



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v10i1.3757>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas y farmacológicas en traumatología moderna

Multidisciplinary strategies in the management of chronic pain: integration of physical and pharmacological therapies in modern traumatology

Estratégias multidisciplinares no manejo da dor crônica: integração de terapias físicas e farmacológicas na traumatologia moderna

Abel Mesias Bastidas Caiza^I
abel821b@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-2773-9479>

Raúl Alejandro Vargas Borbor^{II}
dr.raulvargasb@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-1985-7384>

Alex Fernando Abad Tigre^{III}
fernandoabad.90@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-4114-9604>

Manuel Eduardo Iturralde Avilés^{IV}
manuel_iturralde@outlook.com
<https://orcid.org/0000-0003-1426-6689>

Correspondencia: abel821b@hotmail.com

***Recibido:** 29 de diciembre de 2023 ***Aceptado:** 12 de enero de 2024 * **Publicado:** 28 de febrero de 2024

- I. Doctor en Medicina y Cirugía General; Médico en Ejército Ecuatoriano; Quito, Ecuador.
- II. Médico General de la Universidad de Guayaquil; Médico General consulta externa Clínica Servident Alborada; Guayaquil, Ecuador.
- III. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Docente Universitario de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Ecuador.
- IV. Médico de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil; Docente Tecnológico Argos - ayudante quirúrgico C.A.T.A / clínica Siluetica; Guayaquil, Ecuador.

Resumen

Identificar los factores de salud psicológica y conductual en el manejo del dolor crónico representa, una perspectiva histórica de grandes desafíos y oportunidades a la hora de integrar la atención multidisciplinaria en la práctica y el tratamiento del dolor. Sin embargo el papel de los factores psicológicos que influyen en el dolor crónico está bien documentado. La evidencia proporcionada sugiere que estos conceptos deberían recibir una fuerte consideración al tratar el dolor crónico. La incorporación de tales factores puede mejorar la atención al paciente y los resultados clínicos y reducir los costos totales de atención médica. Los factores de salud psicológicos y conductuales deben ser un componente integral de la práctica de manejo del dolor, ya que, existe una superposición sustancial entre la depresión y la ansiedad con el dolor crónico. El afecto positivo, como la resiliencia, puede actuar como amortiguador y conferir cierta protección contra las secuelas del dolor crónico. Existe evidencia de que los exámenes psicológicos ofrecen más información sobre la condición del paciente y contribuirían al plan de tratamiento. El novedoso papel de un navegador de salud conductual en una clínica de tratamiento del dolor merece una mayor exploración, ya que ha demostrado ser beneficioso en otras afecciones de salud crónicas.

Palabras Claves: Manejo del Dolor; Dolor Crónico; Psicológico; Multidisciplinario; Resistencia; Opioides.

Abstract

Identifying psychological and behavioral health factors in the management of chronic pain represents a historical perspective of great challenges and opportunities when integrating multidisciplinary care into the practice and treatment of pain. However, the role of psychological factors that influence chronic pain is well documented. The evidence provided suggests that these concepts should receive strong consideration when treating chronic pain. Incorporating such factors can improve patient care and clinical outcomes and reduce overall healthcare costs. Psychological and behavioral health factors should be an integral component of pain management practice, as there is substantial overlap between depression and anxiety with chronic pain. Positive affect, like resilience, may act as a buffer and confer some protection against the sequelae of chronic pain. There is evidence that psychological examinations offer more information about the patient's condition and would contribute to the treatment plan. The novel role of a behavioral health navigator in a pain management clinic deserves further exploration as it has been shown to be beneficial in other chronic health conditions.

Keywords: Pain Management; Chronic Pain; Psychological; Multi-Disciplinary; Endurance; Opioids.

