

*RECOMENDACIÓN. Revisar simultáneamente los dos archivos en word (Audio y Texto). La numeración de los títulos corresponde al número de la página en el módulo de estudio.*

## Introducción

Tratamiento del Dolor Crónico  
Bienvenido al curso sobre  
Comunicación médico-paciente  
Médico responsable del contenido

Este curso ha sido desarrollado por:

Autor: Dr. Reinhard Sittl, Departamento de Anestesiología y Tratamiento del Dolor, Universidad de Eriangen-Nuremberg, Alemania

Colaboradores: Dr. Alejandro Tejedor Varillas  
Dr. José Ramón González-Escalada Castellón

Comité Coordinador: Dr. José De Andrés Ibáñez  
Dr. Antón Herreros  
Dr. Manuel Lubián López  
Dr. César Margarit Ferri  
Dra. Concepción Pérez Hernández  
Dr. Manuel Lubián López  
Dr. Domingo Ruiz Hidalgo  
Dr. Miguel Ángel Ruiz Ibán  
Dr. Jesús Tornero Molina

## 1. Objetivos

Al finalizar este módulo, los participantes deberán:

- Apreciar que la buena comunicación entre el médico y el paciente es clave para el tratamiento eficaz del dolor crónico.
- Comprender la importancia de la evaluación multidimensional de las enfermedades con dolor crónico y la necesidad de establecer un diagnóstico riguroso del origen del dolor.
- Reconocer que el tratamiento eficaz del dolor debe estar dirigido por un conocimiento del mecanismo patológico y de los tipos de dolor experimentado, y no solo por la necesidad del dolor.
- Apreciar el modelo biopsicosocial del dolor y cómo los factores psicosociales impactan en el dolor crónico.
- Adquirir conocimientos para saber individualizar los objetivos y las metas del tratamiento basándose en la comprensión de la situación individual del paciente.
  - Apreciar que los planes de tratamiento deben estar basados en la integración de conocimientos relacionados con factores como: La historia del dolor del paciente, Evaluación integral del dolor que conduzca al diagnóstico del dolor y Metas individualizadas, centradas en el paciente.

## 2. Entendiendo y definiendo el dolor

El dolor crónico está reconocido por la Organización Mundial de la Salud OMS como una preocupación importante y global del sistema de salud público. En 2007, la OMS identificó la necesidad de un tratamiento, mejorado y estandarizado del dolor crónico, tanto oncológico como no oncológico, y del dolor agudo<sup>1</sup>.

El dolor, particularmente el dolor crónico, es un fenómeno complejo y difícil de definir debido a la naturaleza subjetiva y altamente individual de la experiencia dolorosa.

Existe la necesidad de un diagnóstico y tratamiento más eficaces del dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor IASP propone una de las más ampliamente aceptadas descripciones del dolor.

El listado de la terminología del dolor de la IASP, puesto al día recientemente, define el dolor como: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño".

<sup>1</sup> WHO. 2007. [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/delphi\\_study\\_pain:guidelines.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain:guidelines.pdf)

La definición actual de la IASP apunta a que el dolor es siempre subjetivo, que el dolor puede ocurrir sin ningún daño tisular y que el dolor es siempre un estado psicológico.<sup>2</sup>

La actual visión del dolor es que involucra simultáneamente, la actividad del Sistema Nervioso Central, las emociones, los pensamientos y las creencias.<sup>3</sup>

### 3. Dolor Agudo y Dolor crónico

El dolor puede dividirse de forma general en dos categorías: dolor agudo y dolor crónico.<sup>4,5,6,7,8,9</sup>

El dolor agudo y el crónico no sólo se diferencian en la duración, que es de horas o días en comparación con meses, sino que también se diferencian en el mecanismo fisiopatológico subyacente.

Seleccione sobre cada punto para saber más sobre el dolor agudo y crónico

#### Acontecimiento causante

El dolor agudo, como es el que sigue a un trauma o a la cirugía, constituye una señal para el cerebro donde se hace consciente el estímulo nocivo de que se está produciendo un daño tisular.

El dolor crónico no está directamente relacionado con la lesión o la enfermedad inicial sino que es secundario a cambios fisiológicos en la señalización y detección del dolor.

#### Relación entre intensidad y estímulo

La intensidad del dolor agudo está relacionada con el estímulo desencadenante, mientras que en el dolor crónico no.

#### Función de alerta y protectora

El dolor agudo puede servir para proteger al organismo actuando como una señal de alarma de un daño inminente o actual. Sin embargo, no es simplemente una experiencia sensorial agudo sólo un indicador de daño tisular. Es también una experiencia emocional desagradable.

Por el contrario, el dolor crónico persiste durante más tiempo tras su utilidad como un sistema de alarma y después de que la lesión se haya curado. Persiste durante más tiempo que la duración normal de la enfermedad aguda.

#### Localización

El dolor agudo habitualmente se siente en un solo lugar y puede ser claramente localizado.

Por el contrario, el dolor crónico no se siente en un lugar específico. Tras meses o años de dolor, se irradia, y de esa manera se siente en diferentes áreas.

#### Desafío terapéutico

El dolor crónico es más que un síntoma. Es una comorbilidad grave, que afecta e influencia las respuestas del paciente al tratamiento médico y quirúrgico, con un impacto en ambos resultados clínicos. y en la calidad de vida.<sup>10</sup>

Es por esto que el dolor crónico es un desafío terapéutico especial.

A menudo, está asociado con la aparición de un complejo conjunto de cambios físicos y psicológicos que son parte integral del problema del dolor crónico.

El dolor crónico y recurrente es una enfermedad por sí mismo, y supone una carga específica en los sistemas de salud.

### 4. El modelo de dolor biopsicosocial

El dolor crónico tiene muchas facetas e involucra la interacción de factores físicos, psicológicos y sociales.

El llamado modelo biopsicosocial del dolor reconoce la interacción de estos factores y es un modelo importante para guiar la comprensión, la evaluación y el tratamiento del dolor crónico.<sup>11</sup>

<sup>2</sup> IASP. 1994. <http://www.iasp-pain.org>

<sup>3</sup> Fine PG, et al. In: Ashburn MA, et al., editors. The Management of Pain. 1998. p. 1-17

<sup>4</sup> WHO. 2007. [http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/delphi\\_study\\_pain:guidelines.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/delphi_study_pain:guidelines.pdf)

<sup>5</sup> Turk DC, et al. in: Ashburn MA, et al., editors. The Management of Pain. 1998. p. 235-48

<sup>6</sup> Galer BS, et al. A clinical Guide to Neuropathic Pain. 2000

<sup>7</sup> Woolf CJ, et al. Lancet. 1999;353:1959-64

<sup>8</sup> Ashburn MA, et al. Lancet. 1999;353:1865-9

<sup>9</sup> Portenoy RK, et al. Pain Management: Theory and Practice. 1996

<sup>10</sup> Gerbershagen K, et al. Clin J Pain. 2009; 25:431-7

<sup>11</sup> Edwards D, et al. Pain pract. 2006; 6:242-53

La relativa importancia de los factores biológicos o físicos y los factores psicológicos, cambia con el curso de la enfermedad. Conforme el dolor se hace más crónico, los problemas psicosociales afectarán cada vez más la vida del paciente. El modelo biopsicosocial sirve para recordarnos que el dolor crónico abarca componentes físicos como el propio dolor, que pueden producir una reducción de la movilidad y la función, junto con componentes psicosociales como son alteraciones del sueño y del apetito, y ansiedad y depresión.

## 5. Efecto de los factores biopsicosociales

Los síntomas combinados de los factores biológicos y psicosociales están asociados con reducciones medibles de la calidad de vida de los pacientes, y la limitación de la función física, laboral y social.

