

LAS CLINICAS DEL DOLOR

DINAMICA DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON DOLOR CRONICO

Elena Català

El Dolor es un síntoma que expresa la persona o el paciente como algo desagradable, a veces tanto que se convierte en un enorme sufrimiento difícil de convivir con él. En la mayoría de las ocasiones el síntoma dolor está relacionado con una lesión o enfermedad. No obstante el dolor como síntoma que expresa el paciente, es el resultado de un proceso “elaborado y complejo” propio de cada persona, variable en el tiempo y que puede aumentar o disminuir por diferentes motivos como serían: el estado de ánimo, su actividad física o incluso por otras experiencias vividas con anterioridad. Todo esto nos puede hacer entender la dificultad que entraña en muchas ocasiones el tratamiento del DOLOR CRÓNICO.

El dolor crónico constituye sin duda, la forma de dolor con mayores repercusiones sobre el individuo, por el grave deterioro de su calidad de vida, y sobre la sociedad, por los gravosos costes que supone. Estamos pues ante un síntoma que AFECTA y preocupa a las personas, ya sea por su etiología como por el sufrimiento que conlleva. En los últimos años se ha convertido en el síntoma acompañante que con mayor frecuencia lleva a la población a la consulta médica, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública.

En una encuesta realizada por Català en abril del 1.998 sobre 5000 personas en la población general española, se objetivó que la prevalencia de dolor en general era del 30% durante un día determinado y del 42% si se objetivaba durante la semana anterior. También se observó que en un 23% este dolor era crónico (más de tres meses de evolución).

LAS CLINICAS DEL DOLOR

Las unidades o clínicas del Dolor surgieron hace aproximadamente 20 años para poder tratar el síntoma dolor de una forma más específica, como una entidad propia y no como algo acompañante a una patología.

Podemos decir que son unidades especializadas en el diagnóstico y tratamiento del dolor, donde médicos con conocimientos específicos y experiencia estudian y valoran en una amplia dimensión los problemas del dolor rebelde, ya sea agudo o crónico, y plantean la estrategia a seguir en cada caso.

Tipos de Clínicas del Dolor:

Lo primero que se necesita para poner en marcha una clínica del Dolor es personal especializado y un local de trabajo adecuado (consultorios, sala de bloqueos/infiltraciones con monitorización y control de enfermería y posibilidad de quirófanos con técnicas de escopia o radiología). De todas maneras las necesidades irán en función del tipo de Clínica del Dolor de que se disponga.

El Comité de Terapéutica del Dolor de la Sociedad Americana de Anestesiología clasifica a las clínicas del Dolor como:

- 1.- *Modalidad Terapéutica*: Ofrecen algún tratamiento en concreto como sería acupuntura, psicoterapia, técnicas neuroquirúrgicas.
- 2.- *Sindrómicas*: Dedicadas al estudio y tratamiento de algún dolor en concreto: lumbalgias, cefaleas, neuralgias..
- 3.- *Unidades Unidisciplinarias o Multidisciplinarias*, dependiendo de si la unidad posee uno o varios especialistas. Ofrecen todo tipo de evaluación y/o tratamiento de cualquier tipo de dolor.

TIPOS DE DOLOR:

- Dependiendo de la Patología: Dolor Oncológico o dolor No Oncológico
- Dependiendo de la Fisiopatología del Dolor:

- Dolor por exceso de nocicepción: Se transmite por los sistemas neuronales conocidos y su intensidad va ligada a la magnitud de la lesión.
- Dolor neuropático o por una lesión del sistema nervioso central o periférico. Se le conoce también por dolor anormal, ya que no sigue las vías conocidas de transmisión. Su intensidad no tiene relación con la lesión inicial y responde peor a los analgésicos habituales.

PACIENTES CANDIDATOS A SER VISITADOS EN UNA CLINICA DEL DOLOR:

Va a depender del tipo de clínica del Dolor y de donde esté ubicada. Pero por regla general va a ser un paciente afecto de dolor Crónico rebelde, es decir que no se ha podido aliviar o curar con los tratamientos habituales.

Los síndromes dolorosos más frecuentes son:

Lumbalgias/lumbociatálgias u otros tipos de alteraciones osteomusculares (osteoporosis, artrosis severas, fibromialgias...), neuralgias, dolor por miembro fantasma o postamputación, síndromes de dolor complejo regional, dolor por un proceso oncológico, dolor por SIDA...

