



FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO: MEDIDAS PREVENTIVAS PARA FISIOTERAPIA Y ENFERMERIA

Fajardo Rodríguez, Manuel F¹; Fajardo Rodríguez, M^a del Mar²; Caracuel Martínez, Juan C¹

(1) Fisioterapeuta. U.G.C Rehabilitación. Hospital Clínico San Cecilio Granada. SAS (2) Diplomada en Enfermería. Atención Primaria Zona Norte. Servicio Madrileño de Salud

INTRODUCCIÓN

La fisiopatología del Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC), antiguamente llamado Distrofia Simpática Refleja de Sudeck, es multifactorial y se caracteriza por dolor, edema, limitación movilidad, trastornos tróficos y vasomotores y desmineralización ósea irregular. Puede comenzar después de una lesión, cirugía, traumatismo o evento vascular y su manejo constituye un auténtico desafío.

MÉTODO

Se ha realizado un búsqueda bibliográfica utilizando la Cochrane Library, MEDLINE (Pubmed), EMBASE y UPTODATE, obteniendo información de 3 Guías de Práctica Clínica, 2 Revisiones Sistemáticas, 6 Revisiones y 2 ECA.

RESULTADOS

- El desarrollo hacia el SDRC puede ser prevenido o detenido con la identificación precoz de factores de riesgo bio-psico-sociales: evento vital traumático, inadecuado control del dolor, inmovilización prolongada, retraso periodos curación, inactividad tras inmovilización, inadecuada fisioterapia, presencia de conductas de miedo-evitación, catastrofismo y baja autoeficacia.

DISCUSIÓN

- Nuevas evidencias sugieren la importancia de identificar grupos de riesgo y factores predisponentes del SDRC por parte del personal de enfermería y fisioterapia para evitar o detener su aparición.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

TIPO I (sin daño nervioso), Tipo II (con daño nervioso demostrable) y Tipo III Not otherwise Specified (NOS)

Panel: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE BUDAPEST PARA SDRC

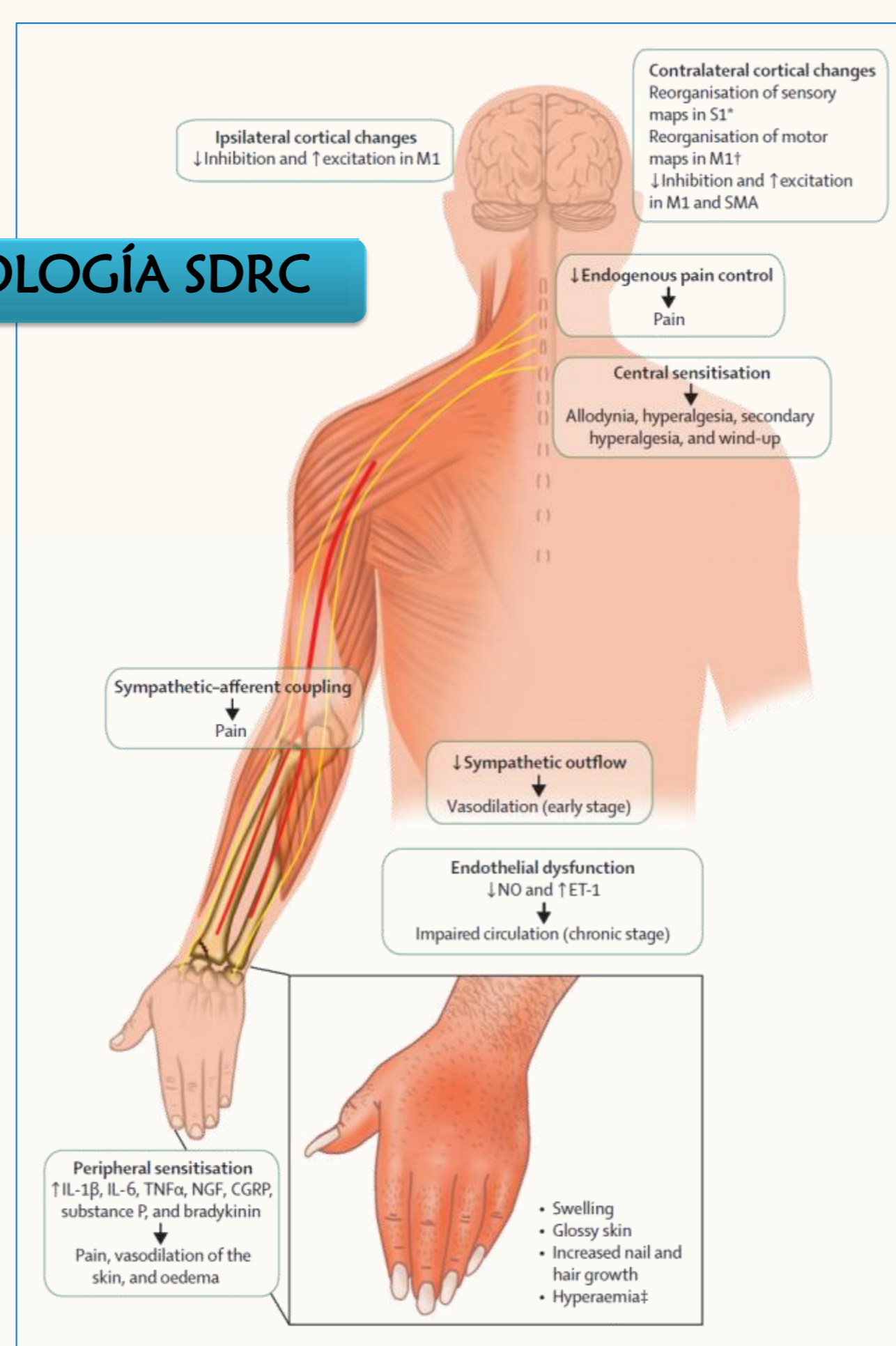
FASE AGUDA:

- Dolor extremo
- Rubor
- Calor
- Edema
- Alteraciones tróficas
- Alodinia
- Hiperalgia mecánica y térmica.

