

Tratamiento interdisciplinar del dolor crónico en pacientes lesionados medulares. Resultados preliminares a propósito de tres casos

M.D. SOLER¹, J. SAURI¹, A. ROMERO¹, M. OCHOA¹, J. VIDAL¹, LL. CURCOLL¹ Y J. MOIX²

RESUMEN

El dolor tras una lesión medular es un reto pendiente de resolver para los profesionales de la salud. El hecho de que los factores psicológicos más que los físicos parecen estar más asociados con la cronificación y gravedad del dolor en los pacientes con lesión medular va a favor de la aplicación de programas interdisciplinares en esta población. El objetivo del presente estudio consistirá en evaluar los resultados de un programa interdisciplinar del dolor que pueda contribuir a mejorar la calidad del sueño, humor, satisfacción vital y disminuir la repercusión del dolor en la vida cotidiana en personas con una lesión medular y dolor crónico.

Palabras clave: Lesión medular. Programa interdisciplinar del dolor. Dolor crónico.

ABSTRACT

Pain following spinal cord injury is makes a challenge of solving for the professionals of the health. The fact that psychological factors more than physiological seem to be associated with the severity of pain in the patients with spinal cord injury speaks in favor of the development of interdisciplinary programs in this population. The objective of the present study is to asses the results of a interdisciplinary pain management programme that could contribute to improve the sleep quality, mood, life satisfaction and to diminish the repercussion of the pain in the daily life in people with a spinal cord injury and chronic pain.

Key words: Spinal cord injury. Pain management programme. Chronic pain.

¹Hospital de Neurorrehabilitación Instituto Guttmann
Instituto Universitario adscrito a la UAB
Badalona, Barcelona

²Grupo de Investigación en Estrés y Salud
Universidad Autónoma Barcelona
Barcelona

Dirección para correspondencia:

M.^a Dolores Soler
Unidad de Lesionados Medulares
Hospital de Neurorrehabilitación Instituto Guttmann
Instituto Universitario adscrito a la UAB
Camí de Can Rutí s/n
08916 Badalona, Barcelona
E-mail: dsoler@guttmann.com

INTRODUCCIÓN

En España, la incidencia de la lesión medular (LM) traumática es de aproximadamente 20 casos por cada 1.000.000 habitantes y año (aproximadamente 1.000 personas al año). A estos datos se le debe añadir las LM de origen médico (vascular, tumoral, infeccioso, etc.), que representan aproximadamente un 25% del total. Concretamente, en Cataluña se producen cada año entre 140 y 160 nuevos casos de lesión medular.

La LM implica una serie de importantes secuelas médicas (parálisis, disfunción del control de esfínteres, disfunción sexual,...). El dolor crónico es también una secuela frecuente tras una LM. Los resultados de recientes estudios muestran una alta incidencia de dolor, estimando una prevalencia de hasta un 65% en el primer año posterior a la LM¹⁻⁵, llegando a alcanzar un 82,7% a los 25 años².

Pese a considerarse que la pérdida funcional es la consecuencia más grave de una LM, el dolor también tiene una influencia directa en la capacidad de aquellos que sufren este tipo de lesiones para recuperar su nivel óptimo de actividad⁶, repercutiendo esto, en el transcurso del tiempo, en su calidad de vida^{4,7,8} e interfiriendo en sus actividades de vida diaria y funcionamiento físico, incluyendo el sueño⁹⁻¹¹. Así, el dolor es un factor debilitante que acompaña a las lesiones de médula espinal e impone una pesada carga a los pacientes que ya han sufrido un grave trauma emocional y físico.

El dolor en la población de lesionados medulares es heterogéneo y muchas personas experimentan simultáneamente más de un tipo de dolor¹¹. Los estudios han mostrado que las personas tras una LM comúnmente desarrollan dolor musculoesquelético y/o dolor neuropático que se presenta a nivel o por debajo de la LM. A pesar del incremento en el conocimiento de los mecanismos neurofisiológicos que son responsables de estos diferentes tipos de dolor observados tras una LM^{7,12} y el desarrollo de nuevas terapias farmacológicas, el fenómeno doloroso continúa siendo un reto no resuelto para los servicios de salud^{13,14}.

Históricamente, los antidepresivos, especialmente los tricíclicos, han sido considerados el fármaco de primera elección en el tratamiento del DN tras una LM basado en la experiencia de casos clínicos¹⁵. Desafortunadamente, no existe evidencia clínica de la eficacia del tratamiento con antidepresivo en el dolor crónico¹⁶.

Los anticonvulsivos, sobre todo la gabapentina, se emplean actualmente como tratamiento de primera elección. En un reciente ensayo clínico, los resultados indicaron que la gabapentina era más efectiva que el placebo en el dolor neuropático en personas con lesiones dorsales completas¹⁷. Sin embargo, otros convulsivos no han demostrado su eficacia en ensayos clínicos en este tipo de dolor y pacientes^{18,19}.

Los analgésicos que se emplean generalmente en los problemas de dolor musculoesquelético, como los analgésicos no opioides (paracetamol, otros antiinflamatorios no esteroideos) no tienen beneficios en el alivio del dolor neuropático. Los opioides orales han demostrado su eficacia en el dolor neuropático central²⁰, aunque su empleo tiene un uso controvertido, especialmente en personas con LM, las cuales son particularmente sensibles a los efectos secundarios de los opioides, como es el estreñimiento.

En la literatura encontramos que la medicación empleada en los lesionados medulares para tratar el dolor es típicamente alta²¹ y que el grado de satisfacción con los tratamientos es moderado-bajo²². El resultado de estos datos muestran que el tratamiento farmacológico del dolor tras una LM aún está lejos del ideal.

Con el paso del tiempo, el efecto del dolor crónico en el paciente, sea cual sea la causa, tiende a ser más insidioso que el dolor agudo, dado que afecta más profundamente al estado de ánimo del individuo, a sus relaciones con el entorno y a su capacidad para disfrutar de lo que le rodea. Algunas personas con dolor crónico experimentan en un porcentaje elevado depresión, problemas de sueño, fatiga y disminuye su rendimiento físico en general^{9,23,24}.

Cuando se comparan personas con similares tipos de dolor y enfermedad, vemos que las personas con dolor crónico difieren significativamente en sus niveles de estrés psicológico y discapacidad generada por el dolor²⁵. La teoría cognitivo-conductual del DC, basada en un modelo biopsicosocial del dolor, hipotetiza que un factor fundamental (pero no exclusivo) que explica estas diferencias individuales en la adaptación al dolor crónico son las variables psicológicas^{26,27}. De acuerdo con esta teoría, los pensamientos de la persona relacionados con el dolor, sus creencias y conductas de afrontamiento juegan un papel causal en determinar cómo se adaptará al dolor, incluyendo el distrés psicológico, conductas de dolor y consumo de recursos sanitarios²⁸. Son numerosos los estudios que han mostrado que los pensamientos relacionados con el dolor, creencias y estrategias de afrontamiento están asociados con la

intensidad percibida del dolor, funcionamiento físico y psicológico y grado de discapacidad^{24,28,29}.

