

Colaboraciones Especiales Grupo ABC

MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DOLOR NEUROPÁTICO UTILIZANDO MONITOREO AMBULATORIO CONTINUO.

Improving quality of life of neuropathic pain patients by continuous outpatient setting monitoring.

Publicado en la Revista Dor (São Paulo), 2011 oct-dec;12(4):291-6.



CARLOS EDUARDO DALL'AGLIO ROCHA, MD
NEUROCIRUJANO

AUTORES:

CARLOS EDUARDO DALL'AGLIO ROCHA, MD;¹
MARIELZA ISMAEL MARTINS;² MARCOS HENRIQUE FOSS;³
RANDOLFO DOS SANTOS JUNIOR;⁴ LILIAN CHESSA DIAS;⁵
JOSÉ EDUARDO FORNI, MD;⁶ MICHELE DETONI;⁷
ANA MÁRCIA RODRIGUES DA CUNHA, MD;⁸
SEBASTIÃO CARLOS DA SILVA JUNIOR, MD⁹

¹ Neurocirujano.

² Terapeuta Ocupacional.

³ Fisioterapeuta.

⁴ Psicólogo.

⁵ Asistente Social.

⁶ Ortopedista y Traumatólogo.

⁷ Enfermera.

⁸ Anestesióloga, Coordinadora.

⁹ Neurocirujano, Coordinador.

* Clínica del Dolor del Hospital de Base de la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP.

E-mail: marielzamartins@famerp.br

Abstract.

Background and objectives: Chronic pain management requires a multifunctional approach implying physical, psychological, social and occupational support. The understanding of pain physiopathology and its evaluation are necessary to optimize the treatment. This study aimed at comprehensively evaluating the strongest predictors of quality of life through weekly data recorded in outpatient settings or at home to check practical and daily life activities.

Method: The following tools were applied: Wisconsin Pain Inventory, Mood Chart, McGill's Pain Questionnaire, Post-sleep Protocol and Generic quality of life questionnaire (Whoqol-bref).

Results: Physical activity, occupational performance and sleep patterns have shown better quality of life. The sensitivity to pain, fear avoidance and dependence on another person are responsible for the significant amount of variation in the proposed activities. These findings suggest that external sources of orientation, in addition to the internal ones, as avoiding the fear to pain, may serve to influence the physical and social behavior.

Conclusion: Chronic neuropathic pain should be evaluated taking into account its peculiarities of clinical, behavioral and social presentation, since such elements are critical for a positive evolution.

Key words: evaluation; neuropathy; pain; quality of life.

Resumen.

Justificación y Objetivos: El manejo de pacientes con dolor crónico exige un abordaje multifuncional en las áreas física, psicológica, social y ocupacional. El entendimiento de la fisiopatología del dolor y su evaluación optimizan el tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar en forma exacta los mejores predictores de calidad de vida a través de registros semanales realizados por régimen ambulatorio y domiciliario, verificando actividades prácticas y de la vida diaria.

Método: Se utilizaron las siguientes escalas de evaluación: Listado de Dolor de Wisconsin, Gráfico de Humor, cuestionario de Dolor de McGill, Protocolo Post-Sueño y el cuestionario genérico de calidad de vida (Whoqol-bref).

Resultados: La actividad física, el desempeño laboral y el patrón de sueño señalaron mejor calidad de vida. La sensibilidad al dolor, evasión al miedo y la dependencia de otra persona son responsables por la cantidad significativa de variación en las actividades propuestas. Estos hallazgos sugieren que las fuentes externas de orientación, además de las internas como evitar el miedo al dolor, pueden servir para influir en el comportamiento físico y social.

Conclusión: El dolor crónico neuropático debe ser evaluado en sus particularidades de presentación clínica, comportamental y social, pues tales elementos son fundamentales para una buena evolución.

Palabras clave: calidad de vida; dolor; evaluación; neuropatía

Introducción.