Resumo

Identificar factores de saúde psicológicos e comportamentais no manejo da dor crônica representa uma perspectiva histórica de grandes desafios e oportunidades na integração do cuidado multidisciplinar na prática e no tratamento da dor. No entanto, o papel dos factores psicológicos que influenciam a dor crónica está bem documentado. As evidências fornecidas sugerem que estes conceitos devem ser fortemente considerados no tratamento da dor crónica. A incorporação de tais factores pode melhorar o atendimento ao paciente e os resultados clínicos e reduzir os custos gerais de saúde. Os factores de saúde psicológicos e comportamentais devem ser uma componente integral da prática de gestão da dor, uma vez que existe uma sobreposição substancial entre depressão e ansiedade e dor crónica. O afeto positivo, tal como a resiliência, pode atuar como um amortecedor e conferir alguma proteção contra as sequelas da dor crónica. Há evidências de que os exames psicológicos oferecem mais informações sobre a condição do paciente e contribuiriam para o plano de tratamento. O novo papel de um navegador de saúde comportamental numa clínica de tratamento da dor merece uma exploração mais aprofundada, uma vez que tem demonstrado ser benéfico noutras condições crónicas de saúde.

Palavras-chave: Manejo da Dor; Dor crónica; Psicológico; Multidisciplinar; Resistência; Opioides.

Introducción

El dolor crónico se define como un dolor persistente que dura más de tres meses y se asocia con angustia emocional significativa y/o discapacidad funcional. El enfoque en el dolor y la introducción bien intencionada del dolor como quinto signo vital ha hecho poco para reducir la prevalencia del dolor crónico y el costo de la utilización y el tratamiento de los opioides.

Se estima que entre el 20 % y el 41 % de los adultos en Latinoamérica viven con dolor crónico o una afección de salud dolorosa (1). El trabajo epidemiológico ha encontrado que la mayor parte de este dolor está relacionado con la columna y la prevalencia no ha cambiado en los últimos 18 años a pesar del aumento del gasto y la utilización de la atención. El dolor crónico continúa siendo un problema a nivel mundial con una enorme carga económica anual que se ve reflejado en los sitios de salud

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas
y farmacológicas en traumatología moderna

pública. Con un aumento significativo en la prevalencia del dolor crónico, lo que generó un uso intenso de opioides para las interferencias graves relacionadas con el dolor (2).

Históricamente, los médicos han dependido en gran medida de la gestión de medicamentos y de los procedimientos intervencionistas, lo que puede explicar, al menos parcialmente, el aumento de las muertes relacionadas con los opioides. Incluso con los avances en farmacoterapias, tecnologías implantables y cirugías mínimamente invasivas, los pacientes resistentes al tratamiento (es decir, los que no responden) con frecuencia agotan sus beneficios, los médicos y ellos mismos en la búsqueda de solucionar el problema.

El informe del Grupo de Trabajo Interinstitucional del Departamento de Salud y Servicios Humanos sobre las mejores prácticas en el manejo del dolor establece que existen cinco enfoques principales para el manejo del dolor: manejo de medicamentos, terapias restaurativas, procedimientos intervencionistas, enfoques de salud conductual y salud complementaria e integradora (3).

Se sabe que el riesgo de desarrollar dolor posquirúrgico persistente depende de las características del paciente así como de las características del procedimiento quirúrgico. Por lo tanto, los entornos ortopédicos y de atención médica deben mejorar la identificación de los pacientes en riesgo de desarrollar dolor crónico y dependencia de opiáceos. Además, existen justificaciones éticas y financieras convincentes para identificar tratamientos eficaces y de bajo riesgo para ayudar en el manejo del dolor.

Los factores psicológicos del dolor crónico sugieren que una evaluación y un tratamiento adecuados de la salud conductual parecen prometedores para tener un impacto positivo en los resultados del dolor. Por lo tanto, el propósito de esta revisión es identificar los factores de salud psicológica y conductual involucrados con el dolor crónico, así como los desafíos y oportunidades de integrar la atención multidisciplinaria en una práctica de manejo del dolor.

Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema *Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: Integración de terapias físicas y farmacológicas en traumatología moderna*. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

Resultados

El uso de analgésicos ha tenido un auge significativo en las últimas décadas. Este fenómeno fue precipitado por una serie de artículos que destacaban el bajo potencial de adicción de los opioides a largo plazo, combinado con una agresiva estrategia de marketing por parte de las compañías farmacéuticas, que incluían informar erróneamente sobre la naturaleza adictiva de la oxiconona HCL, con tasas de adicción de hasta el 30% y aumento de la mortalidad con el tratamiento con dosis altas de opioides (4)..