Más apoyo a este modelo cognitivo-conductual del dolor viene dado por los estudios que han examinado la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en el dolor (*Cognitive-behavioral therapy*, CBT). Este tipo de intervención psicológica va dirigida a identificar y cambiar cogniciones maladaptativas y creencias sobre el dolor y a promover el empleo de estrategias conductuales adaptativas³⁰. La CBT a veces puede aplicarse sola, pero frecuentemente forma parte de un programa interdisciplinar general que contempla componentes físicos, conductuales y cognitivos.

La intervención interdisciplinar en el dolor crónico ha probado su efectividad clínica para abordar esta problemática³¹⁻³⁴. En el metaanálisis realizado por Flor H³¹ se muestra que este tipo de programas son efectivos para reducir el dolor, la discapacidad generada por el mismo y el cuadro de depresión que se presenta con frecuencia. En una variedad de población donde el DC es el problema primario, este tipo de intervenciones han resultado más efectivas en la mejora física y funcionamiento psicológico al compararlo con grupos control (lista de espera)^{27,35}. En un estudio piloto en una población heterogénea de personas con discapacidad física³⁶ el CBT aislado mostró que reducía la ansiedad, depresión y también la intensidad del dolor. Muy recientemente, Norrbrink Budh³⁷ ha demostrado cómo el tratamiento interdisciplinar en una población de LM reduce la ansiedad, mejora la calidad de vida y su calidad del sueño al compararlo con un grupo control.

El dolor, sobre todo el dolor neuropático, tras una LM continúa siendo un reto pendiente de resolver para los profesionales de la salud. El hecho de que los factores psicológicos más que los físicos³⁸ parecen estar más asociados con la cronificación e intensidad del dolor en los pacientes con LM va a favor de la aplicación de programas interdisciplinares en esta población. Desde el momento en que el dolor crónico afecta a la persona en su integridad, su tratamiento debería lógicamente utilizar una aproximación holística. De este modo, el objetivo principal de este estudio será evaluar la eficacia de una intervención terapéutica interdisciplinar en el control del dolor en una población de sujetos con LM. Los objetivos generales serán la reducción de la intensidad del dolor, disminuir la depresión y aumentar el bienestar psicológico. Para cada paciente se establecerán además unos objetivos concretos que dependerán de la idiosincrasia de cada sujeto.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

Este estudio preliminar se deriva de un programa actualmente en curso del que se han seleccionado tres casos que reflejan un amplio abanico de las problemáticas encontradas.

Los pacientes que participaron en el programa eran pacientes que acudieron a la visita médica y que presentaban dolor crónico benigno.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Presentar dolor crónico benigno relacionado directamente con la LM.
- Presentar malestar emocional (moderado-intenso: evaluado con escala IBP).
- Presentar interferencia del dolor en actividades de vida diaria (sueño, relaciones sociales, humor, actividades diarias generales, etc.: puntuaciones superiores a cinco a partir del cuestionario CBD).
- Motivación para mejorar funcionalmente.
- No presentar alteraciones cognitivas graves ni trastornos psiquiátricos graves ni adicciones.
- Poseer un nivel medio de comprensión lectora y oral.
- No tener programadas intervenciones médicas específicas.
- Facilitar consentimiento por escrito para participar en la investigación.

Se escogieron estos tres casos:

- El primer caso, la Sra. DV, de 58 años de edad, padece una tetraparesia espástica secundaria a siringomielia cervical.
- El segundo caso, el Sr. MP, de 46 años de edad, con un diagnóstico de tetraplejia a nivel de C-4 y C-5 secundaria a accidente de tráfico hacía nueve años.
- El tercer caso, el Sr. BB, paciente de 51 años de edad, afecto de una paraplejia –síndrome medular transversal completo por debajo de D-12, ASIA A– secundario a fractura de D-11 D-12 que se ocasionó en accidente laboral hacía 15 años.

Tabla 1. Contenido programa multidisciplinar. Esquema del programa

Técnicas físicas	
– Intervención fisioterapéutica:	<ul style="list-style-type: none"> – Electroterapia antiálgica – Vibromasaje – Estiramientos musculotendinosos – Introducir y potenciar el ejercicio físico y deporte – Higiene postural, mecánica corporal (ergonomía) – Revisión del uso de ayudas técnicas – Yoga
Programa psicoeducativo	
– Intervención médico rehabilitador:	<ul style="list-style-type: none"> – Fisiología del dolor, sistema inhibitor endógeno, del dolor, función analgésicos, interacción medicación, pautas, manejo de los efectos secundarios
– Enfermería:	<ul style="list-style-type: none"> – Dieta y dolor – Cuidado personal
– Intervención psicología:	<ul style="list-style-type: none"> – Mecanismos del dolor y SNC – Estrés y dolor: relajación (Jacobson, Schulz, respiración diafragmática). Estrategias atencionales dolor y actividades: ciclo dolor-miedo-conductas evitación, organización actividades vida diaria, reestructuración cognitiva (catastrofismo) – Higiene del sueño – Plan para afrontar las recaídas – Sexualidad
– Trabajadora familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Estilo de vida y actividades

Procedimiento

Los pacientes fueron evaluados y diagnosticados previamente por un médico rehabilitador. Todos ellos seguían un tratamiento farmacológico estándar para el dolor. También fueron evaluados desde el punto de vista psicológico y fisioterapéutico. A partir de estas evaluaciones se obtuvo información pormenorizada sobre el dolor, su curso, factores agravantes y estatus funcional (movilidad, actividades de vida diaria, limitaciones físicas, etc.), así como su estado emocional, su percepción de bienestar psicológico y sus actitudes frente el dolor.

Nuestro programa interdisciplinar del tratamiento del dolor combinó elementos de la terapia cognitivo-conductual (CBT), de la terapia física y del abordaje médico. En este programa intervinieron un médico, una enfermera, dos fisioterapeutas y dos psicólogos. Ver contenido del programa en la tabla 1.

El programa se diseñó con una duración de cuatro semanas, con una periodicidad de tres sesiones cada semana, teniendo una jornada de seis horas por día de programa. El programa se realizó en régimen ambulatorio. Cada día los pacientes siguieron un programa combinado de actividades tanto físicas como educativas y terapéuticas (Tabla 1). El último día de tratamiento, el paciente y el equipo se reunieron para analizar los progresos obtenidos. Aunque el

tratamiento se llevó a cabo de forma grupal, su desarrollo se adaptó a cada paciente partiendo de sus necesidades individuales, pactando previamente con cada uno de ellos aquellos aspectos u objetivos que requerirían más atención. A modo de ejemplo, para algún paciente los aspectos psicológicos o educativos fueron más relevantes, mientras que para otro la atención prioritaria se situó en una reorientación farmacológica, en una educación sanitaria o en la rehabilitación física.