Entre los síndromes dolorosos, el dolor crónico, caracterizado principalmente por el dolor neuropático, es el más significativo.¹ El manejo y los tratamientos convencionales son ineficaces y pueden surgir después de semanas, meses o incluso años después de instalada una lesión, soliendo suceder cuando hay lesión parcial o total de las vías nerviosas centrales o periféricas.² Dentro de los dolores neuropáticos más frecuentes asociados a enfermedades están la neuropatía diabética periférica (NDP), la neuralgia post-herpética (NPH), neuralgia del trigémino, neuropatía periférica asociada a infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), dolor del miembro fantasma, radiculopatía, neuropatías por

compresión y síndromes de dolor neuropático de origen en el sistema nervioso central (dolor post accidente cerebrovascular encefálico, post lesión vértebro-medular y esclerosis múltiple).³

El individuo con dolor crónico, más específicamente neuropático, frecuentemente experimenta modificaciones dramáticas en su estilo de vida como resultado del sufrimiento persistente provocado por el dolor, con repercusiones sobre el modo en que percibe su calidad de vida (QV). Además del sufrimiento causado por el dolor, se suman las frustraciones de los tratamientos sin resultados, la multiplicidad de exámenes poco esclarecedores del equipo de salud en cuanto a la inexistencia de un diagnóstico preciso o que poco puede hacerse para su alivio.⁴

En este contexto y para estos individuos, la evaluación y manejo del dolor, la realización de las actividades de la vida diaria con el mayor grado de independencia posible, la recuperación de la funcionalidad y los aspectos comportamentales y sociales son esenciales. Aliviarlos de esa parcela del sufrimiento constituye sólo una de las etapas anheladas por el equipo interdisciplinar ya que se encuentra envuelto en el complejo proceso de restablecimiento del equilibrio biopsicosocial y de reintegración a su cotidianeidad.⁵

De esta manera, se deben incorporar nuevas dimensiones de salud a la evaluación tradicional de parámetros clínicos, de laboratorio y radiográficos en pacientes crónicos a fin de identificar factores que permitan expresar la autoevaluación dirigiéndose a proporcionarles mayor autoconocimiento y QV para que sean los autores de su propia cura.

El objetivo de este estudio fue evaluar de forma detallada los más importantes predictores de QV por medio de registros semanales realizados en régimen ambulatorio y domiciliario verificando actividades de la vida práctica y diaria.

Material y métodos.

Después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la FAMERP (n° 2384/2010), se realizó este estudio descriptivo, exploratorio, comparativo y de corte transversal con abordaje cuantitativo en los consultorios externos de la Clínica de Dolor del Hospital de Base (FUNFARME/FAMERP), además de los domicilios de

pacientes para la muestra estudiada.