Las personas con dolor crónico están a menudo desmoralizadas y sienten restringida su capacidad para participar en las actividades cotidianas.

El dolor se convierte en el centro de su vida, rebasando y eclipsando la capacidad para participar y disfrutar de las aficiones, deportes y actividades sociales.

En algunos casos de dolor crónico, los pacientes ven la vida “desde el asiento trasero”, pueden perder la esperanza y el interés por su autocuidado.<sup>12,13,14,15,16,17</sup>

## 6. Factores biológicos, psicológicos, sociales

Los factores biológicos, psicológicos y sociales tienen efectos específicos en el paciente.

Seleccione sobre cada factor para saber sobre esos efectos.

### Factores biológicos/físicos

Los factores biológicos y físicos en el modelo del dolor crónico se manifiesta como dolor. Éste, puede hacer precisar descanso o evitar la actividad física, lo cual a su vez, puede afectar la fuerza física, la resistencia y la movilidad, y conducir a un aumento de peso. Con los cambios estructurales y funcionales del Sistema Nervioso Central en el dolor crónico, puede aparecer sensibilización periférica y central que contribuye a aumentar el dolor con el paso del tiempo.

### Factores psicológicos

Los factores psicológicos en el dolor crónico son depresión, miedo al futuro, angustia y frustración y alteración de la confianza. Los pacientes se pueden volver inactivos y retraídos, y considerarse a ellos mismos como una carga. Los factores cognitivos son importantes y las actitudes del paciente frente al dolor y sus expectativas de su capacidad para influir en el curso de su dolor, juegan un importante papel. Un estado emocional y cognitivo positivo puede subir el umbral del dolor. Los sentimientos de naturaleza negativa, como los sentimientos de impotencia o incapacidad, y las valoraciones negativas, como la valoración del dolor como amenazador o incontrolable, amplifican la sensación de dolor.

### Factores sociales

Los factores sociales, particularmente el retraimiento social y la incapacidad funcional y laboral afectan las relaciones, el estatus social y el estatus económico. Los factores socioculturales determinan cómo se maneja el dolor. El desafío para el médico y el paciente es trabajar juntos para romper el ciclo biopsicosocial del dolor y darle fuerza a los pacientes para que tomen el control de su dolor.

## 7. Práctica – Pregunta 1

Identificar las características del dolor agudo y crónico.

*Seleccione sobre el botón correspondiente para indicar su respuesta. Cuando haya finalizado, seleccione en el botón para ver la respuesta correcta.*

1. *No está directamente relacionado con la lesión o la enfermedad inicial.*

<sup>12</sup> Edwards D, et al. Pain pract. 2006; 6:242-53

<sup>13</sup> Gatchel RJ, et al. Psychol Bull. 2007; 133:581-624

<sup>14</sup> Carmona L, et al; EPISER Study Group. Ann Rheum Dis. 2001; 60:1040-5

<sup>15</sup> Becker N, et al. Pain. 1997; 73:393-400

<sup>16</sup> Breivik H, et al. Eur J Pain. 2006; 10:287-333

<sup>17</sup> Gore M, et al. J Pain. 2006; 7:892-900

*Dolor crónico.* Mientras que el dolor crónico no está directamente relacionado con la lesión o la enfermedad inicial, el dolor agudo, está relacionado con acontecimientos nocivos.

2. *Es útil y adaptativo*

*Dolor agudo.* El dolor agudo es útil y adaptativo. Por el contrario el dolor crónico ha perdido su función de alarma y protectora.

3. *Se asocia con la aparición de un complejo conjunto de cambios físicos y psicológicos.*

*Dolor crónico.* El dolor crónico se asocia con la aparición de un complejo conjunto de cambios físicos y psicológicos.

4. *Es una enfermedad por sí mismo*

*Dolor crónico.* El dolor crónico se asocia a menudo con la aparición de un complejo conjunto de cambios físicos y psicológicos. Es por tanto, una enfermedad por sí mismo.

5. *Constituye una señal para el cerebro, donde se hace consciente del estímulo nocivo y/o del daño tisular que se está produciendo.*

*Dolor agudo.* Es correcto, el dolor agudo constituye una señal para el cerebro, donde se hace consciente el estímulo nocivo y/o que está ocurriendo un daño tisular. Es un aviso de peligro e indica la necesidad de escapar de un acontecimiento nocivo, o de buscar ayuda.

## 8. Práctica – Pregunta 2

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el modelo biopsicosocial del dolor son ciertas?

Seleccione su(s) respuesta(s) y haga clic sobre el botón CORREGIR para ver la respuesta correcta.

- La importancia relativa de los factores biológicos, psicológicos y sociales cambia con el curso de la enfermedad.
- En el dolor crónico pueden ocurrir cambios estructurales y funcionales del SNC
- La evaluación del dolor como amenazante disminuirá la sensación de dolor
- Un estado emocional y cognitivo positivo puede aumentar el umbral del dolor del paciente

Perfecto, sus respuestas son correctas.

Es incorrecto, las respuestas correctas se muestran en la pantalla.

## 9. Dolor Crónico, un fenómeno frecuente

Una reciente encuesta realizada en 43.394 adultos en 15 países europeos e Israel identificó que el dolor crónico definido como dolor persistente durante más de seis meses, tiene una tasa de prevalencia del 19%.<sup>18</sup>

Esta encuesta puso de relieve que el 34% de estos pacientes calificaban su dolor grave y un 46% tenían dolor constante. Un 60%, dijeron que el dolor crónico afectaba su capacidad para trabajar y un 21% estaban diagnosticados de depresión.<sup>19</sup>

Casi el 40% de los adultos con dolor crónico consideraban que su dolor estaba tratado inadecuadamente.

El tipo de dolor más frecuentemente informado en la encuesta fue la lumbalgia.<sup>20</sup>

Otras encuestas y estudios de personas con enfermedades con dolor crónico ponen en relieve el efecto perjudicial del dolor sobre la calidad de vida.<sup>21,22</sup>

También se ha mostrado que el dolor crónico precisa de frecuentes visitas a los centros de salud, lo que supone una importante carga socioeconómica.<sup>23,24</sup>

Una encuesta en pacientes con dolor neuropático encontró que el 76% de los pacientes habían visitado a su médico el mes anterior, a un 93%, se les había prescrito tratamiento para el dolor, y en el 43% el dolor continuo afectaba el estado de su empleo laboral. Los pacientes con dolor crónico no oncológico también han informado del uso de cuidados médicos cinco veces más frecuente que el resto de la población sana.<sup>25</sup>

El dolor crónico ha mostrado ser también costoso, en términos de costes directos e indirectos para los sistemas de salud.<sup>26</sup>

<sup>18</sup> Breivik H, et al. Eur J Pain. 2006; 10:287-333

<sup>19</sup> Breivik H, et al. Eur J Pain. 2006; 10:287-333

<sup>20</sup> Breivik H, et al. Eur J Pain. 2006; 10:287-333

<sup>21</sup> Carmona L, et al; EPISER Study Group. Ann Rheum Dis. 2001; 60:1040-5

<sup>22</sup> Becker N, et al. Pain. 1997; 73:393-400

<sup>23</sup> McDermott AM, et al. Eur J Pain. 2006; 10:127-35

<sup>24</sup> Depont F, et al. Fundam Clin Pharmacol. [Epub ahead of print 2009 Aug 12].

<sup>25</sup> Becker N, et al. Pain. 1997; 73:393-400

<sup>26</sup> Depont F, et al. Fundam Clin Pharmacol. [Epub ahead of print 2009 Aug 12].

