

Rol del médico rehabilitador en el manejo del dolor

Role of medical rehabilitation in pain management

Andersson I Rozo A.

RESUMEN

El dolor es considerado un signo vital, y es monitorizado tanto como la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura. De su control depende en gran parte la calidad de vida de nuestros pacientes. Es por esto que requiere ser manejado de manera tal que a partir de él, quien lo presenta pueda desembolverse en sus actividades diarias, familiares, lúdicas, entre otras. Nuestra especialidad, lleva a cabo un papel muy relevante en la atención de los pacientes que sufren dolor, cualquiera sea su origen, utilizando los diferentes recursos de rehabilitación que se tienen a nuestro alcance y haciendo medición del impacto que este genera.

Palabras clave: Dolor, calidad de vida, rehabilitación

ABSTRACT

Pain is considered a vital sign, and is monitored as well as heart rate, breathing rate, blood pressure and temperature. Its control depends largely on the quality of life of our patients. This is why it needs to be managed for improve quality of life , relation among others. Physical Medicine and rehabilitation , performs a very important role in the care of patients with pain, and improve the quality of life.

Keywords: Pain, quality of life, rehabilitation

Recibido:
16 de mayo de 2015

Aceptado:
30 de mayo de 2015

Autor:
Especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Militar Nueva Granada
Sociedad de Medicina Física y Rehabilitación del Norte de Santander SOMEFYR

Correspondencia:
anderssonrozo@hotmail.com

Conflicto de interés:
El autor declara no tener conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma conocido desde tiempos inmemorables; es uno de los problemas médicos más complejos en su manejo, su concepción ha ido cambiando a través del tiempo. En sus inicios el dolor se le atribuía a una causa exógena o mágica. Posteriormente se establece la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor.

En 1894, Von Frey y Goldscheir, expresan la teoría sensitiva o específica y la teoría de la intensidad respectivamente. Estas dos teorías se basan en el modelo médico lineal simple que planteaba que todas las alteraciones físicas, cuyas consecuencias son el dolor, se originaban como resultado de una afectación orgánica del cuerpo¹.

Uno de los innovadores más importantes en el campo del dolor es J. Bonica (1917-1994), creador de la primera clínica del dolor con intervención multidisciplinaria, estas clínicas del dolor suponen el primer reconocimiento de que el dolor es una experiencia compleja y polivalente¹.

Organizó el Primer Simposio Internacional del Dolor en 1973, como resultado de este simposio se creó en 1974, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. En 1979, la IASP define: «El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica real o potencial o que se describe como ocasionada por dicha lesión».

El origen de las Unidades del Dolor se remonta a 1947, año en que Bonica, basándose en el éxito de una colaboración informal con un ortopedista, un neurocirujano y un psiquiatra, estableció una clínica multidisciplinaria del dolor en el Tacoma General Hospital que posteriormente, en 1960, llevó a la Universidad de Washington en Seattle².

Las Unidades del Dolor tienden, en la actualidad, a estar formadas por un equipo multidisciplinario de especialistas, dirigidos por un anestesiólogo en la gran mayoría de los casos con la colaboración de internistas, neurocirujanos, psicólogos, neurólogos, y especialistas en Medicina Física y Rehabilitación, entre otros².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la especialidad en Medicina Física y Rehabilitación: “Es la especialidad médica encargada del diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles”.

El trabajo de un médico rehabilitador dentro de una Unidad de Dolor está más que aconsejado y asegura la puesta en marcha de todas las medidas encaminadas a prevenir y reducir al mínimo las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las deficiencias o discapacidades producidas por el dolor.

OBJETIVO

Conocer la labor que desempeña el médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación en un grupo de clínica del dolor.

Identificar los componentes de la valoración y ayudas terapéuticas aplicadas por el médico rehabilitador en el manejo del dolor.

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN EL MANEJO DEL DOLOR

La función principal de la Medicina Física y Rehabilitación es prevenir, curar o minimizar la discapacidad. En los casos en que la discapacidad es irreversible, el objetivo es la adaptación del paciente y de su familia a la nueva situación funcional previniendo el deterioro posterior por las complicaciones.

La Rehabilitación ha sido descrita como “Un proceso de resolución de problemas basado en medidas educativas dirigidas a reducir la limitación para la actividad y la restricción para la participación experimentada por una persona como resultado de una enfermedad, siempre dentro de las limitaciones impuestas tanto por los recursos disponibles como por la enfermedad de base⁵”.