Fueron incluidos individuos de ambos sexos, con nivel cognitivo suficiente para entender los procedimientos y acompañar las orientaciones indicadas: consentir la participación en el estudio y firmar un Término de Consentimiento Libre Informado y, para los individuos con dolor neuropático, tener el diagnóstico según el CID-10. Se excluyeron pacientes con enfermedad psiquiátrica y ausencia de acompañamiento clínico en la Clínica de Dolor.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: el grupo de prueba (GT), con diagnóstico de dolor neuropático (4); neuralgia post-herpética (3); dolor asociado al VIH (2), dolor de origen en el SNC (4) y radiculopatía (3) y el grupo control (GC) con 22 individuos, derivados para interconsulta en la Clínica de Dolor y con diagnóstico de enfermedades en los sistemas musculoesqueléticos con recomendación para realización de caminatas. El grupo consistió en individuos apareados por edad y nivel educacional en relación al grupo de prueba. La evaluación fue realizada utilizándose un protocolo específico que contenía cuestiones sobre incapacidades y compromisos funcionales provenientes del dolor - actividades y diaria de vida práctica (trabajo, concentración, apetito, higiene personal, actividad sexual, deambulación, actividades domiciliarias, relacionamiento interpersonal y ocio); Protocolo para el Dolor de Wisconsin,⁶ en el cual se evalúan escalas numéricas, graduadas de cero a 10 donde cero significa la ausencia y 10 el peor dolor imaginado), que evaluaron la intensidad general del dolor y sus repercusiones en la vida laboral y extralaboral de los individuos; Gráfico del Humor⁷ que refleja sensaciones comportamentales durante el día (0-4) correspondiendo de triste a feliz); el Questionario de Dolor McGill⁸ que se trata de un inventario con 78 descriptores, organizados en 4 grupos y 20 subgrupos (componentes del dolor sensorial-discriminativo, afectivo-motivacional y evaluador) y presentan importantes índices de evaluación del dolor presente en estos individuos y, el Protocolo Post-Sueño (PSI),⁹ ítems divididos en 3 categorías: presueño (al acostarse), durante el sueño y post-sueño (al despertar) (30 - 390, mayores scores refieren mejor calidad de sueño). Para evaluar la QV fue utilizado el Whoqol-bref,¹⁰ instrumento psicométrico simplificado, creado por la Organización Mundial de Salud (OMS) para evaluación de QV a partir de la versión original whoqol-100. Aborda el modo como el individuo se siente: acerca de su QV, salud y otras áreas de su vida en las dos últimas semanas. Consiste en 26 preguntas referentes a cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente; hay también dos cuestiones de evaluación global. Cada uno

de los dominios del instrumento identifica un foco particular de atención a la QV de los individuos. El documento original es compuesto por 24 facetas específicas que contienen 4 cuestiones cada una.

Todos los participantes, de ambos grupos, fueron sometidos a cuatro (4) evaluaciones trimestrales después de pasar por grupo ambulatorio compuesto por un equipo interdisciplinario que realizaba un programa de entrenamiento de cuño educacional intensivo, esencial para disminuir el dolor y prevenir la recurrencia del dolor con acciones educativas dirigidas a la biomecánica corporal, kinesioterapia, ergometría y el abordaje de aspectos psicosociales y ocupacionales.

Fue realizado el análisis descriptivo por medio del programa Excel. Datos cualitativos fueron analizados por Odds Ratio y ordinales por pruebas no paramétricas. Todo el análisis estadístico fue realizado con nivel de significación de 0,05.

Resultados.

Dieciséis individuos del GT adhirieron 100% al programa. Hubo dos pérdidas de seguimiento en el grupo, pues los pacientes no volvieron a consulta en el servicio.

La media de edad de la muestra general fue de 38,6 ± 10,5 años, variando de 28 a 64 años con mayoría formada por mujeres (56%). Fue descrito un tiempo medio de dolor de 1 año y 3 meses y una media de 8 ± 3 meses para el diagnóstico clínico del dolor neuropático en el GT. En la tabla 1 puede ser visto la caracterización de la muestra de los dos grupos estudiados (GT e GC).

La tabla 2 demuestra la media general de cada prueba aplicada, sin embargo el contenido de cada prueba se orientó hacia las actividades grupales buscando enfocar los principales problemas de los individuos e introduciendo actividades específicas para ellos.

La QV evaluada por el cuestionario genérico Whoqolbref presentó mejora de la QV en los cuatro dominios evaluados demostrando que los grupos difieren estadísticamente, aunque sean más pequeños para los pacientes con dolor neuropático. (Tabla 3) En el gráfico 1 se verifican las actividades de vida diaria y práctica que fueron identificadas en la monitorización ambulatoria continua del GT, mostrando las alteraciones provocadas por los factores que comprometían la QV de esta muestra con consecuente mejora después de intervención y control.