## 10. Dolor crónico retos en la práctica

Una serie de encuestas, estudios y revisiones ha puesto de relieve que el tratamiento de los pacientes con dolor crónico no es óptimo.<sup>27</sup> Una encuesta europea en adultos con dolor crónico concluyó que este importante problema de salud necesita ser tomado más en serio debido a su carga en los sistemas de salud y carga socioeconómica, y a las altas tasas de tratamiento inadecuado del dolor.<sup>28</sup>

Es conocido que los pacientes con dolor crónico cambian frecuentemente de médico en su búsqueda del alivio del dolor.<sup>29</sup> Algunos estudios permiten la identificación de las barreras potenciales para el tratamiento eficaz del dolor.

Seleccione sobre los tipos de barreras para saber más sobre cada uno.

### Barreras potenciales del paciente/cuidador

Existen barreras obvias del médico o el paciente para el tratamiento óptimo, como son los problemas de comunicación. El paciente o el cuidador pueden no entender el mensaje del médico. Algunas de las principales barreras que afectan la comunicación son del tipo psicológico, físico y de actitud: Comorbilidades médicas y psicológicas barreras del lenguaje tradiciones culturales Fatalismo o creencia en la “inevitabilidad” del dolor. También, ansiedad, miedo, angustia, o alteración cognitiva por parte del paciente, pueden interferir con el tratamiento óptimo del dolor. Otras barreras potenciales son la falta de disposición de informar del dolor al médico, bajas expectativas de obtener una analgesia eficaz, o miedo a que el dolor se identifique con un empeoramiento de la enfermedad. El miedo a los efectos adversos relacionados con el fármaco es otra importante barrera del paciente para el tratamiento óptimo del paciente.

### Barreras potenciales del profesional de la salud para un tratamiento eficaz del dolor

Las barreras potenciales del profesional de la salud son una evaluación insuficiente del dolor y de las discapacidades relacionadas con el dolor y dificultades o insuficiencias en el diagnóstico del dolor.<sup>30</sup>

Existe la evidencia de que muchos médicos consideran no tener entrenamiento en el tratamiento del dolor y existen informes de una sensación de baja competencia en la evaluación del dolor del paciente. La falta de actualización sobre las actuales opciones de tratamiento y de los exámenes o asuntos legales para la prescripción de sustancias controladas puede afectar las decisiones del médico sobre el tratamiento del dolor.

La dificultad en el diagnóstico y el tratamiento del dolor también aumentan debido a factores como disparidad de criterio en la valoración de la intensidad del dolor entre médico y paciente, mala comunicación médico-paciente y el tiempo de consulta insuficiente para dedicar a cada paciente.

## 11. Optimizando el tratamiento del dolor crónico

La identificación de las potenciales barreras tanto por parte del médico como del paciente proporcionan los conocimientos sobre cómo puede ser optimizado el tratamiento del dolor crónico para obtener mejores resultados del tratamiento y la satisfacción del paciente.

Los factores que predicen una mayor satisfacción del paciente con el tratamiento son la sensación del paciente de que su evaluación fue completa, buena explicación de los tratamientos y los procedimientos y encontrar tratamientos que mejoren las actividades de la vida diaria.<sup>31,32,33,34,35</sup>

Seleccione sobre cada factor para saber más sobre él

### Evaluación completa

La evaluación completa del dolor y de las discapacidades relacionadas con el dolor

El adecuado diagnóstico del dolor, y el conocimiento de los mecanismos patológicos subyacentes y los tipos de dolor, son esenciales ya que el dolor crónico es un fenómeno complejo.

<sup>27</sup> Consumer Health Sciences. National Health and Wellness Survey. 2008. Disponible en: [www.chsinternational.com/default.aspx](http://www.chsinternational.com/default.aspx)

<sup>28</sup> Breivik H, et al. Eur J Pain. 2006; 10:287-333

<sup>29</sup> Glajchen M. J Am Board Fam Pract. 2001; 14:211-8

<sup>30</sup> National Pharmaceutical Council and Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Disponible en: [www.reliefsite.com/downloads/Pain\\_Current\\_Understanding\\_of\\_Assessment\\_and\\_Treatment\\_JCAHO.pdf](http://www.reliefsite.com/downloads/Pain_Current_Understanding_of_Assessment_and_Treatment_JCAHO.pdf)

<sup>31</sup> Consumer Health Sciences. National Health and Wellness Survey. 2008. Disponible en: [www.chsinternational.com/default.aspx](http://www.chsinternational.com/default.aspx)

<sup>32</sup> Breivik H, et al. Eur J Pain. 2006; 10:287-333

<sup>33</sup> Glajchen M. J Am Board Fam Pract. 2001; 14:211-8

<sup>34</sup> McCracken LM, et al. Eur J Pain. 2002; 6:387-93

<sup>35</sup> Beery PH, et al. American Pain Society self-study education monograph. Released July 19, 2004. Disponible en: [www.ampainsoc.org/ce/npc](http://www.ampainsoc.org/ce/npc)

Debido a la falta de tiempo en la práctica diaria una evaluación en profundidad y el diálogo con el paciente pueden no ser siempre fáciles de realizar.

Por lo tanto, la evaluación inadecuada de estos aspectos puede conducir a una selección subóptima o inadecuada de los tratamientos, conduciendo por último a problemas o fallas con el tratamiento y a la insatisfacción del paciente.

Especialmente con los pacientes nuevos, debe planearse tiempo suficiente para la primera entrevista.

### **Buena comunicación**

Es importante la buena comunicación entre médico y paciente.

Los problemas de comunicación pueden ser debidos a factores psicológicos que enmascaran los síntomas, complican la evaluación y contribuyen a planteamientos ineficaces para abordar el dolor.

### **Metas del tratamiento**

El establecimiento de metas individuales del tratamiento del paciente y las expectativas realistas del tratamiento buscando reducciones del dolor y mejoras en la función y los aspectos psicosociales del dolor crónico, más que una abolición completa del dolor y de las discapacidades relacionadas con el dolor, es lo ideal y puede ayudar a reducir el tratamiento inapropiado del dolor.

### **Plan del tratamiento**

Basándose en una evaluación completa, buena comunicación, y metas del tratamiento puede desarrollarse un plan individualizado de tratamiento y explicárselo al paciente.

El plan debe seguir un planteamiento del tratamiento del dolor basado en la evidencia, multimodal o multi-mecanismos.

La elección del tratamiento debe estar basada principalmente por los mecanismos subyacentes y no sólo por la intensidad del dolor.

## **12. Práctica – Pregunta 3**

¿Cuál es el tipo de dolor más frecuentemente informado en las encuestas relacionadas con el dolor?

*Seleccione su(s) respuesta(s) y haga clic sobre el botón CORREGIR para ver la respuesta correcta.*

- Dolor en la parte superior de la espalda
- Dolor en la parte inferior de la espalda (lumbalgia)
- Dolor en el cuello
- Dolor en la muñeca

Es correcto. El tipo de dolor más frecuentemente informado en las encuestas relacionadas con el dolor es la lumbalgia.

Es incorrecto. El tipo de dolor más frecuentemente informado en las encuestas relacionadas con el dolor es la lumbalgia.

## **13. Características típicas de un paciente con dolor crónico**

El paciente con dolor crónico mostrará una serie de características clave incluida una larga historia de dolor e intentos ineficaces de tratamiento del dolor.

Muchos pacientes pueden presentar comorbilidades y tratamientos que es necesario tomar en cuenta durante toda la evaluación del paciente.

Muchos pacientes con dolor crónico tienen dolor en múltiples sitios.

Seleccione sobre las características clave para saber más sobre ellas.<sup>36,37,38,39</sup>

### **Larga historia de dolor**

El dolor que continúa durante meses y años a pesar de los intentos de tratamiento puede ser incapacitante, aterrador y frustrante.