El síntoma dolor es el motivo más frecuente de consulta en los servicios de rehabilitación; representa un alto costo para el sistema de salud del país; siendo el dolor del sistema musculoesquelético la razón más habitual de atención.

La acción del médico rehabilitador se orienta a que los pacientes valorados en la Unidad del Dolor alcancen el máximo nivel de independencia funcional, integración en la sociedad y calidad de vida, a través de tratamientos físicos, farmacológicos y medidas orto protésicas adecuadas. El establecer unas metas realistas ante cada paciente es muy importante y la labor de un equipo multidisciplinario es básica para ello².

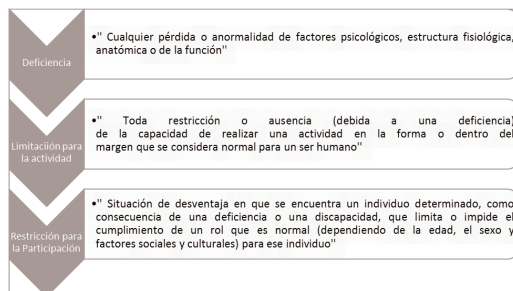
Su papel se puede orientar hacia tres fines:

1. Valorar las lesiones, impacto que genera el dolor, el déficit funcional en un momento dado y su evolución,
2. Hacer una estimación del pronóstico más probable y
3. Teniendo en cuenta lo anterior, establecer un plan terapéutico individualizado para cada paciente.



Figura1. Componentes afectados en la calidad de vida del paciente.

El modelo de atención en Medicina Física y rehabilitación se basa en los conceptos de Deficiencia, Limitación para la actividad (Discapacidad) y restricción para la participación (Minusvalía)⁴.



Este modelo de atención está basado en la individualización de las metas de manejo con las

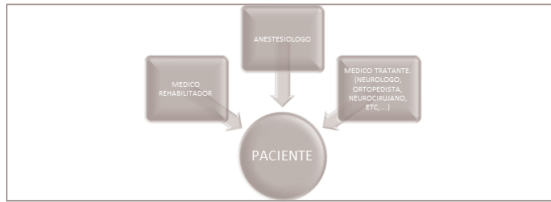
que se va a trabajar y cuya evaluación hace parte del enfoque principal³.

Evaluación inicial:	Se evalúan las características del dolor, el impacto en la calidad de vida del paciente, se determinan las necesidades y se cuantifican si es posible. (Uso de escalas de Medición de la funcionalidad)
Establecimiento de objetivos:	Se definen de acuerdo al estado del paciente. (Largo/mediano/corto plazo)
Intervención:	Uso de los recursos en rehabilitación para lograr los objetivos. (Medicamentos, Terapias, ortésis, etc)
Re - evaluación:	Control Médico donde se evalúa el progreso de acuerdo a los objetivos trazados. Y se determina si es necesario el uso de alguna otra intervención desde el punto de vista de rehabilitación para el control del dolor.

Los objetivos en rehabilitación se consideran en varios niveles de acuerdo al tiempo en que se espera que se cumplan.

A corto plazo:	limite en la hospitalización inmediata, prevención de complicaciones. Aceptación de la patología, conocimiento de los diferentes mecanismos de manejo y control del dolor.
A mediano plazo:	Son de carácter multiprofesional y van de acuerdo al nivel de discapacidad que se ha encontrado relacionado con la presencia del dolor.
A largo plazo:	Hacen referencia a la relación con el pronóstico establecido.

El proceso de rehabilitación en clínica del dolor puede ser interrumpido en cualquier momento por muerte, comorbilidades o complicaciones propias de la patología. El trabajo en equipo entre los médicos que tienen que ver con la atención del paciente, con una comunicación constante es importante para que esas metas que fueron propuestas sean logradas.



ACCIÓN DEL MÉDICO REHABILITADOR EN EL GRUPO DE DOLOR

El primer papel del médico rehabilitador en el tratamiento de pacientes que tienen dolor es el de establecer una evaluación diagnóstica completa y exacta. Sin un diagnóstico claro o un entendimiento de las alteraciones músculo-esqueléticas, es probable que la rehabilitación no sea eficaz y que las técnicas utilizadas (Fisioterapia, Terapia ocupacional, ortésis) en vez de mejorar, empeoren el curso del dolor o generen una nueva lesión⁶.

