplinaria establecen el enfoque terapéutico que se ha de seguir. El paciente es incluido en un programa de tratamiento multidisciplinario si cumple, además, el criterio de incapacidad secundaria al dolor crónico. Entendemos por «incapacidad» la existencia de baja laboral en aquellos pacientes con trabajo activo y posibilidad de compensación económica o bien la disminución significativa de actividad física y laboral para los trabajadores autónomos y amas de casa, reflejada en un descenso del rendimiento del 50 por 100 o más según puntuaciones de Cuestionario de Discapacidad de la Clínica del Dolor de Barcelona (CDB). Un paciente puede estar incapacitado y, sin embargo, no ser incluido en un programa de tratamiento multidisciplinario en las siguientes situaciones (Tabla 3):

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA: ESTUDIO y TRATAMIENTO DEL DOLOR

1. Condiciones que pueden mantener la incapacidad con independencia de la resolución del síndrome doloroso:
 - Presencia de patología orgánica múltiple.
 - Psicopatología mayor o dependencia farmacológica primaria.
 - Existencia de proceso judicial activo, litigio con una mutua de accidentes, compañía de seguros y/o empresa, y divorcio activo.
2. Criterios conceptuales: el paciente rechaza algún principio básico del tratamiento multidisciplinario:
 - No asume la intensidad del tratamiento.
 - Rechaza la vuelta al trabajo como uno de los objetivos del tratamiento.
 - No acepta el enfoque terapéutico multidisciplinario.
3. Criterio cronológico: no son admitidos al tratamiento multidisciplinario menores de 18 años y mayores de 65 años.

TABLA 3
Criterio de exclusión al tratamiento
multidisciplinario

-
1. Patología orgánica múltiple
 2. Psicopatología mayor
 3. Dependencia farmacológica primaria
 4. Proceso judicial activo (laboral o marital)
 5. Conceptuales
 6. Edad
-

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LOS SÍNDROMES DE DOLOR CRÓNICO NO MALIGNO ASOCIADO A INCAPACIDAD

El tratamiento multidisciplinario del dolor crónico asociado a incapacidad es beneficioso cuando el tratamiento se orienta no solamente a conseguir el alivio del dolor sino la mejoría de la afectación vital, reflejada principalmente en la reversión de la discapacidad y en la vuelta al trabajo. La eficacia del tratamiento está condicionada a la elección de rigurosos criterios en

la selección de los pacientes tras su evaluación clínica multidisciplinaria y en el contenido del programa de tratamiento, que debe ser un reflejo de los avances obtenidos en las diferentes disciplinas implicadas en el tratamiento del paciente.

Descripción del tratamiento multidisciplinario

El objetivo fundamental del tratamiento es el alivio del dolor crónico y del sufrimiento asociado (Tabla IV). En este concepto está incluida la reversión de la incapacidad y de la afectación vital que, en grado variable, suele formar parte del síndrome de dolor crónico.

TABLA IV
Objetivos del tratamiento multidisciplinario

Aliviar el dolor
Revertir la incapacidad asociada Tratar la afectación vital
Eliminar la dependencia farmacológica

Al inicio del tratamiento se definen unas metas individualizadas para cada paciente que incluyen el tratamiento de la dependencia farmacológica, si existiese, secundaria al dolor, ya sea farmacológica, anestesiológica o rehabilitadora. La orientación de vuelta al trabajo es una característica esencial del programa de tratamiento, por lo que la reversión de la incapacidad es el objetivo capital del mismo. Con este fin, se planifica la reincorporación laboral del paciente o la normalización de la vida diaria.

Características

El programa de tratamiento tiene una duración de cuatro semanas, cinco días a la semana --de lunes a viernes- y ocho horas diarias. Se lleva a cabo

en las dependencias de la Clínica del Dolor de Barcelona, para lo que se dispone de una superficie de 250 metros cuadrados en los que se distribuyen los diferentes servicios. La duración del programa puede acortarse o prolongarse en una o dos semanas en relación con la respuesta terapéutica.