DINAMICA DE ACTUACIÓN:

Ante un paciente con dolor CRÓNICO que acude a una clínica del dolor se deben seguir los siguientes pasos:

- 1.- Historia Clínica detallada valorando tanto física como psíquicamente al paciente
- 2.- Historia del Síntoma Dolor, evaluando el tipo de dolor, tiempo de evolución, intensidad del dolor, síntomas acompañantes, incapacidad que produce el síntoma y los tratamientos efectuados.
- 3.- Exploración del paciente
- 4.- Diagnóstico
- 5.- Tratamiento
- 6.- Seguimiento con visitas más o menos periódicas
- 7.- Resultados, evaluados según:
 - la disminución del dolor
 - la reducción del consumo de fármacos si tomaba muchos
 - la mejora de su actividad diaria
 - la incorporación a sus actividades normales/o de trabajo

1.- HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON DOLOR:

El diagnóstico correcto debe preceder al tratamiento y proporciona la base tanto para la atención individual del paciente, como para la adquisición de experiencia en la evaluación de los resultados del tratamiento en un grupo de pacientes que comparten síntomas o diagnósticos comunes. Entre las técnicas disponibles para el especialista en

dolor, **la historia clínica** sigue siendo la más importante, a pesar del gran abanico de procedimientos que pueden utilizarse ahora para facilitar las evaluaciones diagnósticas. Cuanto mayor es el conocimiento y la experiencia de la persona que realiza la historia, más completo y útil será el resultado.

Los **objetivos** de la historia clínica en el paciente con dolor son :

- Nominación de los factores que permiten el diagnóstico.
- Establecimiento de la comunicación con el paciente.
- Evaluación de los tratamientos previos
- Eliminación de datos irrelevantes
- Evaluación de la situación psicológica, legal, laboral y de incapacidad del paciente
- Reconocimiento de las señales de peligro que pueden impedir el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

El dolor ha sido definido por la IASP (International Association for the Study of Pain, como “una experiencia sensorial y emocional desagradable que nosotros asociamos de modo primario con el daño tisular y/ o que describimos en función de tal daño”. Dado que el dolor es una experiencia subjetiva, en muchas ocasiones no asequible con facilidad a la validación objetiva mediante exploraciones físicas o técnicas complementarias, la historia adquiere una importancia especial en este campo de la medicina. Al hacer la historia clínica de un paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos:

- **TÉCNICA**
- **ENTREVISTA:** saber cuales son las preguntas adecuadas, lo que implica un exhaustivo conocimiento del proceso nosológico en cuestión.

2.- TÉCNICA:

El primer paso al hacer una historia clínica consiste en elegir entre:

- una entrevista cara a cara con el paciente
- el uso de listas de preguntas o formularios estandarizados, que pueden ser de naturaleza general o modificados para cuadros específicos. Si bien los formularios estándar ofrecen, sobre todo al médico inexperto, la ventaja de ser completos y evitar el posible olvido de elementos

importantes, privan tanto al paciente como al médico de una oportunidad para desarrollar la comunicación mutua, que es sin duda un importante aliado terapéutico. Además, el médico pierde la oportunidad de evaluar el estilo del paciente y su grado de sufrimiento.

3.- ENTREVISTA:

La entrevista debe realizarse sin prisas, en un contexto que respete la privacidad y la dignidad del paciente. Si el paciente está capacitado para proporcionar una historia personal, los miembros de la familia deben ser excluidos de la entrevista. Hacer que el paciente se sienta cómodo y conseguir que tanto el paciente como el examinador estén confortables, es un buen punto de partida para establecer una buena relación de confianza y comunicación, que se prolongará y se perpetuará en la fase de tratamiento, obteniéndose mejores resultados del mismo.

En un contexto de **dolor agudo**, el paciente suele sentir ansiedad relacionada con el dolor, pero los síntomas son de corta duración, la historia suele ser breve, y el sitio y la causa no están oscurecidos por otros factores. El paciente no está desesperanzado ni escéptico en relación con el especialista en dolor. Sin embargo, en el paciente con **dolor crónico**, la historia es más compleja, así como el sitio de origen, los mecanismos y la causa del dolor son más oscuros, y el paciente está más insatisfecho con los médicos en general.