### **Impacto psicosocial**

Muchos pacientes con dolor crónico muestran evidencia de factores psicosociales que contribuyen y agravan su dolor. El dolor crónico afecta no sólo a los pacientes sino también a sus familias, amigos y compañeros de trabajo.

<sup>36</sup> Paris PM, Yealy DM. In: Marx J, et al, editors. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 2006

<sup>37</sup> Stewart CE, MacMurdo D. In: Paris PM, Stewart RD, editors. Pain Management in Emergency Medicine. 1988

<sup>38</sup> Turk DC, Okifuji A. In: Ashburn MA, Rice LJ, editors. The Management of Pain. 1998. p. 235-48

<sup>39</sup> Davies HT, et al. Eur J Pain. 1998; 2:69-80

### Intentos ineficaces de tratamiento de dolor

Muchos pacientes con dolor crónico informan de años de dolor grave y pueden referir numerosas consultas e intentos para encontrar un tratamiento apropiado y eficaz.

Muy pocos pacientes “aceptan” realmente que deben vivir con dolor y muchos desean que su médico sea capaz de quitarles su dolor.

## 14. Establecer una relación de confianza

Cuando tratamos con pacientes con dolor crónico es crucial basar el tratamiento en... un buen entendimiento y evaluación de los factores biopsicosociales que contribuyen al dolor. Las barreras entre el paciente y el médico serán identificadas, por ejemplo, aquellos problemas relacionados con el dolor que no se han tomado en cuenta previamente.

Explorar y desarrollar un modelo explicativo convincente para el dolor del paciente, que integra todos los factores somáticos y psicosociales previamente conocidos y sospechados.

La confianza y el respeto entre médico y paciente también son vitales para la buena evaluación y para planificar el tratamiento del dolor.

Una clave para mejorar el tratamiento del dolor crónico es... abrir el potencial del paciente y combatir los factores psicosociales que contribuyen al estado de dolor crónico.

Debido a la fuerte orientación somática del modelo típico del dolor, muchos pacientes reaccionan con recelo a las preguntas relacionadas con los factores psicosociales a menudo asumiendo que su médico piensa que el dolor es imaginario.

La exploración y discusión de los aspectos psicosociales del dolor crónico necesitan, por lo tanto, estar integrados en las consultas lo más pronto posible en la relación médico-paciente.

Desarrollar una explicación biopsicosocial convincente no sólo fomenta confianza sino que también puede ayudar a disipar los miedos que el paciente tiene a una amenaza o peligro.

Ganar la confianza y la cooperación del paciente es también importante para evitar soluciones coartada para el diagnóstico o el tratamiento, que de nuevo son más propensas a surgir si se adopta un planteamiento puramente somático para valorar y tratar el dolor.

La cooperación cercana entre el médico y el paciente es también la clave para situar de manera realista las metas del tratamiento y generar la motivación del paciente.

Pocas estrategias de tratamiento pueden desear conseguir la resolución completa del dolor.

Es más realista intentar alguna mejoría del dolor y metas de función y calidad de vida mejoradas.

Los objetivos terapéuticos serán definidos en colaboración con el paciente y dependerán del estado actual del paciente de disposición para el cambio y de la capacidad para aplicar estrategias de auto-tratamiento.<sup>40</sup>

## 15. Comunicación eficaz

La comunicación eficaz entre paciente y médico es muy importante para una evaluación y un tratamiento apropiados del dolor crónico.

La conversación es una compleja interacción humana que incluye mensajes, llamada, auto-revelación y relación.

La comunicación fallará si el médico no está escuchando activamente al paciente incapaz de comenzar o poner fin a una conversación, usa un lenguaje incomprensible, o estructura mal la comunicación de hechos y mensajes clave.

Seleccione la flecha hacia adelante para saber más sobre la comunicación eficaz.<sup>41,42</sup>

*Haga clic sobre las imágenes para verlas en primer plano, y haga clic sobre la flecha para acceder a la explicación.*

### Enfoque en el paciente

En las consultas con un paciente con dolor crónico, existe una necesidad de estar realmente concentrado en el paciente.

Esto requiere buenas habilidades de comunicación verbal y no verbal. Es también importante conducir las conversaciones en una atmósfera que permita concentrarse realmente en el paciente. Evitar las distracciones con notas, archivos en computadora e interrupciones.

### Tener en cuenta el mensaje más apropiado

<sup>40</sup> Tunks ER, et al. Can J Psychiatry. 2008; 53:224-34

<sup>41</sup> Platt FW. West J Med. 1994; 161:428

<sup>42</sup> Lowes R. Fam Pract Manag. 1998;5:46-7

Muchos pacientes informan que no entienden qué es lo que le han dicho sus médicos. Es vital estructurar adecuadamente el lenguaje y recordar que el paciente es un compañero que necesita ser bien informado.

Los mensajes y el lenguaje serán cuidadosamente escogidos para conseguir la comprensión del paciente.

### **Repita y tómese tiempo para conseguir una buena comunicación en dos vías**

Los pacientes necesitan entender y proporcionar los factores clave y esto puede precisar tiempo suficiente, repetición y chequeo para asegurarse que tanto médico como paciente transmiten y comprenden la información importante.

Solicite y acepte el punto de vista del paciente.

No utilice sólo preguntas que necesiten sólo un sí o un no por respuesta, sino que haga también preguntas abiertas para hacer hablar al paciente libremente, obteniendo así la información adicional que necesita para mejorar el cuidado de su paciente.

### **Tener en cuenta la comunicación no verbal**

Mire a la boca, los ojos y las manos del paciente para ver los signos de miedo o inhibición no verbal.

Envíe signos tranquilizadores no verbales por medio de su postura, contacto visual y expresiones faciales, envíe signos no verbales que tranquilizarán, generarán confianza, y construirán una relación de cooperación y asociación.

### **Empatice con los problemas del paciente**

Ayude a los pacientes a superar sus reservas por medio de la empatía, haciendo y manteniendo un contacto visual. Despeje los miedos del paciente y genere confianza.

## **16. Comunicación eficaz – Estudio de un caso**

El Sr. Walter, un hombre de 65 años con lumbalgia, ha visitado recientemente al médico.

Eche un vistazo a la información de antecedentes del Sr. Walter, y luego mire este video para ver cómo la interacción médico-paciente debe o no debe ocurrir.

Después de que haya visto el video, identifique qué está equivocado en la interacción.

### *Video*

Doctor: -¿Desde cuándo tiene problemas de salud, Señor Walter?

Paciente: -Bueno, desde un par o tres meses sufro de lumbago. Siempre que cargo algo, o levanto algo, o ayudo a mi esposa. Y cada vez es peor. Es muy molesto, ya que, al fin y al cabo, tengo que estar activo.

Doctor: -¿Cuál era su profesión?

Paciente: -Durante toda mi vida he trabajado duro como albañil. Ahora, apenas puedo ayudar a mi esposa que tiene una enfermedad crónica, esclerosis múltiple. Está sentada en una silla de ruedas, imposibilitada. Intento pasear con ella por lo menos durante una hora todos los días.

Doctor: -Sus radiografías diagnostican que padece usted una leve hiperlordosis y degeneración de la parte inferior de su espina dorsal pero no es nada anormal teniendo en cuenta su edad y su profesión. No vemos que sea necesaria una intervención quirúrgica... así que lo más importante es quitarle el dolor y que se pueda mover.

Paciente: -Ya

*¿Qué está mal en la interacción médico-paciente?*

*Seleccione su(s) respuesta(s) y haga clic sobre el botón CORREGIR*

- No mostró empatía*
- No envió signos tranquilizadores ni se centró en signos no verbales del paciente*
- Utilizó un lenguaje incomprensible*
- No empleó tiempo con el paciente*
- No finalizó adecuadamente la conversación*

Exactamente. Si mira el video una vez más, encontrará que el médico realizó todos los errores que aparecen aquí.