Llegar al diagnóstico implica la realización de una historia clínica completa, coherente, cronológica, una evaluación física detallada y el uso de pruebas de laboratorio, electrodiagnóstico e imagenológicas pertinentes¹¹.

Con base en esto se desarrolla un plan integral de atención, dando prioridad al cumplimiento de las metas a corto, mediano y largo plazo. Los planes individuales de tratamiento se centran en una amplia gama de áreas incluyendo un enfoque de la farmacoterapia racional (Analgésia, mejoría del estado de ánimo, y la restauración de la calidad del sueño), terapia física u ocupacional; terapia cognitiva, y tratamientos de comportamiento (Asesoramiento y entrenamiento en relajación); rehabilitación vocacional (laboral) y la educación del paciente.

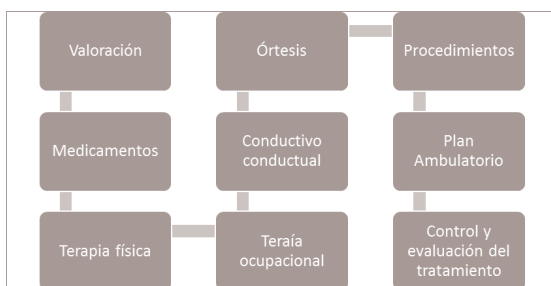


Figura 2. Equipo médico de trabajo

Los motivos de consulta más común en los que hay acción directa del médico rehabilitador en clínica del dolor, excluyendo los de causa oncológica son:

1. Osteoartritis.
2. Síndrome de dolor espinal: Dolor lumbar.
3. Síndrome de dolor espinal: Dolor cervico - dorsal.
4. Fibromialgia.
5. Neuropatía diabética.
6. Artritis reumatoide.
7. Epicondilitis, epitrocleititis.
8. Síndrome de hombro doloroso: Síndrome de Manguito rotador.
9. Síndrome Miofascial.
10. Otras neuropatías: Compresivas.

Las funciones del grupo de trabajo de rehabilitación en el manejo del dolor son:

Profesional	Función
Fisiatra	<p>Establecer el diagnóstico clínico y funcional.</p> <p>Proporcionar tratamiento de rehabilitación orientado a la mejoría del dolor.</p> <p>Suministrar información al paciente y a los demás integrantes del grupo de manejo.</p> <p>Diagnosticar y tratar las complicaciones derivadas.</p> <p>Liderar el grupo de rehabilitación.</p> <p>Hacer seguimiento de los servicios prestados.</p> <p>Educación, auditoría, investigación.</p> <p>Llevar la práctica clínica a la investigación.</p>
Enfermería	<p>Conocimiento de la patología.</p> <p>Trabajar y colaborar con el equipo multidisciplinario.</p> <p>Coordinación de la atención al paciente.</p> <p>Prevención de complicaciones.</p> <p>Observación periódica de las características claves: movilidad, Cuidado de vías respiratorias, integridad de la piel.</p> <p>Interacción con los familiares y el paciente.</p>

Fisioterapia	<p>Evaluación, planificación y puesta en marcha del programa de rehabilitación que fue ordenado por el médico rehabilitador. Identificar impacto del dolor en la vida del paciente y el potencial que se espera mejorar.</p> <p>Evaluación de tono muscular, alineación corporal, y ubicación visuo espacial.</p> <p>Mejoría del equilibrio, marcha, traslados, movilizarse en escaleras.</p> <p>Organizar el plan de rehabilitación encaminado a la mejoría funcional del paciente, aplicación de medios físicos: Frio, calor, Tens, etc</p> <p>Vigilar que se cumplan las metas propuestas.</p> <p>Educación a familiares y paciente.</p>
Terapia ocupacional	<p>Usar el análisis de actividad identificando las limitaciones que presenta el paciente secundario al dolor.</p> <p>Evaluación de las competencias que afectan en la actividad: Sensoriomotor, cognitivo, perceptual y deterioro psicosocial.</p> <p>Evaluación de las actividades de la vida diaria y del entorno social.</p> <p>Ayudar a cada paciente a lograr al mayor grado de independencia funcional dentro del entorno en que se desenvuelve.</p> <p>Promover el uso de un propósito para cada actividad.</p> <p>Enseñanza de las estrategias a paciente y familiares.</p> <p>Evaluación de los sistemas de posicionamiento y ortésis.</p>
Trabajo social	<p>Conocimiento del caso.</p> <p>Evaluación del entorno social del paciente.</p> <p>Acompañamiento del proceso.</p> <p>Evaluación de los logros.</p> <p>Determinar el momento que se requiere mayor ayuda del sistema de salud.</p>