Aunque la entrevista debe ser lo menos dirigida posible, quizás se necesite reencauzar algunos aspectos si la narración del paciente es demasiado errática. Es preferible establecer un determinado ritmo durante la entrevista, para destinar un tiempo adecuado a cada parte, sin permitir que el paciente prolongue una narración carente de interés y después acelere otras partes de la historia.

La experiencia enseña que las preguntas se deben hacer de forma sistemática y ordenada. Generalmente, las **PREGUNTAS** siguen el siguiente orden:

- Dolencia principal
- Historia de la dolencia presente:
 - forma de inicio
 - distribución espacial
 - evolución temporal
 - factores provocativos
 - factores paliativos

- tratamiento actual
- aspectos cuantitativos
- Antecedentes Personales:
 - Síntomas similares
 - Región similar
 - Tratamiento pasado
 - Traumatismo o cirugía
 - Estado de salud antes de aparecer el dolor
- Revisión de sistemas:
 - Dolor en cada sistema
 - Salud general
 - Tabaco, alcohol, fármacos
- Antecedentes familiares:
 - Familiares con dolor similar
 - Familiares con dolor de otro tipo
 - Familiares con enfermedades incapacitantes
 - Familiares con otras enfermedades
 - Familiares fallecidos y causas de muerte
- Historia laboral y social
 - Situación conyugal
 - Familiares dependientes
 - Educación y ocupación
 - Empleo o estado de incapacidad actual
 - Soporte económico
 - Descanso y recreo
 - Participación en funciones sociales externas
 - Efectos sociales del dolor

El autor de la historia clínica prefiere realizar las preguntas por este orden, para facilitar la obtención de la *finalidad del interrogatorio*:

- 1.- Diferenciar entre dolor agudo y dolor crónico
- 2.- Distinguir entre procesos dolorosos que amenazan la vida o un miembro, y procesos crónicos o recurrentes que justifican el tratamiento, pero que no suponen un peligro para la vida.

3.- Identificar el tejido origen del dolor (músculos, tendones, ligamentos, nervios, raíces nerviosas, plexos, sistema nerviosos central y estructuras óseas) y los mecanismos participantes en su producción.

4.- Identificar el síndrome doloroso o el proceso causante del dolor.

Las preguntas concretas que realizará al autor serán las siguientes:

- ¿Qué le pasa a usted?
- ¿Cómo comenzó el dolor?
- ¿Qué le ha sucedido desde que le comenzó a usted el dolor? Esta prueba cronológica incluye la diferenciación entre el dolor agudo y el dolor crónico.
- ¿Cómo es el dolor? Descríbalo
- ¿Cuál es la intensidad del dolor? Conviene compararlo con algún otro dolor que sea fácil de recordar y comprender para el paciente, como es el dolor del parto en la mujer, o el dolor de un varón que haya sufrido un cólico nefrítico o una fractura. Más adelante veremos más detalladamente las escalas del dolor.
- ¿Dónde se localiza el dolor? ¿Se irradia o se extiende a otros lados del cuerpo?
- ¿Tiene usted alguna otra enfermedad?
- ¿Qué tratamientos se han intentado en el pasado para el dolor?: debe interrogarse acerca de fármacos sospechosos como los opioides o las benzodiazepinas; bloqueos neurales, que a veces son considerados como ineficaces, cuando no se han bloqueado las raíces implicadas; o fracasos de tratamientos farmacológicos, cuando en realidad no se han empleado las dosis adecuadas.
- ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? ¿Ha tenido alguna reacción alérgica?
- ¿Qué factores hacen que usted se sienta peor o mejor?
- ¿Qué repercusiones ha tenido este dolor en su vida, ya sea a nivel laboral, social o interpersonal?. Esta pregunta puede revelar problemas psiquiátricos ocultos. Debe hacerse énfasis en la satisfacción laboral y conyugal, actividad sexual, duración de la pérdida de trabajo, pasatiempos abandonados...

- ¿Tiene usted algún antecedente de abuso de fármacos o de otras sustancias, o de trastornos psiquiátricos?