Tabla 1
Caracterización de la muestra de los grupos estudiados

Variables	Grupos	n	Media ± DP (años)	Porcentaje	
Edad	Test	16	34,3 ± 4,3		
	Control	20	42,9 ± 3,5		
Sexo	Test	16		Femenino-56%	
	Control	20		Femenino-54%	
				Soltero- 9 %	
				Casado- 57%	
		Test	16		Divorciado-31%
					Viudo-3%
Estado civil				Soltero- 20%	
				Casado- 46%	
		Control	20		Divorciado-31%
					Viudo-3%
		Test	16	,2 ± 2	
Tiempo de Dolor	Control	20	2,5 ± 1,2		
	Test	16	1,3 ± 3,5		
Escolaridad	Control	20	2 ± 1,7		
				Desempleo-49%	
		Test	16		Jubilación- 22%
			16		Beneficio- 29%
			20		Desempleo- 13%
Prejuicios sociales	Control			Jubilación- 14%	
				Beneficio- 28%	
	Test	16	8 ± 3 meses		
Tiempo de diagnóstico	Control	20	1,8 ± 1		

Tabla 2

Datos obtenidos con la aplicación del Protocolo de Dolor de Wisconsin, Gráfico de Humor, Cuestionario McGill y Protocolo Post-Sueño (PSI) en los grupos estudiados.

Cuestionarios	N	1º Evaluación	2ª Evaluación	3ª Evaluación	4ª Evaluación	Valor de p
Inventario de Wisconsin	Test – 16	39 (0-100)	45	52	75	
	Control – 20	52 (0-100)	60	60	75	0,03
Gráfico de Humor	Test – 16	2 (0-4)	3	4	4	
	Control – 20	2 (0-4)	2	3	4	0,0048*
		Sensorial-	Sensorial-	Sensorial-	Sensorial-	
	Test – 16	12(0-20)	10(0-20)	8(0-20)	6(0-20)	
		Evaluación	Evaluación	Evaluación	Evaluación	
		9 (0-20)	8 (0-20)	6 (0-20)	5 (0-20)	
Cuestionario McGill						0,0035*
		Sensorial-	Sensorial-	Sensorial-	Sensorial-	
	Control – 20	13(0-20)	12(0-20)	10(0-20)	9(0-20)	
		Evaluación	Evaluación	Evaluación	Evaluación	
		11 (0-20)	9 (0-20)	8 (0-20)	7 (0-20)	
PSI	T – 16	92 (30-390)	130	150	172	
	C- 20	150 (30-390)	190	210	230	0,0035*

* Nivel de significación $p < 0,05$. Test de Kruskal-Wallis

Tabla 3

Variación y valores medios de los dominios del cuestionario genérico de calidad de vida Whoqol-bref en los diferentes periodos de evaluación en ambos grupos estudiados.

Dominios	N	Media ± DP				Valor de p
		1º Evaluación	2ª Evaluación	3ª Evaluación	4ª Evaluación	
Físico	T-16	49,3 ± 23,6	53,6 ± 20,6	65,0 ± 19,5	72,0 ± 21,6	0,05
	C-20	55,5 ± 22,5	62,5 ± 20,5	55,5 ± 22,5	85,0 ± 22,5	
Psicológico	T-16	35,8 ± 23,6	48,3 ± 23,6	60,0 ± 19,5	70,0 ± 19,5	0,062
	C-20	55,5 ± 22,5	65,5 ± 22,5	75,5 ± 21,5	85,5 ± 20,5	
Relaciones Sociales	T-16	48,3 ± 23,6	55,5 ± 19,6	69,3 ± 18,6	75,0 ± 20,6	0,048*
	C-20	70,5 ± 22,5	80,0 ± 15,2	85,5 ± 13,5	90,0 ± 22,5	
Medio Ambiente	T-16	55,0 ± 22,6	65,3 ± 21,6	79,3 ± 21,6	85,0 ± 13,6	0,036*
	C-20	70,0 ± 14,5	90,0 ± 11,0	90,0 ± 12,5	95,0 ± 11,0	

