

2. Evaluación clínica del paciente. Comorbilidades, tratamientos concomitantes, situación psicosocial

Evaluación clínica del paciente

Para establecer una sospecha clínica y enfocar el tratamiento es fundamental, no solo cuantificar, sino describir cuidadosamente las características del dolor. Para ello, se deben describir los siguientes ítems:

- a. Aparición. ¿Cuándo comenzó el dolor? ¿En qué momento comenzó este episodio concreto? ¿Es continuo o intermitente?
- b. Localización. ¿Dónde duele? ¿Hacia dónde va?
- c. Intensidad y Respuesta a tratamiento. ¿Qué intensidad tiene? ¿Se controla con analgésicos? ¿En qué momento del día duele más o menos? ¿Interrumpe el sueño?
- d. Concomitancia. ¿Náuseas o vómitos asociados? ¿Síntomatología general? ¿Debilidad? ¿Anorexia?
- e. "Irrradiación". ¿Tiene un patrón irradiado claro? ¿Presenta un patrón referido típico de alguna patología? ¿Los patrones se originan con algún movimiento o postura?
- f. Aspecto. El dolor se describe como: ¿quemante, hormigueante, descargas eléctricas? ¿Cómo latido o martilleo? ¿sordo a mal localizado, punzante, etc? ¿Qué factores lo agravan o lo atenúan: reposo, postura, actividad, factores psicológicos, etc?

Tratamientos concomitantes

La correcta recogida de los tratamientos concomitantes y de su potencial de interacción es muy importante. Debemos valorar que tanto los opioides como los tratamientos de primera línea de dolor neuropático (antidepresivos, anticonvulsivantes), son fármacos con un alto

potencial de efectos adversos e interaccións a nivel do SNC, que a menudo non valoramos convenientemente. Ademais, o DCNO, ao ter unha forte correlación coa patoloxía degenerativa, aumenta a súa frecuencia coa idade, con lo que estas interaccións van a ter unha especial importancia.

Por suposto, como con todos os tratamentos, a asociación de fármacos pode aumentar a frecuencia e intensidade dos efectos adversos dos fármacos individuais.

Situación Psicosocial

La evaluación psicosocial del paciente con dolor crónico no oncológico. Tradicionalmente, se viene creyendo que el dolor influenciado por circunstancias psicosociales es en sí mismo un dolor psicógeno, pero esto no podría ser más erróneo. Las circunstancias psicosociales actúan como moduladoras del dolor, y lo hacen tanto positiva como negativamente.

Esto nos ofrece varios enfoques de la situación psicosocial, que en el fondo son el mismo:

- Por una parte, es importante identificar factores psicosociales que puedan actuar como moduladores positivos del dolor, limitando el resultado de nuestros tratamientos tanto en el control del dolor, como en la mejora de la movilidad



Ilustración 1. Yellow flags (factores psicosociales de mala evolución) en dolor lumbar

- Por otra parte, estos factores psicosociales que modulan positivamente el dolor son a

menudo susceptibles de tratarse mediante educación en salud, recomendaciones o incluso terapias conductuales, etc

- En el extremo contrario, potenciar las fortalezas psicosociales del paciente para mejorar los resultados, ofrece también una estrategia muy interesante

Valorar estos factores es fundamental antes de cada cambio de estrategia terapéutica. De hecho, muchos de ellos (incluyendo los yellow flags) aparecen en las guías como contraindicaciones relativas para el inicio y/o escalada de terapia opioide, para cirugías complejas, etc. No debemos tomar esto de una forma estricta y totalitaria, ya que muchos pacientes mejoran, y mucho, con el tratamiento independientemente de estos factores. Pero en pacientes con mala respuesta, ésta quizá debiera ser más interpretada en el contexto de muchos de estos factores y actuar más directa y enérgicamente sobre ellos.