

D) TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS DEL DOLOR CRÓNICO
3. MEDIDAS TERAPÉUTICAS ANTE EL DOLOR CRÓNICO
4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es aquél que dura más de 3 meses, aunque los síntomas dolorosos se suelen desarrollar en semanas. El dolor crónico puede estar o haber estado asociado con una lesión orgánica que tras su remisión deja como secuela un síndrome de dolor persistente.

El dolor crónico es un dolor inútil; carece de significado de alerta y, salvo excepciones, no sirve para avisar acerca de un proceso subyacente que pueda corregirse con tratamiento específico.

Constituye una entidad nosológica por sí mismo, bien porque la causa sea benigna y recurrente (por ejemplo: la cefalea o la neuralgia), bien porque la causa sea conocida pero intratable (estadio final de un cáncer), o bien porque la etiología sea desconocida (lumbalgia). El dolor crónico causa insomnio, anorexia, disminución de la actividad psíquica y depresión reactiva que a su vez lo incrementan, provocando un círculo vicioso que se debe intentar romper con el tratamiento analgésico adecuado.

2. CAUSAS DE DOLOR CRÓNICO

Las causas más frecuentes de dolor crónico son:

Traumática	Músculo-esqueléticas	Neurológicas	Neoplasias	Sistema nervioso autónomo
Fracturas	Hernia discal	Neuralgias y atropamientos nerviosos	Primarias	Síndrome de Dolor Regional Complejo
Cicatrices dolorosas	Espondilitis anquilosante	Dolor facial y dental	Metastásicas	
Lesiones musculares o tendinosas	Enfermedad de Paget	Cefaleas		
	Cambios mecánicos y degenerativos	Espasmos musculares y espasticidad		
		Dolor de miembro fantasma		
		Neurinoma		

3. MEDIDAS TERAPÉUTICAS GENERALES ANTE EL DOLOR CRÓNICO

Para una correcta valoración del paciente con dolor crónico es importante

realizar una historia y exploración física completas; es frecuente que el paciente haya sido visto previamente por muchos médicos. No es raro encontrar una lesión maligna o una lesión aguda sobreañadida al proceso doloroso crónico. Cuando esto ocurre, deberemos investigar esas lesiones y su posible tratamiento

Se debe realizar una historia detallada del dolor, que incluya su localización, carácter, intensidad, irradiación, cronología, factores que lo exacerbaban, factores que lo alivian y la afectación funcional que provoca, así como el efecto del dolor sobre los hábitos de vida del paciente (calidad de vida).

El dolor crónico se describe de forma más vaga que el dolor agudo, y la afectación de la dimensión afectivo-emocional suele ser mucho más acusada.

Para abordar correctamente el tratamiento del dolor crónico es fundamental contar con un diagnóstico específico. Disponemos de diferentes recursos a la hora de combatir el dolor crónico: analgésicos (periféricos y opiáceos), antidepresivos, bloqueos nerviosos, analgesia por estimulación, técnicas psicológicas y terapia física y ocupacional. En el dolor de cada enfermo inciden diversos factores, por lo que el tratamiento abarcará los diferentes recursos terapéuticos que puedan actuar en dichos factores. El hecho de contar con un diagnóstico específico permitirá elegir los métodos terapéuticos más adecuados y por ello, tanto la valoración como el tratamiento de los enfermos deben ser realizados de forma multidisciplinar.

Dolor	Agudo	Crónico
Incidencia	Frecuente	Infrecuente
Finalidad	Útil	Inútil
Duración	Menos de un mes	Más de tres meses
Causa	Conocida frecuentemente	Incierta y multifactorial
Comienzo	Definido	Indefinido
Estímulo-Intensidad	Relacionados	No relacionados
Equivalencia	Síntoma	Enfermedad
Estado emocional	Ansiedad	Depresión
Tratamiento	Etiológico	Multidisciplinar

Tabla 1. Puntos clave en el tratamiento del dolor agudo y crónico.

El objetivo terapéutico en el tratamiento del dolor crónico difiere de aquél del dolor agudo, cobrando especial relevancia la valoración de la calidad de vida del paciente. Para valorar la calidad de vida se han diseñado una serie de escalas:

Escala de Nottingham (utilizada en enfermos crónicos)

Consta de 38 preguntas y se ha empleado en enfermos con enfermedades crónicas, principalmente reumatológicas. Está validado en España. Todas las preguntas tienen dos opciones. Sí o No.

CUESTIONARIO DE SALUD

Parte I

A continuación se encuentran algunos problemas que la gente suele tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista y ponga una cruz en la casilla respondiendo sí a cualquier problema que usted tenga en este momento. Marque la casilla no si usted no tiene este problema. Por favor, responda a todas las preguntas. Si no está seguro de la respuesta, marque aquella que usted crea que es más cierta en este momento.

Para uso interno.