Procedimientos

En los distintos procedimientos se realizan actividades que son previamente estructuradas según las características de los pacientes que se incluyen en un grupo de tratamiento, de forma que, durante el curso de un programa, se desarrollan las siguientes actividades estables; visita médica y control farmacológico diario, consultas médicas de seguimiento, educación sanitaria sobre el dolor crónico, terapia física en todas las modalidades, psicoterapia individual, en grupo y familiar, entrenamiento en relajación, *biofeedback* (EMG, Thermal), terapia ocupacional que incluye un estudio ergonómico del puesto de trabajo, entrenamiento laboral y planificación de la incorporación al puesto laboral si dista menos de 100 km del centro, consejo vocacional y búsqueda y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario (Tabla V). De acuerdo con la indicación establecida de forma individual, en cada paciente se realizan de forma paralela durante el tratamiento consultas complementarias de especialidades o técnicas anestesia lógicas de alivio del dolor.

TABLA V

Procedimientos del tratamiento multidisciplinario

Actividades programadas
Visita médica y control farmacológico diario Consultas médicas de seguimiento
Técnicas anestesiológicas, si proceden Educación sanitaria sobre el dolor crónico
Terapia física en todas sus modalidades Psicoterapia individual en grupo y familiar
Terapia ocupacional: simulación laboral
Entrenamiento a la relajación
Biofeedback, electromiográfico, térmico Consejo vocacional
Búsqueda y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario

En los distintos programas acreditados de centros multidisciplinarios de dolor, la tasa de reversión del síndrome de dolor crónico oscila entre el 50 y el 60 por 100, por lo que la relación favorable coste-efectividad aconseja este abordaje terapéutico como elección útil en los síndromes de dolor crónico asociado a discapacidad.

En conclusión, la selección del paciente y el tratamiento vigoroso con cualquiera de las opciones terapéuticas de las que el clínico dispone en la actualidad a menudo se traducen en el alivio eficaz de la condición que se trata. Por el contrario, la falta de opciones terapéuticas que fuerza el empleo de ciertas modalidades de alivio del dolor generalmente se asocia con una tasa de alivio muy inferior. Por ello, debe aconsejarse la evaluación multidisciplinaria y la discusión de las opciones terapéuticas entre el equipo de valoración del dolor crónico y el paciente y su familia para asegurar una elección terapéutica correcta que se traduzca en el máximo beneficio para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. BONICA, J. J.: «Interdisciplinar, Multimodal Pain Managements Programms». En J. J. Bonica (ed.): *The Management of Pain*, Filadelfia: Lea & Febiger, 1990; 2.120-2.140.
2. BONICA, J. J.: «General Clinical considerations (including organization and function of a pain clinic)>>. En J. J. Bonica, I. I., Springfield y C Charles Thomas (eds.): *Recent Advances in pain*, 1974; 274-298.
3. FORDYCE, W. E., *et al.*: «Operant conditioning in the treatment of chronic pain». *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1973; 54: 399.
4. OSTERWEIS, M.; KLEINMAN, A., y MECHANIC, D.: *Pain and Disability*. Washington D.C: National Academy Press, 1987.
5. SPJTZER, W. O., *et al.*: «Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders». *Spine*, 1987; (supl. 1) 12.
6. BIGOS, S. J.; BATTIE, M. C; SPENGLER, D. M.; FISHER, L. D.; FORDYCE, W. E.; HANSSON, T. M.; NACHEMSON, A. L, y WORTLEY, M. D.: «A prospective study of work perception and psychosocial factors affecting report of back injury». *Spine*, 1991; 16: 1-6.
7. DE GIROLAMO, G.: «Epidemiology and social costs of low back pain and fibromyalgia». *The Clinical Journal of Pain*, 1991; (supl.1) 7: 1-7.
8. DEYO, R. A.: «Practice variations, treatment fads, rising disability: Do we need a new research paradigm?». *Spine*, 1993; 18: 2.153-2.162.

