

MANEJO INTERVENCIONISTA DEL DOLOR CRÓNICO

*Dr. Jorge Guajardo Rosas y Dr. Ricardo Plancarte Sánchez.
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
Instituto Nacional de Cancerología.
drjorgeguajardo@yahoo.com.mx
planky2b@yahoo.com.mx*

MANEJO INTERVENCIONISTA DEL DOLOR CRÓNICO

Resumen

El manejo del dolor crónico se realiza a través del uso de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) usando primariamente un manejo conservador, el cual se van incrementando hasta complementarlo con las técnicas invasivas, como lo propone dicha escalera, que fue modificada por nuestro grupo, debido a los altos costos de los tratamientos convencionales; por lo que actualmente se está tratando de disminuir el costo de la farmacoterapia lo más posible utilizando diversos tratamientos intervencionistas.

Palabras Clave: Dolor crónico, manejo intervencionista, epiduroscopia, bombas implantables.

INTERVENTIONAL MANAGEMENT CRONIC PAIN

Abstract

The management of the pain chronic she is through of the use of the stairway analgesic of the Organization Mundial of the Health (WHO) using primarily a management conservative the is oneself they go increment till complimentary with the technical invasions , sort of the propose said stairway than it was modifying through our team. owing to the tall costs of the treatments conventional , for the than currently oneself this she handles than retrench the cost of the pharmacotherapy the but possible she utilizes sundry treatments interventionist.

Keywords: chronic pain, interventional management, epiduroscopic, implantable pump

INICIO

Actualmente, el dolor crónico posee un importante impacto en la sociedad, y esto a su vez trae como consecuencia problemas a los especialistas médicos y problemas económicos a los pacientes, debido a los altos costos de los tratamientos convencionales. Por lo anterior, actualmente se está tratando de disminuir el costo de la farmacoterapia lo más posible utilizando diversos tratamientos intervencionistas.¹

DOLOR CRÓNICO

En los Estados Unidos, el dolor crónico llega a afectar hasta al 40% de la población adulta y el impacto económico en términos de costos totales (gastos médicos, incapacidades, baja productividad) se acerca a los 100 mil millones de dólares anuales.

En algunos países, como México, el dolor crónico es considerado un problema de salud pública. Los médicos de primer contacto llegan a reportar hasta un 22% de su consulta con dolor; 83 millones de adultos refieren que el dolor afecta algunas de sus actividades cotidianas. Un total de 4.5 millones de pacientes mueren con dolor cada año; 26% de las enfermeras domiciliarias reportan dolor; 28% de los pacientes llegan a creer que no existe cura para su dolor y un 42% de los pacientes con dolor creen que sus médicos no comprenden cómo el dolor puede hacerlos sentir.

Está bien establecido que el dolor crónico tiene fenómenos en varios ámbitos, como en el social, afectivo-cognitivo, cultural, etc.; por lo que se debe manejar un tratamiento multimodal, en el cual se coordine el tratamiento con cada una de las áreas afectadas, con la finalidad de restablecer rápidamente y en las mejores condiciones al paciente a su vida normal. Sin embargo, lograr una total erradicación del dolor puede ser poco real, debido a alteraciones de los componentes arriba mencionados.

El manejo del dolor crónico se realiza a través del uso de la escalera analgésica, iniciando con un manejo conservador, el cual se va incrementando hasta complementarlo con los procedimientos invasivos, como lo propone la escalera analgésica de la OMS modificada por nuestro grupo (figura 1).²

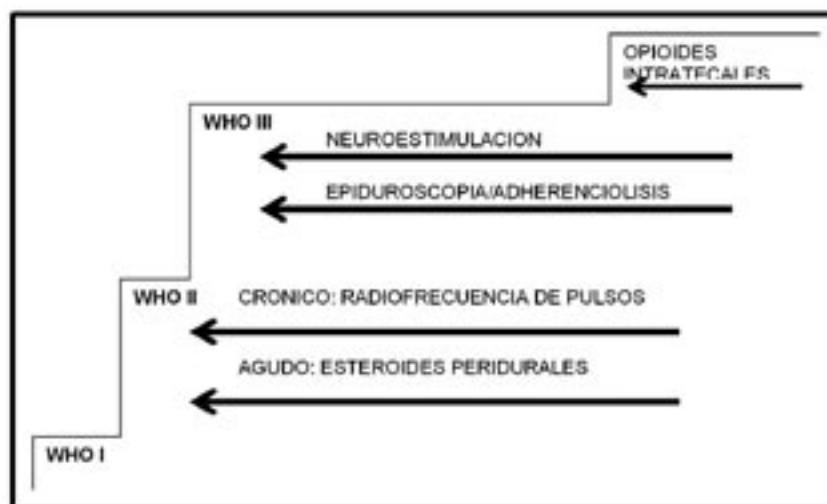


Figura 1. Escalera analgésica de la OMS (WHO) modificada con técnicas de intervencionismo.

¹ GRANADOS A. "Health Technology assessment and clinical decision making: Which is the best evidence?" *Int J Technology assessment in health care* 1999; 15, 585-592.

² VAN Zundert J, Raj P, Erdine S, van Kleef M. "Application of radiofrequency treatment in practical pain management: State of art." *Pain practice* 2002; 2, 269-278.