Psicología clínica	<p>Evaluación neuropsicológica detallada del comportamiento, deterioro intelectual y cognitivo, funcionamiento diario, relaciones interpersonales y problemas emocionales.</p> <p>Enseñanza de nuevas habilidades y retoma de las perdidas.</p> <p>Detección y manejo de depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, perturbaciones en el estado de ánimo relacionado con el dolor.</p> <p>Correlación con el equipo multidisciplinario, determinando los objetivos y haciendo un seguimiento objetivo de estos.</p> <p>Capacitación a los demás miembros del grupo.</p> <p>Educación a los familiares.</p>
Nutrición	<p>Hacer un diagnóstico nutricional.</p> <p>Evaluar las necesidades nutricionales.</p> <p>Determinar el uso de alimentos específicos, suplementos según sea necesario.</p> <p>Asesoramiento a familiares y pacientes sobre la dieta a seguir.</p> <p>Buscar el control de otras comorbilidades: Diabetes, Dislipidemia, hipertensión arterial.</p>

La historia clínica incluye las características propias del dolor: Aparición, tiempo de evolución, eventos precipitantes, lugar, tipo de dolor, intensidad, factores que generan alivio y factores agravantes, con un enfoque adicional en el dolor relacionados con **cambios funcionales**.

El análisis de la función puede variar dramáticamente dependiendo de las características individuales del paciente (Edad, ocupación, actividades lúdicas y comorbilidades médicas).

Existen una serie de test y escalas específicas que permiten registrar de manera objetiva la situación del paciente en cada momento facilitando la observación de cambios evolutivos. En Rehabilitación, una especialidad que carece de

procedimientos diagnósticos de alta especificidad, las escalas de valoración funcional constituyen una de las principales herramientas de diagnóstico.

En la valoración de Medicina Física y Rehabilitación se deben incluir la mayor cantidad de escalas posibles para hacer más objetivo el resultado. Estas escalas de valoración funcional vuelven más precisa la valoración clínica permitiendo expresar los resultados de un modo objetivo y cuantificable. Deben ser válidos, (Miden realmente aquello para lo que están destinados), reproducibles o capaces de obtener el mismo resultado en mediciones repetidas en ausencia de variabilidad clínica y, ser sensibles a los cambios clínicos. Es conveniente que además sean prácticas, sencillas y estandarizadas, con un método claro de administración y puntuación.²

Un examen musculoesquelético fisiátrico incluye la valoración del área del dolor, estructuras óseas, cartílago, articulaciones, ligamentos, tendones, bursas, los nervios y la piel. Igualmente es importante incluir un examen de la postura, fuerza, equilibrio y la marcha, así como los rangos de movimiento articular.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES:

Una vez realizada la historia clínica completa con el examen físico detallado se llevará a cabo la respectiva prescripción de las intervenciones que se consideren necesarias para el manejo del dolor del paciente. Ya sea farmacológica, terapias, ortésis, etc.

No olvidar que las desviaciones de la marcha en un área por lo general afectan otras áreas del cuerpo. Por ejemplo, un pie plano puede afectar a las fuerzas en la rodilla y la cadera durante la marcha. Una flexión excesiva de la cadera puede generar cambios en la lordosis lumbar excesiva con extensión de la columna lumbar en relación con el sacro y la pelvis y puede exacerbar cuadros de dolor lumbar¹³.

El uso de ortésis para mejorar el patrón de marcha, principalmente en aquellos pacientes con lesiones neurológicas centrales (Secuelas de

evento cerebro vascular), lesiones de nervio periférico; estas con o sin la presencia de dolor, está ampliamente recomendado. Recomendación A.

El uso de aditamentos para la marcha, que sirven para mejorar la cadencia, estabilidad, equilibrio, disminución del riesgo de caídas tipo: Bastones convencionales, Bastones canadienses, caminadores. Se han relacionado con una mejor alineación del segmento sagital y disminuyen el dolor axial. Recomendación A.

Los agentes físicos y el ejercicio son las herramientas terapéuticas en la medicina física, los cuales tienen mínimo o nulo efecto adverso, no hay interacciones ni dependencia física. Actúan modulando el dolor a nivel de la médula espinal, alterando la conducción nerviosa, incrementando los niveles de endorfinas, y de forma indirecta por disminución de la sensibilidad del huso neuromuscular. Por su naturaleza multidimensional es necesario el tratamiento holístico en el dolor crónico. Todas estas herramientas son útiles para el paciente con dolor: Frio, calor, Tens, etc. Recomendación B.