Nivel de significación $p < 0,05$. Análisis de regresión lineal múltiple

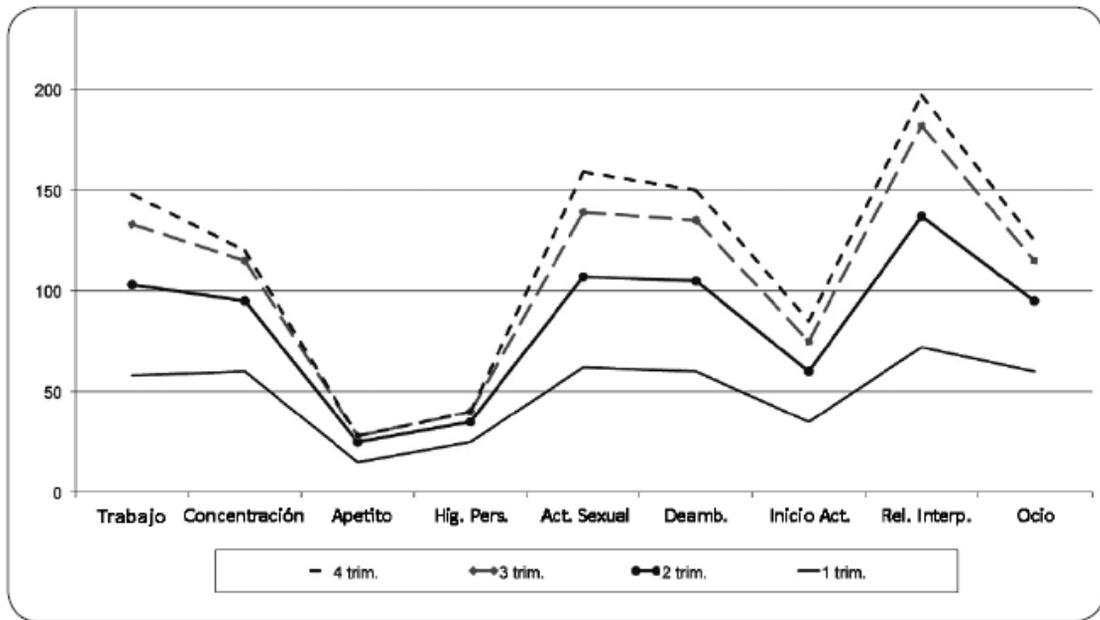


Gráfico 1. Variación del compromiso de las actividades de la vida diaria/práctica en cada momento de la evaluación del grupo test.

Discusión.

De una forma general, los resultados sugieren que, entre los individuos con dolor crónico neuropático, aquellos que sufren complicaciones crónicas demuestran tener QV inferior a la de los que no sufren de este dolor. Esta diferencia se verifica cuando son analizados específicamente los factores que se relacionan con lo cotidiano de estos pacientes, así como su comportamiento biopsicosocial.

Algunos autores buscaron relacionar el dolor de individuos con lesión medular y dolor neuropático con los factores psicológicos y la incapacidad física en un estudio longitudinal de cinco años y obtuvieron datos sorprendentes.¹¹ El dolor fue la tercera dificultad más citada, asociado a la lesión medular, sólo aventajado por la discapacidad motora y la disfunción sexual, de acuerdo a los problemas más citados, respectivamente.

Los pacientes con dolor también fueron los que demostraron mayor alteración del humor, según el Inventario de humor,¹² cuando fueron comparados con aquellos sin dolor.

Algunos estudios^{13,14} son concordantes con el presente estudio, citando la importancia del desarrollo de futuras investigaciones de carácter longitudinal que nos permitan una mayor comprensión del modo en que los diferentes estadios de desarrollo y factores que contribuyen o afectan el pronóstico de este tipo de dolor. También relatan, hasta

el momento, la ausencia de una herramienta o instrumento para uso clínico, que sea simple y capaz de distinguir síntomas y señales neuropáticos de aquellos oriundos de dolor crónico nociceptivo.¹³ La monitorización nos lleva a hacer inferencias para determinación de causas y existencia de un patrón común en estos individuos.

