



KNOW PAIN

**Una Guía Práctica para Entender,
Evaluar y Manejar el Dolor**



Comité de Desarrollo

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Reumatólogo
Morelia, México

Yuzhou Guan, MD
Neurólogo
Beijing, China

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurólogo
Manila, Filipinas

Nemanja Damjanov, MD, PhD
Reumatólogo
Belgrado, Serbia

Jianhao Lin, MD
Ortopedista
Beijing, China

Jose Antonio San Juan, MD
Cirujano Ortopédico
Cebu City, Filipinas

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurólogo
Moscú, Rusia

Supranee Niruthisard, MD
Especialista en Dolor
Bangkok, Tailandia

Ammar Salti, MD
Anestesista Consultor
Abu Dhabi, Emiratos Árabes
Unidos

Smail Daoudi, MD
Neurólogo
Tizi Ouzou, Algeria

Germán Ochoa, MD
Ortopedista
Bogotá, Colombia

Xinping Tian, MD
Reumatólogo
Beijing, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anestesiólogo
São Luis, Brasil

Milton Raff, MD, BSc
Anestesista Consultor
Cape Town, Sudáfrica

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurólogo, Neurocientífico y
Especialistas en Dolor
Ankara, Turquía



Objetivos de Aprendizaje

- Al concluir este módulo, los participantes serán capaces de:
 - Describir la clasificación de dolor de acuerdo con los mecanismos, duración y severidad del dolor y tipo de tejido involucrado
 - Discutir la prevalencia general del dolor
 - Evaluar a los pacientes que llegan con dolor
 - Seleccionar estrategias farmacológicas y no-farmacológicas apropiadas con base en el tipo de dolor
 - Saber cuándo referir a los pacientes con un especialista

MANEJO

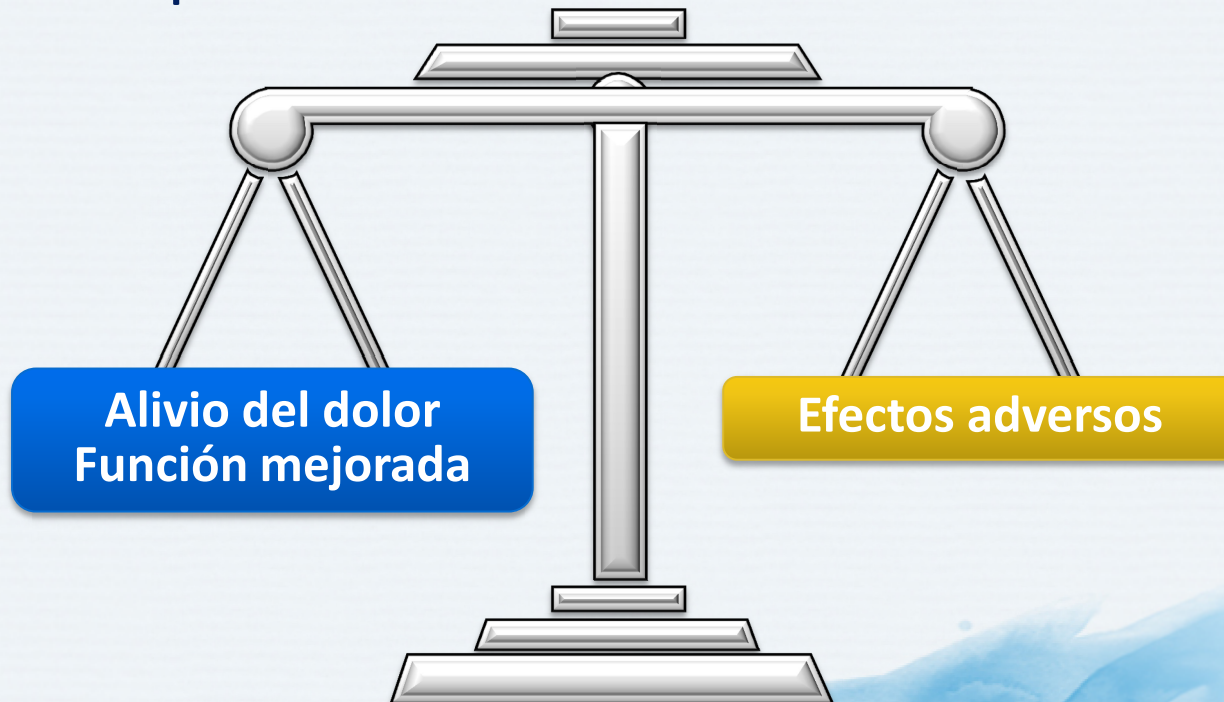


Metas del Tratamiento



Metas en el Manejo del Dolor

- Involucrar al paciente en el proceso de la toma de decisiones
- Acordar las metas realistas del tratamiento **antes de iniciar** un plan de tratamiento