El ejercicio es una terapia activa que desempeña un papel clave en el tratamiento del dolor, siendo uno de los tratamientos más prescritos en los dolores crónicos. Es una terapia sencilla de realizar y barata, incluye ejercicios específicos individualizados para cada paciente y ejercicios recreativos, como actividades deportivas. Buscando mejorar la capacidad aeróbica, el fortalecimiento y la resistencia muscular. El ejercicio aeróbico programado y supervisado, tiene beneficios cardiovasculares, así como la modificación de los valores de glicemia, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL. Además el ejercicio se relaciona con una mejor percepción y adecuación al dolor. Recomendación A¹⁰.

Se han descrito que aproximadamente el 4 - 6 % de los pacientes con dolor crónico reciben tratamiento con orto prótesis. La más prescrita fue la ortésis de tronco sacrolumbar, en relación con la causa más frecuente de consulta que es el dolor lumbar, en una población cuya edad media es de casi 60 años por lo que resulta difícil el fortalecimiento muscular tanto de abdomen como de musculatura paravertebral. Siendo otra estrategia efectiva para el manejo del dolor. Se indica que

debe ser una ortésis rígida, tomada bajo medidas individuales del paciente. Recomendación B.

CONCLUSIONES:

El enfoque de manejo de la medicina física y rehabilitación en tratamiento del dolor tanto agudo como crónico incluye un amplio espectro de estrategias. Siempre desde un punto de vista biopsicosocial. La evaluación incluye un examen físico diagnóstico y funcional. Incluyendo las áreas más globales de deterioro (es decir, marcha, el equilibrio y la fuerza) midiendo el impacto que la discapacidad genera en el paciente. Siempre dándose un enfoque de manejo Multidimensional y multidisciplinario con el médico tratante de la patología de base y los demás especialistas de la clínica del dolor. Se individualiza el manejo para dar la mejor atención que cada paciente requiere, las opciones de tratamiento incluyen terapia física, terapia ocupacional, la polifarmacia racional, ortésis, valoración del entorno social, nutricional y cambios en el estilo de vida, así como la educación en un plan casero que de continuidad al tratamiento ofrecido.

Los objetivos del tratamiento en general, enfatizan en lograr analgesia, mejorar el funcionamiento y la reinserción a las actividades laborales, recreativas o de ocio (es decir, la comunidad actividades y deportes). El progreso en todas las terapias requiere una estrecha vigilancia por y comunicación constante entre los miembros del equipo de trabajo.

Bibliografía

1. La importancia del dolor en los Servicios de Rehabilitación, Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2009; 21: 72
2. Labor del médico rehabilitador dentro de una Unidad Multidisciplinar del Dolor, Rehabilitación (Madr). 2007;41(2):67-72
3. Mirallas JA, Tomás J, Torralba F, Albaete M, Jordá M, Catalán J. Procesos más frecuentes y perfil clínico de los pacientes atendidos en un Servicio de Rehabilitación. Rehabilitación (Madr). 2002;36:78-85.
4. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva (Switzerland): WHO; 1980.
5. Paolinellig, Carlo et al. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación.: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. Rev. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, n.1, pp. 23-31.
6. Physical Medicine Rehabilitation Approach to Pain, Steven P. Stanos, James McLean, Lynn Rader, Med Clin N Am 91 (2007) 57-95
7. Waddell G, Main CJ. Illness behavior. Edinburgh (UK): Churchill Livingstone; 1998.
8. Miralles R., Miralles I., Biomecánica Clínica de las Patologías del Aparato Locomotor. Ed. Elsevier, España 2007
9. Perry Jaquelin, Gait Analysis, Normal and Pathological function. 1992
10. Brukner P, Kahn K. Clinical sports medicine. 2nd edition. McGraw Hill; 2001.
11. Julio borges i, el examen neurologico 2 edición. manual moderno
12. McCahon S, Strong J, Sharry R, et al. Self-report and pain behavior among patients with chronic pain. Clin J Pain 2005;21(3):223-31.
13. Barr KP, Griggs M, Cadby T. Lumbar stabilization: core concepts and current literature, part 1. Am J Phys Med Rehabil 2005;84(6):473-80.