Tratamiento

Nuestra experiencia clínica nos recomendó que antes de iniciar el proceso de tratamiento se estableciera una charla con el paciente sobre los objetivos terapéuticos. Fue importante orientar las expectativas del paciente para poder fijar objetivos realistas al programa que en la mayoría de casos en la población de lesionados medulares serían los siguientes: reducir el dolor cuando no es posible su eliminación, mejorar el funcionamiento físico y la actividad diaria, corregir posturas antiálgicas, mejorar el estado de ánimo y su ritmo de sueño, educar al paciente sobre su dolor para tener mayor sensación de control sobre este síntoma y estimular el desarrollo de estrategias de afrontamiento positivas.

La intervención educativa sobre aspectos de dolor fue un aspecto básico en nuestro abordaje que se realizó de manera formal tanto por el médico, la enfermera y el psicólogo. El objetivo final fue que el paciente adquiriera un sentido de control sobre su dolor, potenciar su adherencia a los distintos tratamientos y adquirir hábitos de autocuidado más saludables.

Desde la perspectiva médica, aunque el manejo de la medicación analgésica es inicialmente el foco de atención en el dolor agudo, una perspectiva farmacológica más racional se emplea en el tratamiento del dolor crónico. Esta aproximación busca simplificar y coordinar el conjunto de fármacos para lograr la analgesia, mejorar el humor y el sueño. La valoración y tratamiento médico incluyó una revisión del uso de los opioides y otras medicaciones que pudieran generar dependencia.

Desde la perspectiva de enfermería, su trabajo se encaminó a reforzar y educar al paciente para que éste obtuviera los conocimientos necesarios para llevar unos hábitos de vida sanos y conductas adecuadas que le ayudasen a disminuir los problemas que pudieran aumentar la sensación y percepción dolorosa. El mal descanso nocturno, el estreñimiento, las infecciones urinarias y la mala alimentación intensifican la experiencia del dolor. Es habitual encontrar que una conducta no sana aumenta notablemente el dolor del paciente; claro ejemplo de ello es el estreñimiento. Por ejemplo, una evacuación ineficaz y dificultosa aumenta las molestias de tipo nociceptivo que pueden incrementar la incomodidad del paciente. El objetivo de la intervención fue evaluar las características de cada paciente, dar información y pautas educativas a los pacientes para mejorar sus hábitos de autocuidado.

La intervención por parte de psicología se basó en los principios de la terapia cognitivo-conductual (CBT). Esta modalidad de tratamiento se utiliza de forma generalizada en otros centros dedicados al tratamiento del dolor crónico, sobre todo en EE.UU., y la eficacia de su intervención ha sido demostrada³⁹. De acuerdo con esta teoría, las cogniciones de los individuos sobre el dolor, las creencias y conductas de afrontamiento pueden jugar un papel importante en la adaptación a este problema²⁸. Este tipo de intervención tiene cuatro componentes básicos: educación, reconceptualización del problema, adquisición de estrategias o recursos de afrontamiento y mantenimiento de éstas.

La aplicación de estas técnicas cognitivas-conductuales en la población de pacientes con lesión medular requiere de algunas adaptaciones para su aplicación. De este modo, si en las estrategias cog-

nitivas (p. ej., educación sobre el dolor, reestructuración cognitiva) no se requieren modificaciones, las técnicas de relajación (respiración, relajación muscular, instrucciones de imaginación) sí necesitan ser adaptadas en cada caso. Los ejercicios de respiración profunda que sirven de base para todos los ejercicios de relajación enfatizan un ritmo respiratorio lento, profundo, regular y que la persona tome conciencia de la inspiración y expiración. Para individuos con una lesión cervical alta, los cuales tienen un compromiso en su capacidad respiratoria, estos ejercicios de respiración profunda no son posibles. En estos casos, se puede enfatizar la atención en el cambio de ritmo respiratorio al estar ansioso y cómo poder reducir la velocidad de éste. Los ejercicios de relajación progresiva muscular también requerirán de adaptación en función del nivel funcional del paciente.

Habitualmente, los programas interdisciplinarios implican estrategias para incrementar el reducido nivel de actividad observado en personas con dolor crónico. La propia discapacidad física en sí misma puede condicionar un estilo de vida menos estimulante y activo. Compensar estos déficits requiere del individuo la dedicación de un tiempo, de una energía y de unos recursos tanto personales como familiares. Dado que el nivel de actividad fue una de las metas terapéuticas propuestas en nuestro programa de dolor, en el momento de proponer los objetivos, éstos se basaron en el nivel funcional de la persona, su estado físico y de salud general. Las horas que pasaba en cama la persona o las salidas que realizaba fuera de casa se emplearon para monitorizar el nivel de actividad. Si el nivel de discapacidad implicaba que la persona dependiera de terceras personas para salir o incrementar las salidas, se tuvieron que consensuar con el cuidador unos objetivos realistas y prácticos.

Instrumentos

Para evaluar la efectividad del tratamiento, se evaluaron a los pacientes previamente al tratamiento al finalizar éste y a los seis meses. Se emplearon los siguientes cuestionarios para evaluar el dolor y su repercusión emocional y en las actividades de la vida diaria:

- Intensidad del dolor. La intensidad del dolor fue evaluada utilizando la escala de puntuación numérica (EN)⁴⁰, en la cual el sujeto puntúa con un 0 no dolor y con un 10 el dolor más intenso imaginable, disponiendo del resto de la escala para valorar su grado de dolor.

- Índice de bienestar psicológico (*The psychological Well-Being Index*). El IBP^{41,42} incluye 22 ítems agrupados en seis dimensiones: ansiedad, depresión, autocontrol, sentimiento de bienestar, vitalidad y estado general. Cada ítem puede ser respondido en una escala Likert con seis categorías de respuesta que representan diferentes grados de intensidad o frecuencia del ítem en la última semana. La puntuación total puede ir de 22 (grave malestar) a 132 (bienestar positivo), y también pueden obtenerse puntuaciones para cada dimensión.
- Cuestionario breve del dolor. El CBD^{43,44} consta de dos dimensiones: intensidad del dolor (4 ítems) e «interferencia en las actividades» (7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa con una EN que va de cero (ausencia de dolor/interferencia en la vida diaria) a 10 (peor dolor imaginable/afectación máxima en la vida diaria).
- Cuestionario de satisfacción con el programa. Se elaboró un cuestionario con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción con el programa en general (con la ayuda recibida y el esfuerzo personal realizado), las expectativas del paciente en relación con el contenido del programa, la percepción de eficacia del tratamiento en varios posibles síntomas y su evaluación sobre los diferentes profesionales que intervinieron.