El médico debe elaborar su propio conjunto de preguntas para cada tipo de dolor/paciente. Es evidente que el interrogatorio del paciente afecto de cefalea es muy diferente del utilizado en el dolor lumbar irradiado a una extremidad inferior. Además, para cada región del cuerpo, es necesario conocer las entidades nosológicas causantes del dolor y los patrones de dolor referido.

4.- EVALUACIÓN DEL DOLOR:

Los procedimientos desarrollados para evaluar el dolor pueden ser clasificados en 3 grandes categorías:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Métodos verbales: unidimensionales y multidimensionales - Evaluaciones conductuales - Medidas fisiológicas |
|--|

A.- METODOS VERBALES: Las manifestaciones verbales o escritas son técnicas específicas para valorar las impresiones subjetivas de los individuos y són las valoraciones que deben utilizarse en las unidades del dolor. **Se recomienda usar un método unidimensional conjuntamente con otro multidimensional (por ejemplo la EVA + el test de Latinen)**

- UNIDIMENSIONALES:
 - o Escalas Verbales (dolor leve, incómodo, angustioso, horrible e insoportable)
 - o Escalas Numéricas (del 0 al 10)
 - o Escala Analógica Visual (EVA): consiste en una línea de 10cm anclada en un extremo con el título “no dolor”, y en el otro extremo, “máximo dolor imaginable”. La puntuación de la intensidad del dolor se lleva a cabo marcando en un punto de la línea o deslizando un cursor cuya distancia se traducirá en centímetros.

- MULTIDIMENSIONALES: Incluyen todas aquellas escalas desarrolladas de manera específica para la evaluación de los distintos aspectos relacionados con el dolor:
 - o McGill Pain Questionnaire (MPQ). Es el instrumento de estas características que goza de mayor difusión. Ha sido adaptado a otras culturas: existe una adaptación española.
 - o Inventario breve del dolor (BPI)
 - o Test estandarizado de personalidad y psicopatología (MMPI)
 - o Test de Latinen: muy utilizado en las unidades de dolor de nuestro país y que contempla una serie de apartados que valoran diferentes aspectos del dolor y que al sumarlos nos dan una idea general del estado de dolor del paciente. Tiene la gran ventaja de ser muy fácil y rápido de realizar.

B.- METODOS CONDUCTUALES: Existen numerosas conductas claramente indicadoras de la experiencia dolorosa (quejidos, muecas, suspiros, posturas corporales, absentismo laboral...) La observación de estos hechos puede ser efectuada tanto por personas cercanas al paciente, como por personal entrenado.

C.- METODOS FISIOLÓGICOS:

- Estudio de respuestas psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo
- Estudio de patrones electromiográficos
- Potenciales evocados
- Neurografía percutánea
- Determinación de péptidos opioides endógenos en LCR, los cuales disminuyen durante el dolor
- Reflejos nociceptivos de dolor
- Determinación de catecolaminas, cortisol, y ADH
- Determinación de parámetros respiratorios

CONCLUSIONES:**La historia del paciente debe intentar:**

- 1.- Establecer la comunicación entre el médico y el paciente
- 2.- Investigar la causa y el mecanismo de producción del dolor
- 3.- Diferenciar entre dolor agudo y dolor crónico, y entre dolor nociceptivo y dolor neuropático.
- 4.- Evaluar los tratamientos previos, como una guía para el tratamiento futuro.
- 5.- Debe descubrir señales de alerta en el paciente problemático que puede obtener ganancias secundarias.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA:

Abrams B. Historia Clínica del paciente con dolor. En: Raj PP ed. Tratamiento Práctico del Dolor 3ª ed. Madrid: editorial Harcourt 2002: 349-355.

Keogh E, Herdenfeldt M. Gender, coping and perception of pain. Pain 2002; 97: 195-202.

Miralles Pardo F, González-Darder JM, Vaca Miguel JM, Failde Martínez I, Zafra Mezcuca J. Investigación en el dolor, dolor experimental y valoración del dolor. Calidad de vida. En: Medicina del Dolor. LM Torres editores. Pp 19-34. Editorial Masson. Barcelona 1997.

Riley III JL, Wade CD, Myers D et al. Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain. Pain 2002; 100: 291-298.

Simon SM. Exploración física del paciente con dolor. En: Raj PP ed. Tratamiento Práctico del Dolor 3ª ed. Madrid: editorial Harcourt 2002: 356-378.