SI TRASTORNOS PERSISTEN:

- Extensión hacia proximal e incluso hacia miembro contralateral
- Disminución control motor
- Hiperpatía
- Signos sensoriales "negativos" (hipoestesia, hipoalgia, hipotermoestesia)
- Disminución temperatura distal
- Distoria, temblor;
- Trastornos perceptivos esquema corporal

FISIOPATOLOGÍA SDRC



PREVENCIÓN Y DETECCIÓN FACTORES DE RIESGO BIOMÉDICOS

- INMOVILIZACIÓN PROLONGADA. RETRASO REACTIVACIÓN TRAS INMOVILIZACIÓN. DESUSO
- USO DE IECA EN MOMENTO TRAUMA. ADICCIÓN AL TABACO.
- HISTORIA DE MIGRAÑA O ASMA
- PRESENTACIÓN "FRÍA" AL INICIO
- TRATAMIENTO CONSERVADOR DE FRACTURAS MUÑECA, EVA DE MAS DE 5/10 EN ÚLTIMOS 2 DÍAS
- RETRASOS PERIODOS DE CURACIÓN NORMALES/ REHABILITACIÓN INADECUADA
- EVENTO VITAL TRAUMÁTICO

MEDIDAS PREVENTIVAS SDRC

- ✓ EVITAR INMOVILIZACIONES PROLONGADAS Y DOLOROSAS, MOVILIZACIÓN PRECOZ E INDOLORA. ACONSEJAR AL PACIENTE MANTENERSE ACTIVO
- ✓ SUPLEMENTOS DE VITAMINA C, EN FRACTURAS DE MUÑECA
- ✓ CORRECTO CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO BIO-PSICO-SOCIALES POR PARTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, PARA SU DETECCIÓN PRECOZ.
- ✓ EDUCACIÓN AL PACIENTE SOBRE IDENTIFICACIÓN Y EVITACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y SOBRE BIOLOGÍA DEL DOLOR
- ✓ EN PACIENTES CON IMPORTANTE KINESIOFOBIA EN EL MIEMBRO AFECTO, PUEDE REALIZARSE "TERAPIA DE ESPEJO" E "IMÁGENES MOTORAS" DURANTE LA INMOVILIZACIÓN PARA EVITAR PATRONES MOTORES MALADAPTATIVOS.
- ✓ FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN NEURO-BIOLOGÍA DEL DOLOR EN EL MARCO DEL ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL.

FACTORES DE RIESGO DEPENDIENTES DEL PROFESIONAL SANITARIO

Suministrar información "amenazante" sobre la enfermedad

Niveles altos de dolor durante intervención terapéutica: barrera que dificulta adherencia al tratamiento

Realización de inmovilización inadecuada y dolorosa

Prejuicios. Subestimar estado y afectación.

Formación y Entrenamiento deficitario en gestión del dolor y enfoque biopsicosocial.

Favorecer hiperexcitabilidad simpática, con bombardeo nociceptivo en intervenciones cruentas, imprudentes y descontroladas.
LA FISIOTERAPIA NUNCA DEBERÁ SER DOLOROSA.

ROL DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN SDRC

DOLOR AGUDO DOLOR CRÓNICO DISCAPACIDAD

Los factores de riesgo psicosociales actúan como moduladores de la experiencia dolorosa.

- Excitación emocional tiene un impacto mayor en la intensidad del dolor en SDRC.
- No se encuentra asociación: factores psicológicos previos y el *mantenimiento o desarrollo* de SDRC, con la posible excepción de los **Eventos vitales negativos**.
- Catastrofismo, la angustia, percepción de discapacidad, y estado ánimo depresivo están relacionados con niveles altos de dolor y discapacidad.
- Creencias relacionadas con MAL PRONÓSTICO: falta auto-eficacia, catastrofismo y conductas de miedo-evitación (kinesiofobia)

Algunos profesionales aún etiquetan a estos pacientes como "psicógenos". ¡No hay justificación actualmente para estigmatizar a los pacientes adultos con SDRC como psicológicamente diferentes a los demás pacientes!

CONCLUSIONES

- El mejor tratamiento del SDRC es su prevención. La movilización temprana puede reducir el riesgo de aparición; Se requiere que los profesionales conozcan la naturaleza de este síndrome, no solo para detectar factores y grupos de riesgo, sino para evitar que nuestra asistencia sea un factor de riesgo iatrogénico.

BIBLIOGRAFIA

- Harden RN, Oaklander AL, Burton AW, Perez RS, Richardson K, Swan M, et al. Complex Regional Pain Syndrome: Practical Diagnostic and Treatment Guidelines, 4th Edition. Pain Medicine. 2013;14: 180-229.
- Marinus J, Moseley GL, Birklein F et al. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. Lancet Neurol 2011; 10: 637-48
- Salahadin H. Prevention and management of complex regional pain syndrome in adults. In UpToDate. Goldenberg, MD (Ed), Uptodate, Waltham, MA 2013.