TÉCNICAS INTERVENSIONISTAS

A continuación se muestra una revisión de las técnicas intervencionistas para tratamiento del dolor crónico:

Administración epidural de esteroides: Es una técnica de invasión mínima, la cual disminuye localmente la inflamación. Un ciclo de tratamiento usualmente consiste de 2 a 3 infiltraciones, administrados en forma ambulatoria. Algunos autores sugieren que se realice bajo control radiográfico continuo y durante la última década. Esta muy en uso la administración de fármacos a nivel de la salida del nervio de la columna vertebral guiada por fluoroscopia, la cual ha demostrado éxito en pacientes con atrapamiento de la raíz nerviosa.^{3 4}

Tratamiento con radiofrecuencia: Es el uso de altas frecuencias de energía adyacente a los nervios. El campo eléctrico y/o el calor induce cambios en la estructura nerviosa bloqueando la conducción del dolor. Inicialmente fue utilizado para destrucción del nervio y recientemente se ha desarrollado una que no destruye el nervio la cual se llama "radiofrecuencia de pulsos" y se basa en un lavado del calor. Este procedimiento se debe realizar bajo control radiográfico continuo y en no necesita internamiento el paciente.⁵

Epiduroscopia: Ofrece una combinación de intervenciones diagnósticas y terapéuticas en una sesión. Se puede realizar la remoción mecánica de adherencias y una colocación adecuada de fármacos que resultan en un alivio del dolor en forma prolongada.⁶

Neuroestimulación peridural: Es el uso de estimulación eléctrica de la médula espinal, el electrodo de estimulación es conectado a un generador de impulsos. La implantación del electrodo se realiza durante una hospitalización muy corta, posteriormente el paciente debe acudir regularmente a la clínica para evaluación y ajustes del generador. En este caso se debe evaluar y seleccionar correctamente a los pacientes (en aquellos que tengan sobrevida por arriba de un año) debido a los altos costos del equipo.⁷

³ NELEMANS PJ, de Bie RA. "Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain." Spine 2001; 26, 501-515.

⁴ VAD VB, Bhat AL, Lutz GE. "Transforaminal epidural steroid injections in lumbosacral radiculopathy: a prospective randomized study". Spine 2002; 27, 11-16.

⁵ SLUIJTER M, Cosman E, Rittman I. "The effects of pulsed radiofrequency field applied to the dorsal root ganglion-a preliminary report". The pain clinic 1998; 11, 109-117.

⁶ GEURTS JW, Kallewaard JW. Targeted methylprednisone acetate/hyaluronidase injection after diagnostic epiduroscopy for chronic sciatica: a prospective, 1 year follow up study. Reg Anesth Pain Med 2002; 27, 343-352.

⁷ NORTH RB, Kidd DH, Lee M. "A prospective, randomized study of spinal cord stimulation versus reoperation for failed back surgery syndrome: initial results". Stereotact Funct Neurosurg 1994; 62, 267-272.

Bombas implantables: Requiere el implante de un catéter subcutáneo conectado a la bomba de infusión. En comparación con la estimulación de medula espinal, requiere de visitas más regulares al consultorio para rellenar la bomba. La ventaja es el costo acumulativo en cuanto a los fármacos que contiene la bomba y la farmacoterapia convencional por otras vías de administración. Este procedimiento puede ser colocado en pacientes con cáncer con sobrevida mayor de 3 meses y de 22 meses para dolor benigno.⁸ (figura 2 y 3)



Figura 2 Bomba Implantable
(foto cortesía de Medtronic)



Figura 3 Equipo de Telemetría para programación
de bomba implantable (foto cortesía de Medtronic)

⁸ HASSENBUSH SJ, Paice JA, Patt RB. "Clinical realities and economic considerations: economics of intrathecal therapy".
Journal of pain and symptom management 1997; 14, S36-S48.

CONCLUSIÓN

Existen una gran variedad de opciones en lo que respecta a las técnicas intervencionistas para manejo del dolor crónico; para poder otorgar el mejor procedimiento, debemos evaluar la situación económica del paciente y su probable sobrevida. Las técnicas menos invasivas pueden llegar a rehabilitar más rápidamente a nuestros pacientes. La justificación de costos extras para técnicas más invasivas requieren de nuestro conocimiento en las mismas para tomarlos en consideración.

BIBLIOGRAFÍA

GRANADOS A. "Health Technology assessment and clinical decision making: Which is the best evidence?" *Int J Technology assessment in health care* 1999; 15, 585-592.

VAN Zundert J, Raj P, Erdine S, van Kleef M. "Application of radiofrequency treatment in practical pain management: State of art." *Pain practice* 2002; 2, 269-278.

NELEMANS PJ, de Bie RA. "Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain." *Spine* 2001; 26, 501-515.

VAD VB, Bhat AL, Lutz GE. "Transforaminal epidural steroid injections in lumbosacral radiculopathy: a prospective randomized study". *Spine* 2002; 27, 11-16.

SLUIJTER M, Cosman E, Rittman I. "The effects of pulsed radiofrequency field applied to the dorsal root ganglion-a preliminary report". *The pain clinic* 1998; 11, 109-117.

GEURTS JW, Kallewaard JW. Targeted methylprednisone acetate/hyaluronidase injection after diagnostic epiduroscopy for chronic sciatica: a prospective, 1 year follow up study. *Reg Anesth Pain Med* 2002; 27, 343-352.

NORTH RB, Kidd DH, Lee M. "A prospective, randomized study of spinal cord stimulation versus reoperation for failed back surgery syndrome: initial results". *Stereotact Funct Neurosurg* 1994; 62, 267-272.

HASSENBUSH SJ, Paice JA, Patt RB. "Clinical realities and economic considerations: economics of intrathecal therapy". *Journal of pain and symptom management* 1997; 14, S36-S48.