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA: ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

9. DWORKING, S. F.; VON KORFF, M. R., y LE RESCHE, L.: «Epidemiologic studies of chronic pain: A dynamic-ecologic perspective». *Annals of Behavioral Medicine*, 1992; 14: 3-11.
10. FORDYCE, W. E.; BIGOS, S. J., y FISCHER, L. D.: «MMPI Scale 3 as a predictor of back injury report: What does it tell us?». *The Clinical Journal of Pain*, 1992; 8: 222-226.
11. GALLAGHER, R. M.; RAVH, V.; HAUGH, L. D.; MILHOUS, R.; CALLAS, P. W.; LANGELIER, R.; Mc CLALLEN, J. M., y FRYMOYER, J.: «Determinants of return to work among low back pain patients». *Pain*, 1989; 39: 55-67.
12. JENSEN, M. P.; TURNER, J. A., y ROMANO, J. M.: «Correlates of improvement in multidisciplinary treatment of chronic pain». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994; 62: 172-179.
13. SANDERS, S. H.; BRENA, S. F.; SPIER, C. J.; BELTRUTTI, O.; Mc CONELL H., y QUINTERO, O.: «Chronic low back pain patients around the world: Cross cultural similarities and differences». *The Clinical Journal of Pain*, 1992; 8: 317-323.
14. SKOVRAN, M. L.; SZPALSKI, M.; NORDIN, M.; MELOT, C., y CUKIER, D.: «Sociocultural factors in back pain: A population based study in Belgian adults». *Spine*, 1994; 19: 129-137.
15. MERSKEY, H.: «International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definition of pain states». *Pain*, 1986; 3: 51.
16. STERNBACH, R. A.: *Pain Patients: Traits and Treatment*. Nueva York: Academic Press, 1974.
17. FORDYCE, W. E.: *Behavioral Methods for Chronic pain and Illness*. St. Louis: Mosby, 1976.
18. CRUE, B. L.: En G. M. Aronoff y Baltimore (eds.): *Urban & Schwarzenberg. Evaluation and Treatment of Chronic Pain*, 1992; 2.^a ed.
19. GRICHNIK, K., y FERRANTE, M.: «The difference between acute and chronic pain». *The Mount Sinai J. Med.*, 1991; 58 (3): 217-220.
20. PORTENOY, R. K.: «Mechanisms of clinical pain: Observations and speculations». *Neurol. Clin.*, 1989; 7: 205-230.
21. CIMINIO, C.: «Painful neurological syndromes». En G. M. Aronoff (ed.): *Evaluation and Treatment of Chronic Pain*, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1992; 2a ed.
22. RUIZ LÓPEZ, R.: *Tratamiento multidisciplinar del dolor crónico raquídeo*. II Congreso de la Sociedad española del Dolor, Libro de Ponencias, 109-116, Editorial Permanyer, 1993.

23. RUIZ LÓPEZ, R.; PAGEROLS, M., y COLLADO, A.: «Evaluación Multidisciplinar en el Síndrome de Dolor Crónico no Maligno». *Dolor*, 1991; 4: 60.
24. RUIZ LÓPEZ, R.: «Dolor Crónico de Origen no maligno». *Rev. Clin. Esp.*, 1995; 95.
25. STOKOL, D.: «Establishing and mantaining healthy environments: T oward a social ecology ofhealth promotion». *American Psychologist*, 1992; 47: 6-22.
26. VON KORFF, M.j DEYO, R. A.; CHERKIN, D., y BARLOW, W.: «Back pain in primary care: Outcomes at one year». *Spine*, 1993; 18: 885-862.
27. WADDELL, G.j NEWTON, M.; HENDERSON, 1.; SOMERVILLE, D., y MAIN, C. J.: «A fear A voidance Beliefs Questionnaire (F ABQ) and the role of fear avoidance beliefs in chronic low back pain and disability». *Pain*, 1993; 52: 157-168.
28. WEBSTER, B. S., y SNOOK, S. H.: «The cost of 1989 worker's compensation low back pain claims». *Spine*, 1994; 91: 1.111-1.116.
29. SANDERS, S. H.: «Risk factors for the ocurrence oflow back pain and chronic disability». *Am. Pain Soco Bull.*, enero-febrero 1995.