El Dolor Debe ser Tratado Oportunamente

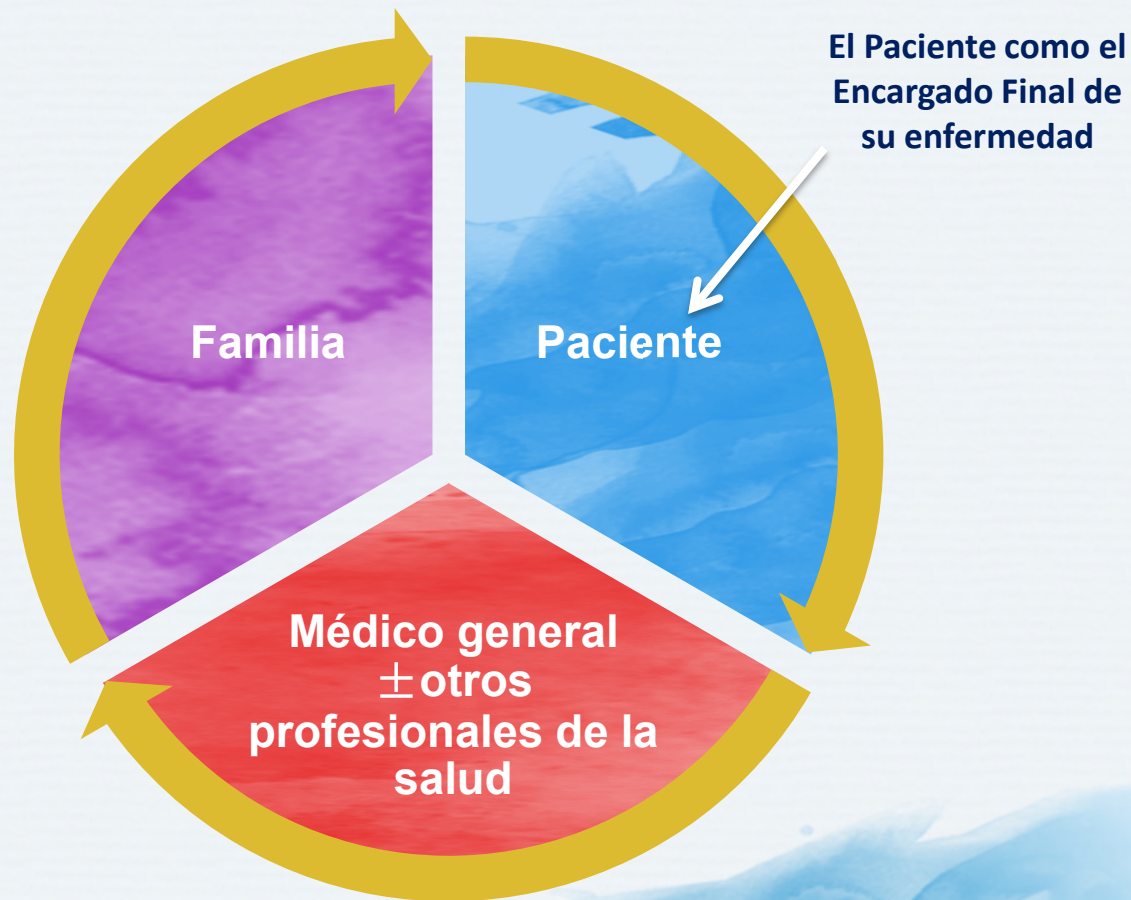
Recomendaciones de IASP para los Tiempos de Espera

| Tiempo de Espera | Padecimiento |
|------------------------------------|--|
| Tratar inmediatamente | <ul style="list-style-type: none">• Padecimientos de dolor agudo |
| 1 semana (el más urgente) | <ul style="list-style-type: none">• Padecimiento de dolor severo con riesgo de deterioro o cronicidad• Dolor en niños• Dolor relacionado con cáncer o enfermedad en etapa terminal |
| 1 mes (urgente o semi-urgente) | <ul style="list-style-type: none">• Dolor progresivo o no diagnosticado severo con riesgo de aumentar el deterioro funcional, generalmente con una duración de 6 meses o menos |
| 8 semanas (rutinario o regular) | <ul style="list-style-type: none">• Dolor persistente a largo-plazo sin progresión importante |