RESULTADOS

Caso 1 (Fig. 1)

La Sra. DV describió un dolor permanente en forma de cinturón opresivo por debajo del pecho que puntuaba con un EN 8/10. Presentaba crisis dolorosas en forma de descargas eléctricas en la EID con una frecuencia de 11 a 20 descargas al día y con una EN 7/10. A nivel cervical se diagnosticó una tendinitis (EN = 7/10). Presentaba limitaciones articulares a nivel de la articulación glenohumeral, le faltaban los últimos grados de flexión y presentaba también contracturas musculares en los trapecios superiores. Tomaba la siguiente medicación: seroxat, valium. El dolor interfería en las actividades de la vida diaria, empeoraba al estar de pie y realizar tareas del hogar como planchar y barrer, entre otras. Presentaba estreñimiento y el dolor interfería en el ritmo de sueño. Se mostraba muy responsable y autoexigente en sus tareas domésticas. Se mostró como una persona fuerte, que intentaba esforzarse para mantener un estilo

de vida activo a pesar del dolor y de su discapacidad. Tenía dificultades para reconocer sus limitaciones físicas, detectándose sobreesfuerzos y conductas compensatorias para mantener su estilo de vida previo a la lesión que estaban incidiendo en su tensión muscular y fatiga. En cuanto al estado de ánimo y cogniciones, el dolor era una fuente importante de estrés, sobre todo su percepción de falta de control sobre el dolor (crisis de dolor), presentando pensamientos catastrofistas que se asociaban a incrementos de ansiedad y dolor.

Objetivos de tratamiento. Se planteó incidir en el dolor de hombro izquierdo y disminuir la tensión a nivel de trapecios; pauta de ejercicios de mantenimiento y de estiramientos para realizar en casa y potenciación e incremento de la actividad física. Se añadió neurontín al tratamiento farmacológico. Se educó a la paciente sobre técnicas y ritmo de evacuación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva para trabajar pensamientos catastrofistas, planificación y diversificación de actividades diarias e higiene del sueño.

Resultados. En general, la Sra. DV se implicó de manera considerable con el tratamiento psicoeducativo y cognitivo conductual. Se benefició del programa de removilización en rehabilitación funcional. Pudo comprobar que el dolor podía estar asociado a los sobreesfuerzos, desencadenando períodos cada vez más largos para recuperarse, más fatiga y tensión. Se le ayudó a organizar su dinámica diaria para equilibrar el nivel de actividad, espaciando las actividades y regulando sus esfuerzos. Durante el tratamiento se reguló el ritmo sueño-vigilia, aprendió a relajarse, a tomar conciencia de qué cosas incrementaban su dolor (ansiedad, tristeza) y se intervino a nivel familiar para no potenciar el refuerzo de conductas de dolor. En general, la paciente mejoró en cuanto a su percepción de control del dolor, manifestando una disminución de la intensidad del dolor.

Al finalizar el tratamiento, la paciente afirmó que el programa le había enseñado a utilizar mejor habilidades y formas de afrontar su dolor. Manifestó estar muy satisfecha con el programa y que incluso el tratamiento le había ayudado a resolver otros problemas más allá del propio dolor (problemas con los miembros de la familia en cuanto a distribución de tareas domésticas). A los seis meses tras finalizar el tratamiento, la paciente manifestó: «Antes el dolor me controlaba a mí y ahora soy yo la que lo controlo...». Había incrementado su nivel de actividades, la calidad del sueño mejoró y practicaba de forma regular los ejercicios de relajación.

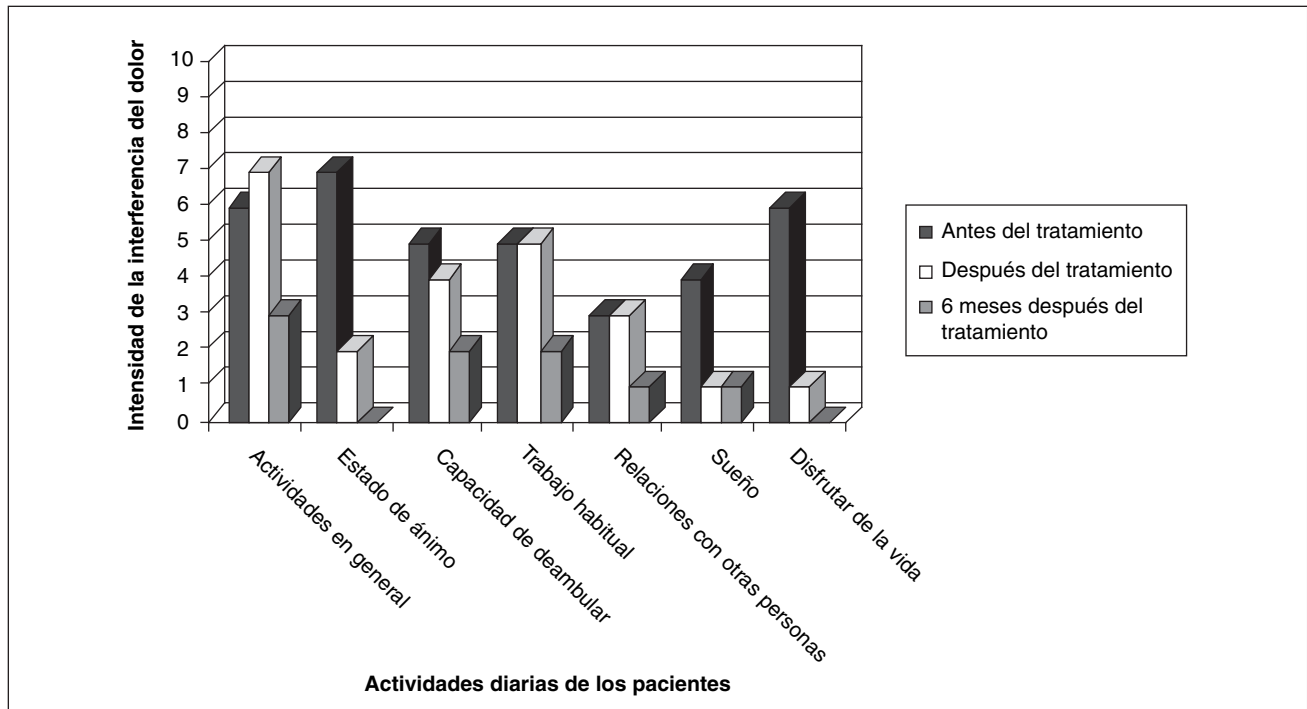


Figura 1. Evolución de los resultados del CBD en el caso 1.

Caso 2 (Fig. 2)

El Sr. MP presentaba un cuadro de dolor mixto (neuropático y mecánico) de unos nueve años de evolución. Describió un dolor permanente en forma de cinturón a la altura del pecho, descrito como opresión y de intensidad 4/10 y en escápula izquierda que calificaba EN 8/10, este último probablemente secundario a sobreutilización de la extremidad superior. Presentaba alodinia al tacto en la parte superior de la escápula izquierda y desde la parte superior del pecho hasta el hombro izquierdo. Ambos calificados con un 8/10 (EN). Tomaba la siguiente medicación: valium, adolonta retard, neurontín, trileptal. Presentaba insomnio de mantenimiento. El dolor incidía negativamente en su percepción de bienestar psicológico. Su actividad diaria se ceñía al uso del ordenador (durante cinco-seis horas al día), dentro del ámbito doméstico. A causa del dolor, su vida social se había ido limitando cada vez más, relacionándose en el momento de la evaluación únicamente con su familia y cuidadora. Su expectativa sobre el manejo del dolor la depositaba únicamente en el control farmacológico.