	Sí	No
Me siento siempre cansado	()	()
Siento dolor por la noche	()	()
Las cosas van mal	()	()
Tengo un dolor insoportable	()	()
Tomo pastillas para poder dormir	()	()
He olvidado lo que es sentirse bien	()	()
Me siento al límite	()	()
Me molesta al cambiar de posición	()	()
Me siento solo	()	()
Sólo puedo pasear en casa	()	()
Me cuesta agacharme	()	()
Todo me supone un esfuerzo	()	()
Me despierto de madrugada	()	()
Me es totalmente imposible caminar	()	()
Me cuesta mucho conocer a la gente	()	()
Los días parecen eternos	()	()
Tengo problemas al subir y bajar escaleras/escalones	()	()
Me cuesta alcanzar las cosas	()	()
Me duele cuando camino	()	()
Pierdo los nervios fácilmente estos días	()	()
Me parece que no tengo amigos	()	()
Permanezco en la cama la mayor parte de la noche	()	()

Me parece que estoy perdiendo el control	()	()
Siento dolor cuando permanezco de pie	()	()
Me cuesta vestirme solo	()	()
Me canso enseguida	()	()
Me cuesta estar mucho tiempo de pie (ej.: en la cocina fregando, esperando el autobús)	()	()
Siento dolor constantemente	()	()
Me cuesta mucho dormirme	()	()
Me siento una carga para todos	()	()
Las preocupaciones me mantienen despierto	()	()
Creo que la vida no merece la pena	()	()
Duermo mal por la noche	()	()
Cada vez me cuesta más llevarme bien con la gente	()	()
Necesito ayuda para salir de paseo (ej.: ayuda para caminar o alguien que me sostenga)	()	()
Siento dolor cuando subo o bajo escaleras/escalones	()	()
Me levanto deprimido	()	()
Siento dolor cuando estoy sentado	()	()
Ahora, por favor, regrese al principio y asegúrese de que ha contestado sí o no a todas y cada una de las preguntas.		

Escala LASA (utilizada en enfermos crónicos)

Escala ECOG (OMS) (utilizada en enfermos oncológicos)

Escala de Karnofsky (utilizada en enfermos oncológicos)

Estas escalas miden de forma indirecta el efecto del dolor y de la enfermedad basal sobre la actividad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud, diseñó en 1987 un plan terapéutico sencillo para el tratamiento analgésico del dolor oncológico. Se trata de una escalera analgésica que consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos (analgésicos periféricos – también llamados no opioides o analgésicos menores-, analgésicos opioides débiles y analgésicos opioides potentes). El médico pondrá un tratamiento analgésico al enfermo comenzando por los peldaños inferiores y pasando al peldaño

siguiente cuando el dolor no se controle. Este esquema en tres escalones es aplicable a la mayoría de los dolores, especialmente a los que aparecen en el enfermo terminal.

Inicialmente se diseñó para los enfermos oncológicos; posteriormente se extendió su aplicación a los enfermos con SIDA y con otras enfermedades crónicas y degenerativas, con expectativa vital inferior a seis meses; actualmente se está generalizando para el tratamiento de los síndromes dolorosos crónicos, dado que el uso de los analgésicos opioides debe venir determinado por la intensidad del dolor y no por las perspectivas de supervivencia del enfermo.

En el tratamiento del dolor crónico son de gran utilidad las formulaciones retard que permiten mantener los niveles de analgésico en sangre constantes y disminuyen el número de tomas del medicamento que debe administrarse al paciente, que habitualmente está polimedicado.

Para los picos de dolor se utilizarán dosis extras del mismo fármaco siempre y cuando sea eficaz; posteriormente se incrementará la dosis basal de dicho fármaco para intentar evitar los picos de dolor. Cuando el mismo fármaco no sea eficaz en los picos de dolor, se utilizará un fármaco sinérgico o un fármaco del siguiente escalón en el tratamiento del dolor.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico suele tener un componente psicológico importante. Los síntomas psicológicos más frecuentes son: depresión, insomnio, pérdida de la autoestima, ansiedad y angustia.

De cara a un enfoque terapéutico correcto es importante conocer la influencia que, en el dolor de un paciente, tienen los factores físicos y los factores psicológicos. En función de ellos, el dolor crónico se clasifica en tres grupos:

Relacionado con enfermedades estructurales, tales como la artritis reumatoide o el cáncer. Se caracteriza por la alternancia de episodios prolongados de dolor con intervalos libres o bien por la existencia de dolor continuo con variaciones en su intensidad. Este tipo de dolor se controla con analgésicos además del tratamiento específico de la enfermedad de base.

Pacientes con enfermedades psicosomáticas que producen dolor. En ellos puede existir o no, un antecedente de enfermedad estructural, pero los factores psicológicos asociados han provocado alteraciones funcionales crónicas que provocan dolor, pese a la resolución del cuadro que lo originó. Estos pacientes responden mal a los analgésicos administrados por vía sistémica, pero la respuesta es mucho mejor cuando el tratamiento es local (infiltración en el lugar del dolor). Se debe asociar tratamiento frente a los factores psicológicos que mantienen el dolor (benzodiazepinas, antidepresivos, etc.)

Pacientes cuyo dolor no parece estar relacionado con enfermedades estructurales ni con factores funcionales. Son pacientes con graves alteraciones psiquiátricas (esquizofrenia, psicosis), que refieren un dolor de características atípicas y sin distribución anatómica. Se tratan con el tratamiento psiquiátrico de su enfermedad.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bonica JJ. The Management of Pain. (2ª edición). Philadelphia: Lea & Phebiger, 1990.

Torres LM y cols. Medicina del dolor. Barcelona: Masson, 1997.

Torres LM, Management of Non-Oncological Pain with Morphine. Clinical Drugs Investigation Vol 14 suppl. 1: 1-5. 1997.