Desafortunadamente, un mayor uso no refleja eficacia, ya que un metaanálisis y una revisión sistemática recientes informaron que en el dolor no relacionado con el cáncer, los opioides solo proporcionaron pequeñas mejoras en el dolor y el funcionamiento físico. Aproximadamente 450.000 muertes estuvieron asociadas con opioides (tanto recetados como ilícitos) entre 1999 y 2018, y 1,7 millones de personas padecían trastornos por consumo de opioides en 2017. Además, existe evidencia débil de alivio del dolor a largo plazo y posible desarrollo de hiperalgesia inducida por opioides (5).

Las investigaciones más recientes han arrojado luz sobre los posibles efectos cancerígenos de las dosis altas de opioides al inhibir la actividad de las células asesinas naturales in vitro. Además, incluso con una gran cantidad de recursos comprometidos para la crisis de opioides, el suicidio en personas con dolor crónico sigue siendo un problema mal abordado. Por lo tanto, se puede argumentar, basándose en la evidencia, que los riesgos de la dependencia de opioides para controlar el dolor crónico parecen superar los beneficios.

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas y farmacológicas en traumatología moderna

Si bien no existe una hoja de ruta práctica actual para el manejo integral del dolor, durante años anteriores, se han descrito varias soluciones no farmacológicas efectivas que incluyen, entre otras, rehabilitación física, terapias psicológicas/conductuales, ejercicios para la mente y el cuerpo y masajes/terapias manuales (6). Estas recomendaciones también han sido respaldadas por el informe del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Mejores Prácticas en el Manejo del Dolor de 2019.

Estos tratamientos pueden generar beneficios adicionales, como una mejora del estado de ánimo o del sueño, y presentan un riesgo significativamente menor que los opioides. Varias revisiones sistemáticas y metaanálisis también han respaldado estos tratamientos; sin embargo, es necesario explicar la frecuencia, la dosis, el momento y las técnicas óptimas y es posible que algunos servicios no estén completamente no estén disponibles en las zonas rurales. Las pautas sobre opioides de la Sociedad Estadounidense de Médicos Intervencionistas del Dolor y 2 revisiones recientes brindan información adicional sobre la crisis de opioides y ofrecen orientación sobre la reducción del riesgo de opioides y la predicción del abuso (7).

Justificación de los enfoques multidisciplinares del dolor

Los enfoques multidisciplinares para el manejo del dolor surgieron por necesidad en la década de 1960 y utilizaron medicina física, enfermería, trabajo social, servicios psicológicos y coordinación de la atención. Mientras que los enfoques integrales con un enfoque multidisciplinario eran más comunes, este enfoque fue abandonado casi por completo en los años noventa.

Cada vez hay más pruebas de la importancia de abordar los factores psicológicos que influyen en los resultados clínicos y la eficacia del tratamiento. Una multitud de estudios han examinado variables psicológicas, incluido un enfoque en la depresión, el catastrofismo y la angustia emocional (8). Sin embargo, la evaluación de los factores psicológicos no ha sido ampliamente priorizada en entornos de dolor ortopédico e intervencionista. Se han identificado varios indicadores de pronóstico físico para diversos resultados quirúrgicos, como el tabaquismo, el índice de masa corporal y la hemoglobina glucosilada (8).

Estos factores de riesgo de malos resultados quirúrgicos son ahora criterios comunes en los contratos de acuerdos de cogestión de muchos sistemas hospitalarios para determinar el abordaje quirúrgico.

De manera similar, es necesario incorporar variables psicológicas, centrados en los factores psicológicos protectores y los hallazgos iniciales que son bastante prometedores (8). La resiliencia es un constructo importante que ha recibido atención reciente como factor protector modificable para el dolor crónico y puede abordarse en contextos quirúrgicos.