Objetivos de tratamiento. Se recomendó incrementar progresivamente la dosis de neurontín a 600 mg/8 h y reducir hasta suspender la pauta de trileptal. Se acordó controlar la evolución durante su estancia

y valorar la infiltración de toxina botulínica en el hombro si no cedían las molestias, incidir a nivel del dolor de escápula izquierda mediante terapia física y manual; estudiar las ayudas técnicas para la utilización del ordenador y estudio ergonómico; establecer una pauta de trabajo de flexibilidad de la cintura escapular, aprendizaje de técnicas de relajación muscular, técnicas cognitivas para modificar ciclo miedo-conductas evitación/inactividad y potenciar el incremento y diversificación de actividades, potenciando más salidas sociales.

Resultados. El paciente MP se implicó de forma notable en el programa. Se realizó estudio de ayudas técnicas (incorporó el uso de un ratón de control facial para el ordenador) y ergonomía general. Se benefició del entrenamiento en relajación progresiva y tomó conciencia de posturas tensionales en hombros y de sobrecarga muscular, sobre todo en el manejo del ordenador. En general, el paciente mejoró en cuanto a la percepción del dolor y se observó una mejora en su percepción de bienestar psicológico (Tabla 1), a pesar de que continuaba refiriendo una intensidad de dolor elevada. Estos beneficios del tratamiento se mantuvieron a los seis meses. Valoró de forma satisfactoria el programa y percibió que se le había enseñado a utilizar mejor habilidades o formas de afrontar su dolor.

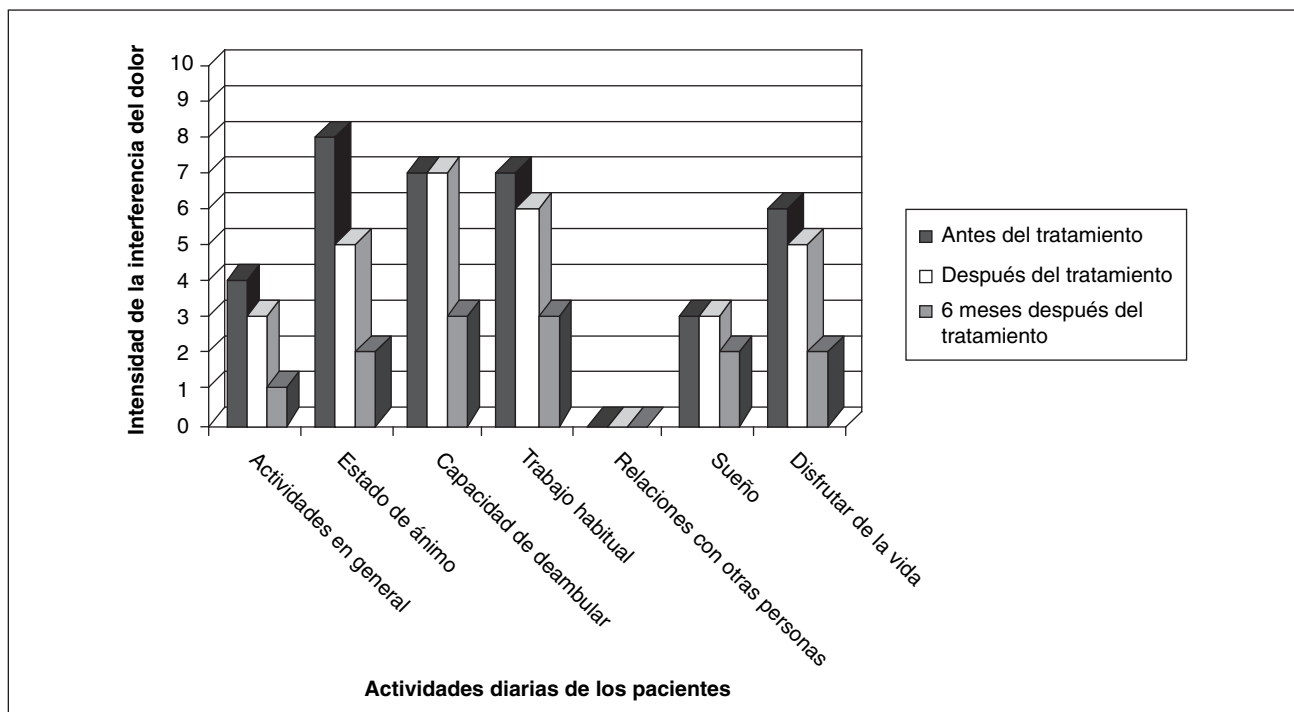


Figura 2. Evolución de los resultados del CBD en el caso 2.

Caso 3 (Figs. 3, 4 y 5)

El Sr. BB describió un dolor de características neuropáticas con crisis paroxísticas (descargas eléctricas), más de 20 al día, y un dolor permanente con sensación de quemazón y opresión en extremidades inferiores de 9/10. Tomaba la siguiente medicación: triptizol, rivotril, topamax, neurontín, adolonta retard. El dolor le interfería en las actividades de vida diaria. Mantenía un rol de inactividad en el hogar y, en general, un estilo de vida muy empobrecido y poco estimulante. Se observaron ciertos elementos familiares que reforzaban las conductas de dolor y rol pasivo. Presenta una actitud apática, fatiga acusada y somnolencia marcada (efecto secundario de la medicación) durante el día, lo que reducía su capacidad de interactuar con el entorno y potenciaba su aislamiento social. Mostraba emociones negativas como miedo y ansiedad, impaciencia e irritabilidad y explicaba cómo esto repercutía negativamente en su entorno familiar. Era consciente de cómo sus síntomas de tristeza y ansiedad incrementaban su dolor. Presentaba pautas de alimentación poco estructuradas y estreñimiento. Tenía un importante problema de insomnio (ritmo invertido del sueño).

Objetivos de tratamiento. Se replanteó el abordaje farmacológico, primando la reducción progresiva de

medicación mórfica. Se indicó la introducción del vandral y se inició la retirada progresiva del topamax y reducción de la adolonta. El resto de medicación se mantuvo igual. Se planteó un incremento progresivo de las actividades físicas, establecer pautas de trabajo que *a posteriori* podría seguir en casa (trabajo de flexibilidad, potenciación de las extremidades superiores), mejorar la independencia a nivel de las actividades de vida diaria, educar a la paciente sobre técnicas y ritmo evacuacional e higiene del sueño y hábitos de autocuidado (alimentación), reforzando un estilo de vida más activo en su entorno doméstico dando pautas a nivel familiar.