No exactamente. Si mira el video una vez más, encontrará que el médico realizó todos los errores que aparecen aquí.

## **17. Evaluación clínica completa**

El punto de comienzo para el tratamiento eficaz del dolor es una evaluación clínica exhaustiva.

El examen y la evaluación del paciente con dolor crónico requieren una historia clínica rigurosa del paciente. Se explorará no sólo la historia del dolor del paciente y la historia médica general, sino también su historia de tratamiento del dolor y una estrecha evaluación de los factores psicosociales. La historia clínica es el pilar principal para comprender y diagnosticar las situaciones de dolor crónico. Serán exploradas las causas subyacentes del dolor y se tendrán en cuenta las comorbilidades, o ser echadas de menos en el diagnóstico exacerbando el dolor. La condición física del paciente el estado psicosocial y el estado funcional, así como el estado de ánimo, el sueño, y las habilidades, deberán ser determinados. La realización de la historia también contribuye a reforzar una relación estable médico-paciente fundamentada en la confianza y la empatía. Si se requiere, pueden iniciarse más exploraciones o derivar al especialista. En todo momento, el paciente será informado y cooperará con las evaluaciones planeadas. Los resultados de la exploración conducirán al diagnóstico final, el cuál será explicado al paciente. Basándose en el diagnóstico y en las metas de tratamiento del paciente se creará un plan individual de tratamiento.<sup>43</sup>

## 18. Práctica – Pregunta 4

¿Cómo puede un médico establecer una relación de confianza con el paciente?

*Seleccione su(s) respuesta(s) y haga clic sobre el botón CORREGIR para ver la respuesta correcta*

- Desarrolle un modelo psicosocial convincente para el paciente
- Prometa al paciente que juntos van a eliminar el dolor
- Despeje los miedos del paciente
- Evite soluciones coartada

Es correcto. Para establecer una relación de confianza con el paciente, el médico desarrollará un modelo biopsicosocial convincente para el paciente, disipará los miedos del paciente y evitará “soluciones coartada”. En lugar de prometer quitar el dolor totalmente, el médico planteará objetivos realistas para reducir el dolor.

No exactamente. Para establecer una relación de confianza con el paciente, el médico desarrollará un modelo biopsicosocial convincente para el paciente, disipará los miedos del paciente y evitará “soluciones coartada”. En lugar de prometer quitar el dolor totalmente, el médico planteará objetivos realistas para reducir el dolor.

## 19. Diferentes tipos de dolor

A pesar de que tendemos a creer que el dolor es una entidad sensorial homogénea, existen varios tipos distintos.

Las dos principales categorías de dolor son dolor nociceptivo y dolor neuropático.

El dolor nociceptivo está causado por una respuesta inflamatoria o no inflamatoria a estímulos nocivos, y está asociado a daño tisular.

El dolor neuropático es iniciado o causado por una lesión primaria en el sistema nervioso y puede ser clasificado como de origen periférico o central, dependiendo de la localización de la lesión. En ambas categorías, los factores psicológicos modulan la experiencia individual del dolor.

El dolor nociceptivo está típicamente bien localizado, es constante, y a menudo con una calidad pulsante.

El dolor nociceptivo puede dividirse en dolor somático y visceral.

El dolor visceral involucra a los órganos internos. Tiende a ser episódico, mal localizado, y a menudo acompañado por reacciones nerviosas autónomas.

El dolor somático puede subdividirse en dolor superficial y dolor profundo, mientras que el dolor superficial puede comenzar inicialmente como un dolor punzante que se convierte en sordo, el dolor profundo es sordo.

El dolor neuropático es de carácter quemante, con hormigueo o electrificante, produce función no útil, y es una situación anormal. Difícil de diagnosticar y de tratar, el dolor neuropático puede acompañarse de alodinia, parestesias y dolor paroxístico.

El dolor neuropático es un dolor intenso y está asociado con comorbilidad grave y mala calidad de vida.<sup>44,45,46,47,48,49</sup>

<sup>43</sup> American Pain Society. Pain Control in the Primary Care Setting. 2006

<sup>44</sup> Miller KE, et al. Am Fam Physician. 2001;64:1227-34

<sup>45</sup> Weinstein SM. In: Ashburn MA, Rice LJ, editors. The Management of Pain. 1998. p.17-26

<sup>46</sup> Lipman AG. In: Ashburn MA, Rice LJ, editors. The Management of Pain. 1998. p.99-110

<sup>47</sup> Woolf CJ. Life Sci. 2004; 74:2605-10

## 20. Tratamiento para diferentes tipos de dolor

La diferenciación entre los tipos de dolor ayuda a moverse de un planteamiento terapéutico empírico a uno que está dirigido más específicamente a los mecanismos particulares... del tipo de dolor experimentado por el paciente en particular.

Mientras que el dolor nociceptivo responde bien a los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)... y a los opioides, el dolor neuropático responde menos a estos fármacos analgésicos... anticonvulsivantes, agentes tópicos del tipo de la lidocaína u opioides como tratamiento... de segunda línea para controlar el dolor y los síntomas relacionados con el dolor.

El dolor crónico es frecuentemente una mezcla de dolor nociceptivo y dolor neuropático.

Por ejemplo, la lumbalgia crónica o el dolor canceroso, son tanto nociceptivo como neuropático.

En síndromes mixtos dolorosos es necesario un tratamiento de combinación.

El diagnóstico exacto es vital para escoger el tratamiento adecuado.<sup>50,51,52,53,54,55,56</sup>

## 21. La medida del dolor

Como no hay métodos prácticos objetivos para medir el dolor, debemos recurrir a escalas y cuestionarios para obtener información. Se pueden utilizar varias herramientas para evaluar la intensidad del dolor y su impacto en la función, la vida cotidiana y la calidad de vida del paciente.

La medición más sencilla de la intensidad del dolor comprende el uso de escalas de puntuación numéricas, visuales o verbales en las cuales el paciente califica su dolor o selecciona las descripciones verbales que describen mejor su sensación dolorosa. Por ejemplo, hormigueo, punzante, quemante. Dichas escalas pueden ser utilizadas para permitir a los pacientes informar sobre sus impresiones de cambio en la intensidad del dolor.<sup>57</sup>

Las herramientas pueden ayudar a avisar sobre la necesidad de un posterior examen clínico y del dolor.<sup>58</sup>

No obstante, el juicio sobre la severidad del dolor es muy individual y puede haber diferencias con respecto a quién juzgue el dolor y qué tipo de dolor sea.<sup>59</sup>

Los componentes múltiples del dolor crónico son completamente recogidos utilizando... estas sencillas y rápidas escalas.

Estas pueden ocasionar que los profesionales de la salud, e incluso los pacientes, pierdan el impacto que el dolor tiene sobre diferentes aspectos de la vida diaria, por ejemplo los componentes psicológicos y emocionales del dolor, como son la ansiedad, el humor depresivo, el miedo, los trastornos del sueño y las limitaciones de las actividades diarias.<sup>60,61,62,63,64,65,66</sup>

Estas discapacidades necesitan ser tratadas en forma independiente del dolor somático o sensorial. Las herramientas multidimensionales permiten medir el dolor y su impacto sobre la función física y mental normal... y existen varios cuestionarios detallados que... pueden utilizarse para elucidar el efecto del dolor sobre las actividades diarias y el bienestar emocional, y las actividades sociales.

Seleccione en cada herramienta multidimensional para saber más sobre ella.