Factores de salud psicológica y conductual

Los factores de riesgo psicológico como el miedo, la ansiedad, la depresión, el catastrofismo y la baja resiliencia se han relacionado con malos resultados clínicos y desempeñan un papel tanto en el desarrollo como en el tratamiento del dolor crónico. En todas las subespecialidades ortopédicas, se ha descubierto que los pacientes con mala salud psicológica han experimentado resultados clínicos subóptimos después de la cirugía (9). El dolor crónico también se encuentra entre los principales contribuyentes a la mala calidad de vida, y los pacientes con dolor crónico tienen tasas más altas de ansiedad y depresión, en comparación con los grupos de control sanos.

La resiliencia se ha definido como la capacidad de un individuo para evitar las consecuencias sociales, psicológicas y biológicas negativas del estrés extremo que de otro modo comprometerían su bienestar psicológico o físico. La resiliencia se puede definir como la capacidad de restaurar y sostener la vida, una vida plena en presencia del dolor (10). También se ha descubierto que constructos psicológicos como la resiliencia se relacionan con la experiencia del dolor y los resultados del dolor.

Por ejemplo, se ha descubierto que las personas que exhiben características de resiliencia, como optimismo y propósito en la vida, tienen una mejor aceptación del dolor que aquellos que no las tienen. Las personas que expresan una creencia más fuerte de que sus vidas tienen un propósito exhiben una mayor tolerancia al dolor tanto en los procedimientos de inducción basados en frío como en los de inducción con calor (9). Además, los pacientes que obtuvieron puntuaciones más altas en una escala de propósito en la vida han demostrado tiempos de recuperación más rápidos después de la artroplastia total de rodilla (ATR) (9).

La aceptación del dolor es una disposición general a experimentar el dolor y sus consecuencias cognitivas y emocionales asociadas como un medio para fomentar una mayor sensación de compromiso personal y bienestar al no depender de conductas de evitación o de afrontamiento basado

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas
y farmacológicas en traumatología moderna

en el control. Los niveles de aceptación del dolor están directamente relacionados con el afecto positivo, lo que amortigua la asociación positiva entre la intensidad del dolor y el afecto negativo.

La depresión se define como un trastorno de salud mental común que se presenta con un estado de ánimo melancólico o irritable, pérdida de placer o interés, sentimientos de baja autoestima o culpa, alteración del sueño o del apetito, falta de concentración, poca energía y pensamientos de muerte. Dado que aproximadamente 1/5 de la población general se ve afectada por dolor crónico y la depresión es la tercera causa principal de discapacidad médica, la necesidad de identificar las condiciones de salud mental en las poblaciones de pacientes con dolor crónico es primordial. Más del 85% de los pacientes con dolor crónico informan estar afectados por depresión y la relación entre el dolor crónico y la depresión está fuertemente correlacionada (10).

La ansiedad generalizada se define como una inquietud y preocupación excesivas, que ocurren la mayoría de los días, durante al menos 6 meses, y que afectan las actividades de la vida diaria (11). Existe cierta evidencia de que hay una relación bidireccional entre los trastornos de ansiedad y el dolor crónico. La comorbilidad del dolor crónico y la prevalencia de ansiedad pueden variar entre el 35% y el 60% (11). Por ejemplo, los aspectos del dolor relacionados con la ansiedad, conocidos como dolor catastrófico y dolor-rumia, se han asociado con una peor respuesta a los tratamientos para el dolor, lo que resulta en una mayor discapacidad debido al dolor.

Neurobiológicamente, la depresión y la ansiedad comparten regiones similares del cerebro que controlan el dolor corporal, lo que respalda la base estructural para la coexistencia de preocupaciones psicológicas y dolor crónico. Además, los volúmenes del hipocampo y la corteza prefrontal se redujeron en pacientes con depresión y parecen estar relacionados con la gravedad de la depresión (11).

Dado que el hipocampo es un objetivo terapéutico para muchos antidepresivos, la interrelación podría explicar potencialmente la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento tanto del dolor crónico como de la depresión. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC), un tratamiento psicoterapéutico basado en evidencia para la depresión, la ansiedad y el dolor, tiene efectos similares en los resultados clínicos a los de los medicamentos antidepresivos (11). La TCC para el dolor crónico

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas y farmacológicas en traumatología moderna

tiene una eficacia bien establecida, como lo demuestran varios ensayos controlados aleatorios y funciona para abordar una variedad de problemas causados por el dolor crónico, como el manejo del pensamiento catastrófico y las conductas desadaptativas.