Resultados. En general, el Sr. BB siguió de forma moderada el tratamiento psicoeducativo y cognitivo conductual. En las primeras sesiones mostraba una marcada somnolencia que fue remitiendo paulatinamente y que favoreció notablemente su interacción con el entorno. Se benefició del programa de removilización en rehabilitación funcional. Pudo comprobar que el aumento de la actividad no iba asociado al dolor, se mostró motivado en el incremento de actividades, aumentando su vigor físico y resistencia. Durante el tratamiento se reguló el ritmo sueño-vigilia, tomó conciencia de qué cosas incrementaban su dolor (ansiedad, tristeza) y se intervino a nivel familiar para no potenciar el refuerzo de conductas de dolor (inactividad, quejas) y propiciar conductas más saludables. Se

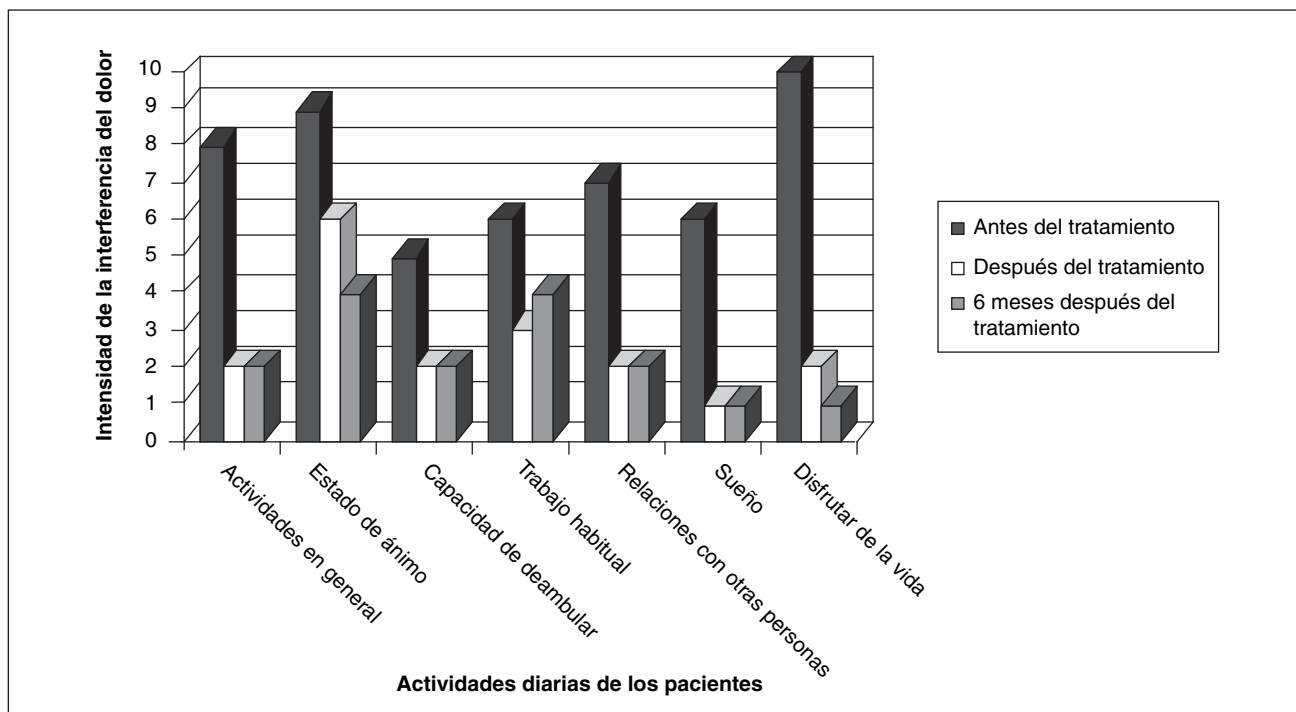


Figura 3. Evolución de los resultados del CBD en el caso 3.

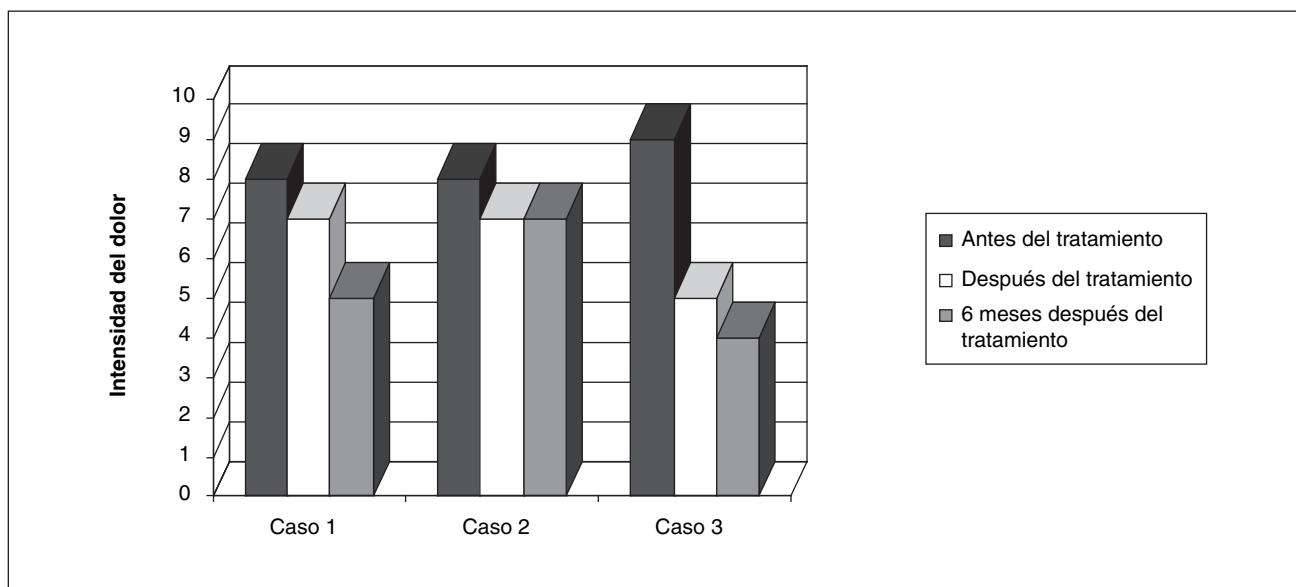


Figura 4. Evolución de la intensidad del dolor pre, post y a los seis meses del tratamiento.

consiguió reducir las dosis de medicación opiácea, que hacía 14 años que tomaba, pudiéndose monitorizar la reducción durante el tratamiento sin presentar problemas relevantes. Se disminuyeron de forma importante las crisis de dolor y su nivel de intensidad. También se observó una mejora en su percepción de bienestar psicológico (Tabla 1).

