

SALA 5

JUAN CARLOS CARACUEL MARTINEZ

Fisioterapeuta. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO GRANADA. ESPAÑA.



LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FISIOTERAPIA

LA EXPOSICIÓN GRADUAL IN VIVO COMO HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DEL DOLOR CRÓNICO.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, descrita en términos de tal daño, o ambos, que se ve modulada por factores como el contexto en que se percibe (ambiente agradable, seguro o lo contrario), factores genéticas (variantes en susceptibilidad al dolor y drogas analgésicas) y por la personalidad (estados de ánimo, expectativas).

Los recientes avances en el campo de la neurociencia nos indican que el abordaje del dolor crónico en el ámbito de la fisioterapia debe realizarse desde una perspectiva multidimensional y basándose en el paradigma del modelo biopsicosocial.

Dado la multidimensionalidad del dolor, no podemos obviar aspectos que inciden en todo paciente con dolor crónico, como son los fisiológicos, sensitivos, cognitivos, conductuales, afectivos y socioculturales, que hace peculiar el abordaje terapéutico. Para comprender mejor estos aspectos se puede utilizar el modelo de aprendizaje denominado Organismo Maduro, propuesto por Gifford en 1998 en el cual se esquematiza como la respuesta dolorosa viene condicionada por la interacción de inputs que son procesados e interpretados a nivel cerebral con la influencia de creencias, la imagen corporal, las experiencias pasadas, la cultura, y como se elabora una señal output como respuesta a este proceso perceptivo.

Así mismo los procesos de aprendizaje y memoria, nos ayuda a entender cómo se aprende el dolor, a través de aprendizaje por condicionamiento, y el peso que tiene el aprendizaje inhibitorio en la extinción del dolor.

Otro factor a tener presente en el abordaje terapéutico del dolor crónico son las conductas maladaptativas que los pacientes suelen adoptar, que se convierten en factores de riesgo de naturaleza psicosocial implicados en el desarrollo de una discapacidad por dolor crónico. Tales factores de riesgo pueden ser dependientes del paciente, de influencias externas y pueden ser derivados de la atención del terapeuta.

En la aproximación al tratamiento multidimensional del dolor crónico, hay unos objetivos importantes a tener en cuenta: la reactivación física, la alianza terapéutica, la desensibilización central y periférica y la normalización de aferencias biopsicosociales, que se desarrollarán en los ejes principales del tratamiento que son la educación, la reeducación física y la reorganización neuroplasticarepresentacional. Dentro del apartado de la reeducación física, se aborda aspectos como el tratamiento de la disfunción física, la reactivación física, las técnicas de neuromodulación y el tratamiento de la intolerancia al movimiento, siendo en ésta última donde se englobará la técnica de exposición gradual in vivo.

La exposición gradual in vivo, es una modalidad de terapia cognitivo conductual que se ajusta perfectamente en el modelo de miedo-evitación de Vlaeyen y Linton, que es un modelo que predice del porqué el miedo relacionado con el dolor puede derivar en la pérdida de la función y la discapacidad. Robert Gatchel menciona que las técnicas de TCC proceden de la opinión de que la interpretación, evaluación y creencias que un individuo tiene de su estado de salud y que la forma de afrontarlo, con respecto al dolor y la discapacidad, afectará el grado de discapacidad física y emocional, resaltando la condición de dolor.

Para valorar el miedo o la ansiedad relacionado con el dolor, es importante tener en cuenta las actitudes sobre el dolor, las medidas de catastrofismo y el miedo-ansiedad. Así mismo para obtener una valoración de la conducta de miedo evitación, del contexto de dicha conducta y de comportamientos asociados con la evitación, se utilizará la entrevista clínica.

Una vez que se determina la aplicabilidad del modelo de miedo-evitación para un paciente, es necesario determinar con mayor precisión los estímulos esenciales que provocan la percepción de amenaza y comportamientos de evitación, y para ello el siguiente paso es hacer una jerarquía graduada de las actividades que lo provocan. Para realizar este paso, se puede usar el método PHODA, series de fotografías de actividades cotidianas en las que el paciente clasifica aquellas que más miedo-evitación

le produce.

Finalmente se procederá a un análisis del comportamiento de miedo-evitación con el paciente, mediante el modelo de encuentro-desajuste del dolor.

La intervención se estructura en torno a los siguientes cuatro fases:

- la educación
- la definición de los objetivos del tratamiento
- El estableciendo una jerarquía de miedo
- la exposición real a los estímulos temidos

La evidencia científica ha confirmado que cambios estadísticamente significativos en el miedo al movimiento / (re)caídas, el miedo del dolor y el catastrofismo se produjeron con la introducción del tratamiento la exposición gradual in vivo.

BIBLIOGRAFÍA

-Johan W.S. Vlaeyen, Stephen J. Morley, Steven J. Linton, KatjaBoersma, and Jeroen de Jong. Pain-Related Fear: Exposure-Based Treatment. IASP Press.2012.

-Rafael Torres Cueco. La Columna CervicalTomo 2 - Síndromes Clínicos y su Tratamiento Manipulativo.2008. Editorial Panamericana.

-David S. Butler, G. LorimerMoseley.Explicando el dolor. Noigroup. 2010.

-Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. PAIN 2000;85:31732.

-Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. PAIN 2012;153:11447

-Leeuw M, Goossens ME, van BreukelenGJ,et al. Exposure in vivo versus operant graded activity in chronic low back pain patients: results of a randomized controlled trial.Pain, 2008 Aug 15;138(1):192-207.

-De Jong, Jeroen; Vlaeyen, Johan; van Eijsden, Marjon; et al. Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain (WRUEP): Effects of exposure in vivo. Pain. October 2012, 2109-2118.