Barreras y oportunidades para la implementación clínica

Las tasas de prevalencia de pacientes con dolor crónico y depresión son bien conocidas; sin embargo, la tasa es variable según el método de evaluación, debido a la correlación entre la depresión y el dolor crónico. Asimismo, los trastornos de ansiedad y las enfermedades físicas tienen altas tasas de comorbilidad, particularmente los síndromes de dolor (11, 12). Parece que el uso de evaluadores universales para los trastornos de salud conductual resultaría beneficioso en el tratamiento del dolor crónico para brindar medicina personalizada y esta práctica se alinea con el modelo de atención centrada en el paciente.

Desafortunadamente, la mayoría de los trastornos de salud conductual pasan desapercibidos en los entornos de atención médica. Según las tasas de comorbilidad y la mejora de los resultados del dolor, los especialistas integrales en dolor deben evaluar a los pacientes para detectar dichos factores, específicamente en el contexto de las estrategias de neuromodulación invasiva.

Por ejemplo, el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) ha demostrado una gran validez y es la herramienta de detección más utilizada para detectar el riesgo de depresión en la atención primaria y también incluye un ítem de detección de suicidio. Se ha recomendado ampliamente una puntuación de 10 o más en el PHQ-9 como evaluación de primera etapa en atención primaria, lo que indica la necesidad de una evaluación adicional y/o derivación.

Los trastornos de ansiedad son igualmente comunes y debilitantes que los trastornos depresivos, y tienen hasta un 80% de comorbilidad con la depresión (10). Se pueden utilizar evaluaciones de ansiedad breve y validada, como el Trastorno de Ansiedad General-7 (GAD-7), para detectar el riesgo de trastornos de ansiedad. Se ha descubierto que una puntuación de corte en el GAD-7 de 10 o más es indicativa de la necesidad de una evaluación adicional de un trastorno de ansiedad (10).

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas
y farmacológicas en traumatología moderna

Se ha demostrado que las herramientas de detección validadas, como PHQ-9 y GAD-7, mejoran sustancialmente la detección precisa y eficiente del riesgo de trastornos de salud conductual en entornos médicos en comparación con la consulta médica sin el uso de una herramienta válida (13). Se recomienda que los médicos que tratan a pacientes con dolor crónico o riesgo de abuso de opioides integren el uso de estas herramientas en su práctica. El seguimiento del paciente puede incluir la conexión con un especialista en salud conductual en el entorno, si está disponible, para una evaluación y tratamiento adicionales, cuando esté justificado. Cuando no hay disponible un especialista en salud conductual en el lugar o de guardia, los médicos del dolor pueden asociarse con agencias de la comunidad.

La utilidad de incorporar tales exámenes de salud conductual en las prácticas de dolor crónico puede facilitar un mayor acceso a un tratamiento de salud conductual apropiado, lo que resulta en una reducción del dolor, una mejora en la función y una mejora general en la calidad de vida. Al observar a pacientes con dolor lumbar crónico, la depresión y la ansiedad se asociaron con cambios en la discapacidad por dolor al año de seguimiento, lo que alentó aún más la detección universal de ambos trastornos.

Dado que el manejo multidisciplinario del dolor es cada vez más prominente, la evidencia que respalda la TCC como un tratamiento eficaz para pacientes con dolor crónico debe considerarse como una posible intervención complementaria en el plan de tratamiento. A medida que haya más evidencia disponible que respalde los exámenes de detección universales, los proveedores deben comprender que la identificación es fundamental para facilitar el tratamiento adecuado y mejorar los resultados clínicos.

La implementación de estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor puede conducir a mejores resultados para los pacientes, aumentar el flujo y la eficiencia de la práctica y, en última instancia, demostrar un ahorro de costos para la práctica, el paciente y el sistema de atención médica (5). La educación sobre el manejo del dolor y la atención integral fueron eficaces para reducir el costo total de la atención al reducir los costosos diagnósticos por imágenes y los ingresos hospitalarios de pacientes agudos.