### BPI

*El BPI es una herramienta fácil de usar para evaluar el dolor. Se utiliza una escala de puntuación numérica del 0 al 10. El dolor leve se define con una puntuación entre 1 y 4, el dolor moderado por una puntuación de 5 ó 6 y el dolor grave por una puntuación entre 7 y 10.*

<sup>48</sup> Freynhagen R. et al. Curr Med Res Opin. 2006;22:1911-20

<sup>49</sup> Jensenm TS. Eur J Pain. 2002; 6:3-11

<sup>50</sup> Miller KE, et al. Am Fam Phycian. 2001;64:1227-34

<sup>51</sup> Weinstein SM. In: Ashburn MA, Rice LJ, editors. The Management of Pain. 1998. p.17-26

<sup>52</sup> Lipman AG. In: Ashburn MA, Rice LJ, editors. The Management of Pain. 1998. p.99-110

<sup>53</sup> Woolf CJ. Life Sci. 2004; 74:2605-10

<sup>54</sup> Woolf CA; American College of Physicians; American Physiological Society. Ann Intern Med. 2004; 140:441-51

<sup>55</sup> Freynhagen R. et al. Curr Med Res Opin. 2006;22:1911-20

<sup>56</sup> Jensenm TS. Eur J Pain. 2002; 6:3-11

<sup>57</sup> Farrar JT, et al. Pain. 2001; 94:149-58

<sup>58</sup> Haanpää ML, et al. Am J Med. 2009;122:S13-21

<sup>59</sup> Kappesser J, Williams AC. Pain. [Epub ahead of print 2009 Oct 30]

<sup>60</sup> Freynhagen R. et al. Curr Med Res Opin. 2006;22:1911-20

<sup>61</sup> Farrar JT, et al. Pain. 2001; 94:149-58

<sup>62</sup> Bennett M. Pain. 2001; 92:147-57

<sup>63</sup> Haanpää ML, et al. Am J Med. 2009;122:S13-21

<sup>64</sup> SF-36 template. Disponible en: [www.bodytechniques.com/pdf/Health%20Survey.pdf](http://www.bodytechniques.com/pdf/Health%20Survey.pdf)

<sup>65</sup> WOMAC template. Disponible en: [www.fda.gov/ohrms/DOCKETS/ac/08/briefing/2008-440b1-05%20WOMAC%20Questionnaire.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/DOCKETS/ac/08/briefing/2008-440b1-05%20WOMAC%20Questionnaire.pdf)

<sup>66</sup> EuroQol/EQ-5D template. Disponible en: [www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eq-5d.html](http://www.euroqol.org/eq-5d/what-is-eq-5d.html)

### SF-36/SF-12

El SF-36 y el SF-12 son mediciones de salud general ampliamente utilizadas. Son clasificaciones para describir la salud general basadas en cuestionarios de 36 y 12 preguntas respectivamente.

### WOMAC

Herramientas como el WOMAC han sido creadas para ser utilizadas en pacientes con dolor musculoesquelético.<sup>67</sup>

### EuroQoL 7EQ-5D

El EQ-5D es un instrumento estandarizado para ser usado como una medida de resultado de salud.

### DETECT Dolor

El DETECT dolor es una nueva herramienta de cribado para evaluar los componentes neuropáticos de la lumbalgia. La distinción entre los tipos de dolor neuropático y nociceptivo es el motivo de su importancia. Esto es muy importante ya que diferentes tipos de dolor necesitan diferentes planteamientos terapéuticos.

### LANSS

El LANSS incluye la exploración de la disfunción sensorial a la cabecera del paciente. La sensibilidad (66-91%) y especificidad (74-94%) de estos instrumentos son adecuadas para la evaluación eficaz del dolor crónico.<sup>68,69</sup>

## 22. Historia del dolor y evaluación

La evaluación exacta, incluyendo una buena historia del dolor, es esencial para distinguir entre los posibles diferentes tipos de dolor que se deben a mecanismos patológicos específicos. Cada tipo de dolor debe ser tratado de una forma específica.

El dolor es muy individual y subjetivo y muchos pacientes tienen dificultad para describirlo.

Pueden ser capaces de indicar su localización, frecuencia y tipo de dolor puede haber más dificultad para describir la intensidad del dolor. El dolor es una experiencia sensorial multidimensional.

Aunque esencialmente es una sensación, el dolor tiene fuertes componentes cognitivos y emocionales; y está ligado o descrito en términos de sufrimiento. Todos estos rasgos están intrínsecamente unidos a la experiencia del dolor. Es importante recordar que el dolor es una experiencia subjetiva y en el caso del dolor crónico, puede no estar relacionado con un daño tisular visible.

La representación más exacta del dolor del paciente procede del propio paciente.

Por lo tanto, preguntar al paciente y documentar cuidadosamente las respuestas... es la forma más exacta para comenzar a evaluar la necesidad de analgesia del paciente.

Las estimaciones de la intensidad del dolor utilizando herramientas de evolución del dolor son bastante subjetivas. En la práctica clínica, dichas herramientas no se utilizan habitualmente. Sin embargo, establecer algún sentimiento del concepto del paciente sobre la intensidad del dolor... proporciona conocimientos sobre la percepción del dolor que tiene el paciente.<sup>70,71,72</sup>

## 23. Práctica – Pregunta 5

Identificar las características de las herramientas multidimensionales y las escalas de puntuación para la evaluación del dolor.

Seleccione sobre el botón correspondiente para indicar su respuesta. Cuando haya finalizado, haga clic sobre el botón para ver la respuesta correcta.

1. *Proporciona una imagen clara del impacto que el dolor tiene sobre diferentes aspectos de la vida diaria del paciente.*  
Herramientas multidimensionales. Las herramientas multidimensionales permiten medir el dolor y su impacto sobre la función física y mental normal.
2. *No recoge los múltiples componentes del dolor crónico*

<sup>67</sup> WOMAC template. Disponible en: [www.fda.gov/ohrms/DOCKETS/ac/08/briefing/2008-440b1-05%20WOMAC%20Questionnaire.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/DOCKETS/ac/08/briefing/2008-440b1-05%20WOMAC%20Questionnaire.pdf)

<sup>68</sup> Bennett M. Pain. 2001; 92:147-57

<sup>69</sup> Haanpää ML, et al. Am J Med. 2009;122:S13-21

<sup>70</sup> Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington (BM): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); July 2008. Disponible en: [www.guideline.gov/summary/summary.asp?doc\\_id=12998&nbr=6693&ss=6&xl=999](http://www.guideline.gov/summary/summary.asp?doc_id=12998&nbr=6693&ss=6&xl=999)

<sup>71</sup> Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Assessment and management of chronic pain. Bloomington (BM): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); March 2008. Disponible en: [www.guideline.gov/summary/summary.asp?doc\\_id=12302&nbr=00637&string=pain](http://www.guideline.gov/summary/summary.asp?doc_id=12302&nbr=00637&string=pain)

<sup>72</sup> Miller KE, et al. Am Fam Physician. 2001;64:1227-34

Escala de puntuación. Los múltiples componentes del dolor crónico no están recogidos completamente utilizando escalas sencillas y rápidas.

3. *Permite a los pacientes informar sus impresiones sobre el cambio en la intensidad del dolor*

Escala de puntuación. Las escalas de puntuación permiten a los pacientes informar de impresiones sobre cambios en la intensidad del dolor. Pueden llamar la atención sobre la necesidad de un examen posterior clínico y del dolor.

4. *Son propensas a la subjetividad del paciente y la mala estimación*

Escala de puntuación. Las escalas de puntuación son propensas a la subjetividad del paciente y a malas estimaciones.

## 24. Historia completa de un caso

Una historia clínica completa y cuidadosa debe incluir no sólo la historia del dolor, sino... también la historia médica general del paciente, la historia del tratamiento, y la historia psicosocial. Además de esto, se pueden incluir también otros factores, como es el... concepto subjetivo que el paciente tiene de la enfermedad.