Al finalizar el tratamiento el paciente afirmó que el programa le había enseñado a utilizar mejor habilidades o formas de afrontar su dolor. Valoró positivamente la reducción de medicación, ya que esto le permitió reducir la somnolencia e interactuar más activamente con el entorno. A su vez, valoró satisfactoriamente el programa de actividades y el estí-

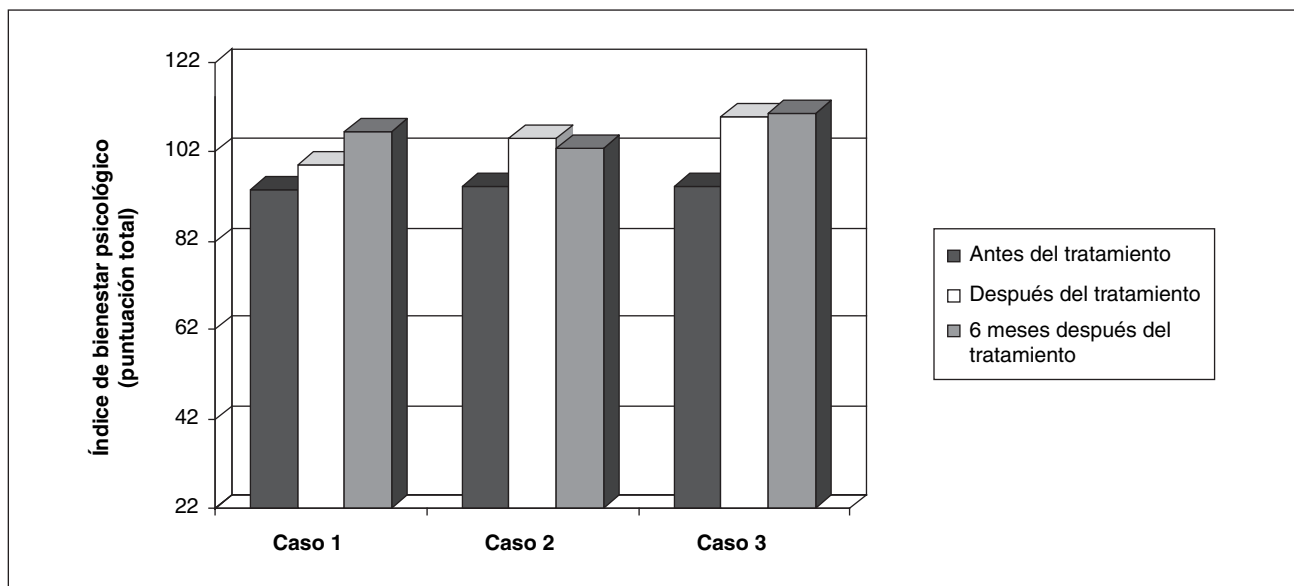


Figura 5. Evolución de la percepción de bienestar psicológico pre, post y a los seis meses del tratamiento.

mulo y distracción que le reportaron, motivándolo al alta, a proseguir un estilo de vida más activo.

DISCUSIÓN

Si bien se trata de un estudio preliminar de tres casos, los resultados obtenidos sugieren que un programa de intervención interdisciplinar en el dolor crónico tras una LM puede ser beneficioso en la mejora de la percepción de bienestar psicológico, la mejora de la calidad del sueño y funcionamiento físico general.

Coincidiendo con la literatura previa³⁷ este tipo de tratamiento no ayuda en todos los casos a reducir significativamente la intensidad del dolor. El punto central de la mejora de este tipo de tratamiento va más allá de la mera reducción del dolor, buscando ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida en general. Creemos que si se pueden mejorar aspectos como la calidad del sueño, aumentar el estilo de vida o mejorar la percepción de bienestar psicológico, éstos son cambios relevantes y significativos que reducen el sufrimiento y la discapacidad asociados al dolor.

La percepción de bienestar psicológico de todos los participantes mejoró notablemente. Analizando las subescalas del cuestionario IBP, a nivel general se redujo el nivel de ansiedad y de depresión de los pacientes y mejoró su percepción de vitalidad. Estos

datos coinciden con resultados de anteriores tratamientos similares en poblaciones de personas con discapacidad física^{36,37}. El miedo al dolor⁴⁵ y el nivel de ansiedad⁴⁶ se han asociado a niveles de dolor más intensos. Las cogniciones catastrofistas¹³ y la falta de control e indefensión sobre la situación de dolor también se han asociado a mayor intensidad del dolor y mayor interferencia del dolor en el nivel de actividad. Este tipo de tratamiento tiene una connotación básicamente rehabilitadora: educar y enseñar a vivir a la persona con su dolor, fomentando que ésta amplíe su repertorio de recursos para afrontarlo, más allá de la medicación como única opción. Por ejemplo: los beneficios de nadar, de la actividad física y cambios posturales, de las técnicas de relajación y masajes. A esto hay que añadir el aprendizaje de recursos cognitivos como son la reestructuración de pensamientos negativos relacionados con el dolor, lo cual fomenta la percepción de mayor control sobre la situación, potencia conductas de afrontamiento activo, reduciendo los sentimientos de indefensión y catastrofismo.

La calidad del sueño mejoró en los tres pacientes. Los problemas de sueño son una queja frecuentemente en las personas que experimentan dolor crónico^{47,48}. Está generalmente aceptado que el dolor genera alteraciones del sueño y, a su vez, parece demostrarse que los problemas de sueño provocan un incremento de la sensibilidad al dolor, generándose de este modo una relación bidireccional que se retroalimenta⁴⁹. El diseño del programa, intensivo y de una cierta duración permitió introducir

cambios en el estilo de vida y de higiene del sueño, como son el incremento general en el ritmo de actividades, la supresión de hábitos como la siesta, que creemos contribuyeron eficazmente a fomentar y regular hábitos más saludables en el ritmo sueño-vigilia.

Pensamos que el hecho de que las mejoras se mantengan tras seis meses de finalizado el tratamiento indica que el tratamiento introduce factores positivos duraderos no ligados únicamente al contexto del propio tratamiento hospitalario (atención personalizada, refuerzo del grupo, etc.).

Al analizar aquellos factores que creemos que son relevantes en la consecución exitosa del tratamiento, distinguimos, entre otros, los siguientes:

- Por un lado, establecer para cada paciente y desde el inicio del tratamiento unas metas u objetivos de mejora, realistas y operativizables.
- En segundo lugar, potenciar que los cambios en los hábitos y el estilo de vida tengan una continuidad una vez acabado el tratamiento. Por ejemplo, en el caso del paciente BB fue necesario establecer un seguimiento periódico una vez se finalizó el tratamiento para ir monitorizando su evolución y posibles recaídas.
- El trabajo en equipo nos ha dado una visión más amplia y complementaria del caso, a la vez que una buena coordinación entre los profesionales trabajando hacia un objetivo común. Todo esto pensamos que ha facilitado la consecución de los objetivos.
- Finalmente, hemos podido comprobar que trabajar en grupos de pacientes implica compartir problemas, motivar al cambio y disminuir la sensación de aislamiento en este tipo de pacientes.
- Hemos podido comprobar que este tipo de tratamiento interdisciplinar tiene una serie de ventajas, como son el optimizar la evaluación, el diagnóstico, así como el poder ampliar las prestaciones ofreciendo un abanico más amplio de recursos al paciente para tratar este síntoma.