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas
y farmacológicas en traumatología moderna

A medida que la integración de la salud continúe creciendo a través de la expansión de hogares médicos centrados en el paciente, equipos de tratamiento integrados y programas de investigación interprofesionales, la infraestructura necesaria para ejecutar dichos modelos integrados dentro de la práctica privada se volverá más accesible y generalizada. Sin embargo, todavía existen barreras para la integración de la salud en una gran mayoría de entornos y será necesario abordarlas, específicamente para la implementación exitosa de estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor.

Las barreras a la atención pueden incluir dificultades de facturación, desafíos en la adaptación al flujo de la práctica, obtener la aceptación de los pacientes, el personal y los colegas, facilitar la comunicación y la documentación entre proveedores multidisciplinares (tanto dentro como fuera de la práctica), conexiones exitosas de derivación externa, y sostenibilidad financiera (por ejemplo, desafíos potenciales en la facturación o servicios no facturables), por nombrar algunos (10). Aunque muchos programas académicos de medicina han superado tales barreras (p. ej., la Clínica Nacional de Medicina Deportiva Infantil), los afiliados no hospitalarios están enfrentando el desafío de las barreras mencionadas anteriormente (13).

Una posible solución para reducir estos desafíos a la integración puede ser utilizar estrategias como Behavioral Health Navigation (BHN). BHN, también conocida más generalmente como Navegación del Paciente (PN), es una intervención enfocada que reduce barreras y se utiliza para mejorar la prestación de servicios de BH y el acceso a la atención de BH, generalmente dentro de un contexto de atención médica integrada (14). La administración de la intervención es flexible y puede realizarse de forma presencial, telesalud, teléfono o cualquier combinación.

Dichas estrategias pueden facilitar mejor la comunicación entre proveedores, la conexión de derivación y el seguimiento de servicios complementarios, la identificación de condiciones de salud conductual (incluida la administración e interpretación de evaluaciones universales), generar ahorros de costos para la práctica, el paciente y el sistema de atención médica y brindar psicoeducación para aumentar la aceptación de los colegas médicos e informar y empoderar mejor a los pacientes, como se observa en las poblaciones con enfermedades crónicas y cáncer.

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas y farmacológicas en traumatología moderna

El proceso BHN es multifacético, lo que permite la adaptabilidad para aumentar el acceso a la atención y mejorar la calidad de vida del paciente. Aunque existe una expansión de los servicios de atención de salud conductual, todavía hay informes de bajas tasas de accesibilidad y servicios de atención de salud conductual subutilizados para poblaciones raciales y étnicas (15). Dicha información respalda aún más la necesidad de navegación y coordinación dentro de una práctica para garantizar que las derivaciones multidisciplinares, específicamente aquellas que abordan inquietudes psicosociales, sean apropiadas y conecten exitosamente a los pacientes con los proveedores.

Conclusión

El dolor crónico es una carga importante para la sociedad y se comprende mejor a través de una variedad de modelos. Según esta revisión, un modelo biopsicosocial, que considera la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y sociales que interactúan para producir las diversas manifestaciones del dolor y los distintos grados de discapacidad, es el modelo ideal para comprender las complejidades del dolor crónico.

A su vez, la inversión y la aplicación de la medicina multidisciplinaria pueden proporcionar un enfoque superior para obtener resultados deseables para el tratamiento del dolor crónico. Esto es aún más crítico en la era de la crisis de los opioides, con los conocidos efectos perjudiciales de los opioides, como adicción, sobredosis y, más recientemente, posibles efectos cancerígenos descubiertos.

Sin embargo la supresión de las células asesinas naturales ha provocado un mayor crecimiento de las células cancerosas. Adicionalmente, también existe cierta preocupación por los efectos absolutos del dolor intenso en el paciente con cáncer. Lo que proporciona algunas razones convincentes para considerar seriamente opciones no opioides en pacientes sin cáncer.

Ya sea que el plan sea medicación, procedimiento o cirugía, se debe considerar el perfil biopsicosocial del paciente, ya que afectará el resultado final. Estos datos no disminuyen la lucha del profesional por ofrecer esperanza y alivio a un paciente con dolor crónico sumido en las secuelas de una enfermedad crónica, incluida la fatiga psicológica, la tensión financiera y los factores estresantes sociales antes mencionados.