Seleccione sobre cada tipo de historia para saber más sobre ella

### Historia médica general

La historia médica general proporciona conocimientos sobre comorbilidad que puede tener una relación con el dolor y sobre la elección del tratamiento. De igual forma, deben de ser evaluadas la medicación concomitante... y la historia de la medicación. La historia médica es importante para evitar contradicciones y efectos secundarios debido a interacciones entre los fármacos, como por ejemplo: anticoagulantes y AINEs; inhibidores de la ECA e inhibidores de la síntesis de prostaglandina. También se debe prestar atención a posibles antecedentes de abuso de fármacos.<sup>73,74,75</sup>

### Historia del tratamiento del dolor

La historia del tratamiento del dolor del paciente proporciona... conocimientos sobre la eficacia y la tolerabilidad de tratamientos previos para el dolor y los motivos por los que se interrumpieron esos tratamientos. Esto, puede ayudar a la elección directa de la terapia para el tratamiento del dolor.

### Historia psicosocial

En la evaluación y el tratamiento del dolor deben tenerse en cuenta los aspectos psicosociales. El dolor puede conducir a numerosas restricciones en muchas y variadas áreas de la vida... y las restricciones por sí mismas pueden contribuir a la perpetuación del dolor. La historia psicosocial debe establecer la situación social del paciente con respecto a... familia, amigos, trabajo y profesión, y cualquier restricción que potencialmente afecte... las futuras estrategias de tratamiento.

Los síntomas psicológicos pasados y actuales, y cualquier antecedente de adversidad, deben ser también explorados.

### Otros conceptos

Además, es interesante el concepto subjetivo de la enfermedad que tiene el paciente. Este puede ser elucidado por medio de preguntas como.. “¿Qué cree usted que le causa el dolor?” “¿Siente algo en particular en su vida cuando comienza el dolor?” “¿Los factores psicológicos, por ejemplo el estrés y la ansiedad, afectan su dolor?”

Y finalmente, el paciente debe responder sobre las expectativas que tiene sobre el tratamiento. Por ejemplo, “¿En qué sentido consideraría que el tratamiento del dolor es un éxito?” “¿Sería en términos de alivio del dolor, de mejoría funcional o de tolerabilidad?”

## 25. Comunicación efectiva – Caso práctico

Observe este video

Mientras lo observa, note cómo el médico repite la información para clarificar su comprensión.

Doctora: -Buenos días, Señor Álvarez. ¿Cómo está? ¿Cómo se encuentra?

Paciente: -Pues no muy bien

Doctora: -¿Qué le pasa?

Paciente: -Pues hace un año tuve un herpes y me vuelve a quemar horrible

Doctora: -Y ¿Dónde tuvo el herpes? A ver

<sup>73</sup> American Pain Society. Pain Control in the Primary Care Setting, 2006.

<sup>74</sup> Doleys DM, et al. In: Ashburn MA, Rice LJ, editors. The Management of Pain. 1998. p.27-50

<sup>75</sup> Lipman AG. In: Ashburn MA, Rice Lj, editors. The Management of Pain. 1998. p.99-110

- Paciente: -En el pecho. En esta parte de aquí  
Doctora: -En esa parte de aquí  
Paciente: -En esa parte de aquí  
Doctora: -Vale. Y el dolor que tiene ahora es el mismo que tenía antes o le ha cambiado un poco?  
Paciente: -Durante 15 días cambió  
Doctora: -Muy bien  
Paciente: -Pero luego han vuelto unos dolores quemantes  
Doctora: -Cuando dice quemantes, ¿Qué pasa? ¿Qué quiere decir?  
Paciente: -Como si me dieran una puñalada  
Doctora: -De vez en cuando es como si le dieran una puñalada y quemante ¿Por qué lleva la chaqueta así? ¿Qué le pasa?  
Paciente: -Me molesta mucho  
Doctora: -Le molesta ¿Qué?  
Paciente: -Me molesta mucho la ropa sobre la piel No aguanto  
Doctora: -Vale, vale, vale. Y ¿esto le pasa todo el tiempo? ¿Por la noche también?  
Paciente: -Todo el día  
Doctora: -Todo el día  
Paciente: -Todo el día  
Doctora: -Entonces viene aquí para ver si podemos ayudarle a controlar este dolor que le empezó hace un año, con el herpes después le cambió un poco. Y ahora, sobretodo le quema y no puede soportar esta ropa por encima, el roce de cualquier cosa.  
Paciente: -Exactamente

*Aquí tiene un extracto de la conversación entre el paciente y el médico.*

*Médico: “Ahora déjeme sólo resumir: su problema comenzó hace un año cuando usted tuvo herpes. El dolor ha permanecido desde entonces pero ha cambiado y ahora es quemante. Y ya no puede aguantar no siquiera una camiseta cerca de su piel”.*

*Paciente: “Sí, eso es”*

*Finalizó el médico bien la conversación?*

*Seleccione su respuesta y luego clic en CORREGIR*

- Sí, el médico repitió su comprensión del problema del paciente. Esto es importante en una conversación médico-paciente.*  
 *No, el médico simplemente repitió lo que el paciente ya le había dicho. De esta manera, no fue capaz de mantener la atención del paciente.*

El médico finalizó la conversación muy bien. Repetir las respuestas del paciente es importante para asegurar un entendimiento correcto. Puede volver a ver el video para ver cómo los médicos deben recoger la información.

*Siguiente pregunta*

*¿Qué aspectos del dolor se han comentado en esta conversación?*

*Seleccione su respuesta y luego clic en CORREGIR*

- Rasgos temporales*  
 *Localización*  
 *Respuesta al tratamiento*  
 *Intensidad*  
 *Concepto paciente*  
 *Carácter/calidad*  
 *Efectos secundarios / Síntomas*  
 *Factores asociados*

Perfecto. Sus respuestas son correctas.

No es correcto. Las respuestas correctas se muestran en la pantalla.

## 26. Planificación del tratamiento

La planificación de la terapia incluye formular un plan de tratamiento, plantear las metas del tratamiento, preparar un plan multimodal de tratamiento del dolor, asegurar el seguimiento y la revisión y, si se precisa, derivar al paciente al especialista.<sup>76,77,78,79,80,81</sup>

Seleccione cada botón para saber sobre la planificación de la terapia.

### Formular un plan de tratamiento

Tras la evaluación cuidadosa del paciente, la meta es formular un plan de tratamiento. Todos los planes terapéuticos y de tratamiento necesitan ser hechos a medida del individuo, y las metas se pondrán con la cooperación del paciente.

El consenso de los objetivos terapéuticos debe ser individualizado y tendrá en cuenta metas de revertir o prevenir la cronificación del dolor, restaurar o activar el mecanismo endógeno del control del dolor, mejorar la función física y la rehabilitación psicosocial.

### Planear metas del tratamiento

Como pacientes individuales pueden tener diferentes metas y expectativas del tratamiento, éstas necesitan ser claramente identificadas. Poner metas realistas ayuda al éxito del tratamiento. Los objetivos para abolir completamente el dolor pueden no ser realistas.

Una meta para reducir el dolor y mejorar los aspectos psicosociales del dolor crónico puede ser más alcanzable, y dichas metas serán puestas por el médico y el paciente juntos.

### Preparar un plan de tratamiento multimodal individualizado del dolor

Se requiere un tratamiento multimodal individualizado del dolor. El tratamiento individualizado se refiere al tratamiento del dolor basado en la evidencia, multimodal y multi-mecanismos.

El tratamiento farmacológico del dolor crónico es un elemento importante del tratamiento multimodal. Las decisiones sobre el tratamiento farmacológico deberán estar conducidas por los mecanismos patológicos subyacentes y no sólo por la intensidad del dolor.