Con relación a la utilización de parámetros de QV para evaluar individuos con dolor crónico neuropático la literatura es escasa. Otros autores refieren en su estudio que la intensidad del dolor disminuyó solamente después de un año de follow-up mientras índices de QV y ansiedad mejoraron después de 6 meses.¹⁵ Concluyen que actividades educativas y evaluación completa interdisciplinar llevan a mejor QV, corroborando así los hallazgos de nuestro estudio. Muchas veces, las impresiones sobre la relación directa entre dolor y baja calidad de vida, traídas de la clínica, no consiguen ser confirmadas en estudios no controlados. Sin embargo, aun considerando esas dificultades, todos los estudios analizados mostraron que el dolor puede interferir de manera negativa en la QV del individuo con dolor neuropático, alterando su humor y su autopercepción, como también la dificultad en lidiar con los problemas que surgieron de este estado.

A pesar de la limitación metodológica de un número pequeño de muestra es necesaria a mejor comprensión del individuo en varios dominios de su vida, siendo monitoreado efectivamente a fin de que su alta médica sea permanente.

Conclusión.

La aplicación de diversos instrumentos sugiere que la actividad física, el desempeño ocupacional y el patrón de sueño fueron factores que contribuyeron para mejorar la calidad de vida. Análisis posteriores mostraron que la sensibilidad al dolor, evitar el miedo, y dependencia de otra persona son responsables en cantidad significativa de la variación en las actividades propuestas.

Referencias.

1. Burchiel KJ, Hsu FP. Pain and spasticity after spinal cord injury: mechanisms and treatment. *Spine* 2001;26(24 Suppl):S146-60.
2. Neugebauer V, Galhardo V, Maione S, et al. Forebrain pain mechanisms. *Brain Res Rev* 2009;60(1):226-42.
3. Neuropathic Pain: Pathophysiology and Treatment. Eds Hansson PT, Fields HL, Hill RG, Marchettini P. *Progress in Pain Research and Management*. Vol 21. IASP Press. Seattle; 2001.
5. Martins MRI, Foss MH, Santos R, et al. A eficácia da conduta do grupo de postura em pacientes com lombalgia crônica. *Rev Dor* 2010;11(2):116-21.
6. Daut R, Cleeland C, Flanery R. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983;17(2):197-210.
7. Cruccu G, Anand P, Attal N, et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol* 2004;11(3):153-62.
8. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* 1996;30(3):473-83.
9. Webb WB, Bonet M, De Jong GD. A post-sleep inventory. *Perceptual and Motors Skills* 1976;43(3 Pt1):987-93.
10. WHOQOL Group. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring, and generic version of the assessment Field Trial Version. December 1996. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
11. Siddall PJ, McClelland JM, Rutkowski SB, et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain* 2003;103(3):249-57.
12. Kessler R, Mroczek D. Final version of our psychological distress scale. The University of Michigan, Open Research Memorandum 2001.
13. DiBonaventura M, Cappelleri JC, Joshi AV. A longitudinal assessment of painful diabetic peripheral neuropathy on health status, productivity, and health care utilization and cost. *Pain Med* 2011;12(1):118-26.
14. Van Acker K, Bouhassira D, De Bacquer D, et al. Prevalence and impact on quality of life of peripheral neuropathy with or without neuropathic pain in type 1 and type 2 diabetic patients attending hospital outpatients clinics. *Diabetes Metab* 2009;35(3):206-13.
15. Garven A, Brady S, Wood S, et al. The impact of enrollment in a specialized interdisciplinary neuropathic pain clinic. *Pain Res Manag* 2011;16(3):159-68.