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas
y farmacológicas en traumatología moderna

Es por ello que la utilización de un equipo de atención multidisciplinario y cohesivo para el dolor crónico probablemente ofrece ventajas considerables en comparación con un enfoque estrictamente biomédico, y los beneficios podrían alcanzar todos los aspectos de la atención médica. En general, parece haber evidencia suficiente que respalda un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor y los beneficios pueden ser de gran alcance.

En el contexto del dolor crónico, la falta de alivio del dolor mediante la automedicación suele iniciar la presentación del paciente a su médico. A partir de entonces, dependiendo de la gravedad y la duración del dolor, se pueden iniciar una o más opciones de tratamiento, y la terapia se vuelve progresivamente más agresiva según sea necesario. Después de un diagnóstico inicial, el médico puede ofrecer medicamentos recetados que puedan controlar más eficazmente el dolor del paciente. La derivación a un fisioterapeuta, un consejero ocupacional o un especialista en rehabilitación puede ser útil si se sospechan causas físicas subyacentes del dolor; La derivación a un psicólogo u otro servicio especializado en conducta también puede ser valiosa si el paciente puede recibir ayuda de un enfoque psicológico para el manejo del dolor.

Referencias

1. Nicholas M, Vlaeyen J, Rief W. The IASP classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2019; 160: 28-37.
2. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C. Prevalence of Chronic Pain and High- Impact Chronic Pain Among Adults — United States, 2016. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2018; 67: 1001-1006.
3. Nahin R, Sayer B, Stussman B, Feinberg T. Eighteen-Year trends in the prevalence of, and health care use for, noncancer pain in the United States: Data from the Medical Expenditure Panel Survey. *J Pain*. 2019; 20: 796-809.
4. Saxen M, Rosenquist R. The epidemiology and economic impact of spine pain. In: *Spine Pain Care*. Springer International Publishing. 2020;: 7-11.
5. Wong A, Karppinen J, Samartzis D. Low back pain in older adults: Risk factors, management options and future directions. *Scoliosis Spinal Disord*. 2017; 12(14).
6. MacDowall A, Skeppholm M, Lindhagen L, Robinson Y. Effects of preoperative mental distress versus surgical modality, arthroplasty, or fusion on long-term outcome in patients with cervical radiculopathy. *J Neurosurg Spine*. 2018; 29: 371-379.

Estrategias multidisciplinares en el manejo del dolor crónico: integración de terapias físicas
y farmacológicas en traumatología moderna

7. Busse J, Wang L, Kamaleldin M. Opioids for chronic noncancer pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2018; 320: 2448-2460.
8. Maher D, Walia D, Heller N. Suppression of human natural killer cells by different classes of opioids. *Anesth Analg*. 2019; 128: 1013-1021.
9. Dasgupta N, Beletsky L, Ciccarone D. Opioid crisis: No easy fix to its social and economic determinants. *Am J Public Health*. 2019; 108: 182-186.
10. Calvo R, Torres L. Tratamiento con opioides en dolor crónico no oncológico: recomendaciones para una prescripción segura. *Revista Social Española del Dolor*. 2017; 24(6): S93-S109.
11. Tick H, Nielsen A, Pelletier K. Evidence-based nonpharmacologic strategies for comprehensive pain care: The Consortium Pain Task Force White Paper. *Explore*. 2018; 14: 177-211.
12. Kaye A, Jones M, Kaye A. Prescription opioid abuse in chronic pain: An updated review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. *Pain Physician*. 2017; 20: S111-S134.
13. Tarabichi M, Shohat N, Kheir M. Determining the threshold for HbA1c as a predictor for adverse outcomes after total joint arthroplasty: A multicenter, retrospective study. *J Arthroplasty*. 2017; 32(1): S263-S267.
14. Hebert J, Abraham E, Wedderkopp N. Preoperative factors predict postoperative trajectories of pain and disability following surgery for degenerative lumbar spinal stenosis. *Spine*. 2020; 45: E1421-E1430.
15. Goubert L, Trompeter H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *Eur J Pain*. 2017; 21: 1301-1315.