Esta experiencia permite sugerir que el tratamiento interdisciplinar puede ser una intervención beneficiosa en la mejora del bienestar psicológico en pacientes con dolor crónico asociado a la lesión medular. Pensamos que una manera más óptima de tratar el dolor crónico tras una LM es no sólo localizándonos en el síntoma de dolor sino en aquellos factores responsables o mantenedores de la condición de dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siddall PJ, Taylor DA, McClelland JM, et al. Pain report and the relationship of pain to physical factors in the first 6 months following spinal cord injury. *Pain* 1999;81:187-97.
2. Turner JA, Cardenas DD, Warms CA, McClelland CB. Chronic pain associated with spinal cord injuries: a community survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:501-8.
3. Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Yezierski RP. Relationships Among Clinical Characteristics of Chronic Pain After Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2001;82:1191-7.
4. Soler MD, Saurí J, Curcoll LL, Benito J, Opios E, Chamarro A, Vidal J. Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Rev Neurol en prensa*.
5. Cardenas DD, Bryce TN, Shem K, Richards JS, Elhefni H. Gender and Minority Differences in the Pain Experience of People With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85(11):1774-81.
6. Siddall PJ, Robert P, Yezierski B, John D Loeser. Pain following Spinal Cord injury: Clinical Features, Prevalence, and Taxonomy. *Pain* 2000;1-10.
7. Siddall PJ, Loeser JD. Pain following spinal cord injury. *Spinal Cord* 2001;39:63-73.
8. Defrin R, Ohry A, Blumen N, Urca G. Pain following spinal cord injury: Letter to the Editor. *Spinal Cord* 2002;40:96-7.
9. Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Yezierski RP. Chronic Pain After Spinal Injury: Interference With Sleep and Daily Activities. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;82:1571-7.
10. Ravenscroft A, Ahmed YS, Burnside IG. Chronic pain after SCI. A patient survey. *Spinal Cord* 2000;38:611-4.
11. Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Broton JG, et al. Perceived Difficulty in Dealing With Consequences of Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:580-6.
12. Vierck CJ Jr, Sidall P, Yezierski RP. Pain following spinal cord injury: animal models and mechanistic studies. *Pain* 2000;89:1-5.
13. Jensen T, Gottrup H, Sindrup SH, Bach FW. The clinical picture of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol* 2001;429:1-11.
14. Dalyan M, Cardenas DD, Gerard B. Upper Extremity Pain after Spinal Cord Injury. *Spinal Cord* 1999;37:191-5.
15. Fenollosa P, Pallares J, Cervera J, et al. Chronic pain in the spinal cord injured: statistical approach and pharmacological treatment. *Paraplegia* 1993;31:722-9.
16. Cardenas DD, Warms CA, Turner JA, Marschall H, Brooke MM, Loeser JD. Efficacy of amitriptyline for relief of pain in spinal cord injury: results of a randomized controlled trial. *Pain* 2002;96(3):365-73.
17. Levendoglu F, Ogun CO, Ozerbil O, Ogun TC, Ugurlu H. Gabapentin is a first line drug for the treatment of neuropathic pain in spinal cord injury. *Spine* 2004;29(7):743-51.
18. Drewes AM, Andreasen A, Poulsen LH. Valproate for treatment of chronic central pain after spinal cord injury: a double-blind cross-over study. *Paraplegia* 1994;32:565-9.
19. Finnerup NB, Sindrup SH, Bach FW, Ohannesen I, Jensen TS. Lamotrigine in spinal cord injury pain: a randomized controlled trial. *Pain* 2002;96(3):375-83.
20. Rowbotham M, Twilling L, Davies P, Reisner L, Taylor K, Mohr D. Oral Opioid therapy for Chronic peripheral and central neuropath pain. *New Engl J Med* 2003;348:1223-32.
21. Hope ME, Kailis SG. Medication usage in a spinal cord injured population. *Spinal Cord* 1998;36:161-5.
22. Murphy D, Reid DB. Pain treatment satisfaction in spinal cord injury. *Spinal Cord* 2001;39:44-6.
23. Kennedy P, Frankel H, Gardner B, Nuseibeh I. Factors associated with acute and chronic pain following traumatic spinal cord injuries. *Spinal Cord* 1997;35:814-7.
24. Moix J. Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de psicología* 2005;36:37-60.
25. Turk DC, Okifuji. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70:678-90.
26. Novy DM, Nelson DV, Francis DJ, Turk DC. Perspectives of chronic pain: an evaluative comparison of restrictive and comprehensive models. *Psychological Bulletin* 1995;118:238-47.
27. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2001;25:1148-56.
28. Jensen MP, Turner A Judith, Romano MJ. Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment. *Pain* 1991;44:263-9.
29. Jensen MP, Turner JA, Romano JA. Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary

- plinary pain treatment. *Journal of consulting and clinical psychology* 2001;69:655-62.
30. McGrath PA, Dade LA. Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspective. Seattle: IASP Press; 2004.
 31. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain* 1992;49:221-30.
 32. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322:1511-6.
 33. Moix J, Cañellas M, Osorio C, Bel X, Girvent F, Martos A y equipo interdisciplinar de dolor. Eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Dolor, investigación, clínica y terapéutica* 2003;18(3):149-57.
 34. Moix J, Cañellas M, Girvent F, Martos A, Ortigosa L, Sánchez C, Portell M. Confirmación de la eficacia de un programa educativo interdisciplinar en pacientes con dolor de espalda crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:141-9.
 35. Evans S, Fishman B, Spielman L, Haley A. Randomized trial of cognitive behaviour therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. *Psychosomatics* 2003;44:44-50.
 36. Edhe D, Jensen MP. Feasibility of a cognitive restructuring intervention for treatment of chronic pain in persons with disabilities. *Rehabil Psychol* 2003;49:254-8.
 37. Norrbrink Budh C, Kowalski J, Lundeberg TA. Comprehensive pain management program comprising educational, cognitive and behavioural interventions for neuropathic pain following spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2006;38:172-80.
 38. Summers JD, Rapoff MA, Varghese G, Porter K, Palmer RE. Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain* 1991;47:183-9.
 39. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized trials of cognitive behavioural therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999;80:1-13.
 40. Williams AC, Davies HT, Chadury Y. Simple pain rating scales hide complex idiosyncratic meanings. *Pain* 2000;85:457-63.
 41. Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. En: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J (eds.). *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York, NY: Le Jacq Publishing Inc; 1984:170-83.
 42. Badía X, Gutiérrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity and reliability of Spanish version of the General Well Being Index. *Quality Life Res* 1996;5:101-8.
 43. Cleeland CS. Pain assessment: global use of the pain inventory. *An Acad Med* 1994;23:129-38.
 44. Badía X, Muriel C, García A, et al. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. *Med Clin* 2003;120(2):52-9.
 45. Sieben JM, Portegijs PJM, Vlaeyen JWS, Knottnerus JA. Pain-related fear at the start of a new low back pain episode. *Eur J Pain* 2005;9:635-41.
 46. Richards JS, Meredith RL, Nepomuceno C, Fine PR, Bennet G. Psychosocial aspects of chronic pain in spinal cord injury. *Pain* 1980;8:355-66.
 47. Morin Ch, Gibson G, Douglas J, Wade M, James T. Self-Reported Sleep and Mood Disturbance in Chronic Pain Patients. *The Clinical Journal of Pain* 1998;14(4):311-4.
 48. Menefee LA, Cohen M, Anderson WR, Doghramji K, Frank ED, Lee H. Sleep disturbance and nonmalignant pain: a comprehensive review of the literature. *Pain Med* 2000;1:156-72.
 49. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P, Abeles M. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain* 1996;68:363-8.