El objetivo del tratamiento farmacológico es proporcionar la máxima analgesia minimizando los efectos adversos, aumentar la función y permitir al paciente sentirse más confortable y dedicado a sus actividades diarias.

Las opciones adicionales no farmacológicas, así como los tratamientos dirigidos a los aspectos psicosociales del dolor crónico, deberán ser integrados en el plan general de tratamiento.

### Asegurar el seguimiento y la revisión

Los planes de tratamiento y terapéuticos deberán incluir la revisión regular del paciente para determinar cambios en el dolor, eficacia y seguridad del tratamiento.

El plan permitirá la modificación y cambios en la terapia para conseguir los resultados de los objetivos planteados para cada paciente.

Como continuación del tratamiento, la comunicación pausada y frecuente entre el clínico y el paciente. La comunicación entre el clínico y el paciente puede facilitar los problemas sobre el tratamiento del dolor y ayudar a asegurar que las metas se pueden conseguir.

Para el control terapéutico está demostrado ser valioso que el paciente lleve un diario del dolor.

Seleccione el "**Diario del dolor**" para saber más sobre ello.

En un diario del dolor, los pacientes pueden anotar la intensidad del dolor, la administración de medicación, los efectos secundarios, las actividades y el bienestar. Estas anotaciones ayudan al médico a encontrar el tratamiento adecuado. Requiere también la cooperación activa del paciente y les involucra más en el tratamiento. Al comienzo del tratamiento debe realizarse diariamente, en el tratamiento a largo plazo los intervalos pueden prolongarse como corresponda.

### Derivar al especialista

En los casos en que el tratamiento farmacológico, o no farmacológico de acuerdo con las guías internacionales, no es eficaz, debe plantearse la derivación a un especialista.

<sup>76</sup> American Pain Society. Pain Control in the Primary Care Setting, 2006.

<sup>77</sup> Backonja MM, Galer BS. *Neurol Clin.* 1998; 16:775-90

<sup>78</sup> Haanpää ML, et al. *Am J Med.* 2009;122:S13-21

<sup>79</sup> Turk DC, et al. in: Ashburn MA, et al., editors. *The Management of Pain.* 1998. p. 235-48

<sup>80</sup> Woolf CJ, Mannion RJ. *Lancet.* 1999; 353:1959-64

<sup>81</sup> Kehlet H, Dahl JB. *Abesth Analg.* 1993;77:1048-56

La derivación puede ser necesaria para indicar un diagnóstico o un plan de tratamiento, para proporcionar al paciente el acceso a cuidados multidisciplinarios, o asegurar el acceso a modalidades particulares de tratamiento.

## 27. Estudio de un caso – Dolor Crónico

Aquí tiene un video que ilustra cómo un paciente y un médico están de acuerdo en objetivos realistas.

El deseo o la necesidad del paciente es el foco central del médico.

Vea el video y luego responda a una pregunta.

Doctora: - A la Señora González se le diagnosticó hace un año un nódulo mamario de bordes irregulares. Por eso fue preciso extirparle el pecho izquierdo. El estudio posterior confirmó el diagnóstico de un carcinoma de mama. Se hizo tratamiento quimioterápico con las siguientes molestias. Superadas éstas, la paciente quedó en buen estado de salud.

La Señora González ha notado hace tres meses dolor en la cadera derecha. Por eso, se automedicó con ibuprofeno, notando una mejoría inicial de su dolor, pero en la actualidad el dolor es persistente y en incremento.

Ha acudido a nuestra clínica del dolor para que le orientemos sobre un diagnóstico y el tratamiento a seguir.

Doctora: - Señora González: le vamos a pedir que valore la intensidad que presenta usted de dolor en su cadera, de 0 a 10, siendo el 0 ausencia total de dolor, y el 10 el máximo dolor soportable.

Paciente: - Bueno, pues, en reposo, diría que los dolores aumentan hasta 3, pero cuando ando, suben hasta 4 ó 5.

Doctor: - Yo creo que en el momento actual es adecuado que hagamos una radiografía de su cadera, para confirmar un diagnóstico.

Doctor: - En las radiografías observamos, claramente, lesiones. Estas lesiones son de distinta intensidad.

Por favor, indique si está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el caso:

Este caso ilustra claramente:

- El planteamiento de una meta individual de tratamiento
- Un planteamiento de tratamiento individual, basado en la evidencia, multimodal, multimecánico.
- El plan terapéutico permite modificaciones y cambios en la terapia

Seleccione su respuesta y de clic sobre **CORREGIR**:

Sí, estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Todas las afirmaciones sobre el caso son correctas.

## 28. Un equipo paciente-médico motivado

El tratamiento eficaz del dolor comienza con un equipo paciente-médico motivado que ha concebido un plan realista de tratamiento.<sup>82,83,84,85,86</sup>

¿Puede identificar la secuencia de pasos que conducen a un tratamiento eficaz del dolor?

Seleccione el círculo apropiado para indicar el paso siguiente.

**Metas realistas.**

<sup>82</sup> Guzmán J, et al. Cochrane Database Sys Rev. 2002;1:1:CD000963

<sup>83</sup> Prochaska JO, Velicer WF. Am J Health Promot. 1997;12:38-48

<sup>84</sup> Kerns RD, et al. Pain 1997;72:227-34

<sup>85</sup> Hahn SR. Ophthalmology. 2009; 116:S37-42

<sup>86</sup> Leung FH, et al. Med Teach. 2009;31:e555-9

Los objetivos terapéuticos deben incluir la reducción del dolor, más que la erradicación del dolor, y las metas de mejoría funcional. Además de seleccionar las terapias más apropiadas para el dolor y la estrategia de tratamiento, es importante para un resultado exitoso la buena disposición del paciente para adoptar un auto-tratamiento, y una actitud positiva ante su dolor.

### **Comunicación**

El médico y el paciente necesitan formar una asociación basada en la buena comunicación. Esto apoyará a los pacientes a desarrollar un cambio en su mente en relación con su percepción del dolor y conseguir las metas de reducción del dolor.

### **Poder de decisión del paciente**

Un paciente activamente involucrado, responsable de su tratamiento del dolor es un paciente fortalecido y motivado. Los pacientes deben comprender la necesidad de la confianza en el tratamiento y el plan terapéutico y ser apoyados para dialogar sobre miedos, preocupaciones e incertidumbres.

### **Plan terapéutico**

En el cambio de conducta hay seis etapas reconocidas: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, y terminación. El médico puede ayudar al cambio de conducta en un paciente haciendo que el paciente comprenda cómo cambiar y poder vivir con dolor, fortaleciendo la expectativa de éxito, y resaltando los costes y beneficios del plan terapéutico.

### **Diario del dolor**

La cooperación activa puede ayudarse con el uso de un diario del dolor para catalogar el dolor y controlar los efectos del tratamiento. Un diario puede recoger información sobre la aparición del dolor, intensidad, uso de medicación, efectos secundarios, actividad, y bienestar del paciente.

### **Evaluación en marcha**

La evaluación en marcha incluye la revisión habitual del paciente para determinar cambios en el dolor, eficacia y seguridad del tratamiento.

### **Modificar el plan**

El plan permitirá modificaciones y cambios del tratamiento para alcanzar los objetivos planeados para cada paciente.

### **Mejorar el dolor crónico**

El resultado de un equipo de trabajo exitoso debería ser la mejoría del dolor.

## **29. Fin**

*Ha llegado al final del módulo "Evaluación del Dolor y Comunicación Médico-Paciente"*

*Esperamos que haya sido de su interés y le agradecemos su atención*

*Para realizar la evaluación de este primer módulo, regrese al índice general del curso haciendo clic sobre el botón "Salir"*

*Si desea volver al inicio del módulo, haga clic sobre el siguiente botón: VOLVER AL INICIO DEL MÓDULO.*