Decidir el mejor Curso de Tratamiento para el Paciente

Atención Colaborativa

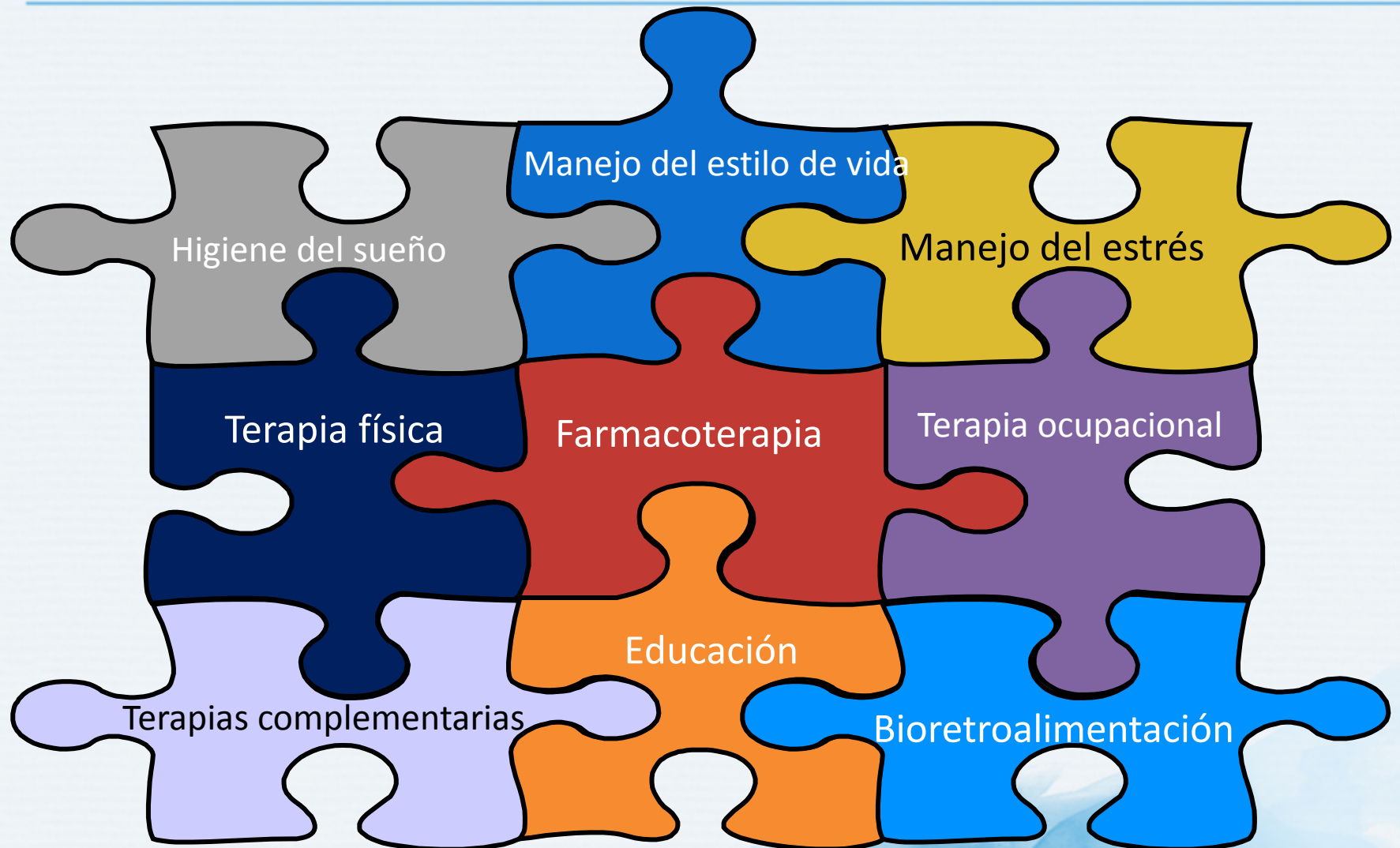




Tratamientos para Dolor

- Medicamentos
- Intervenciones anestésicas regionales
- Cirugía
- Terapias psicológicas
- terapias de rehabilitación/físicas
- Medicina complementaria y alternativa

Tratamiento Multimodal del Dolor con Base en un Enfoque Biopsicosocial



Tratamiento No- Farmacológico





Tipos de Terapias No-Farmacológicas

| Tipo de terapia | Ejemplos |
|-----------------|---|
| Psicológica | <ul style="list-style-type: none">• Hipnosis• Relajación• terapia conductiva conductual |
| Física | <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Neuroestimulación eléctrica transcutánea• Toque y masaje curativo• Terapia ocupacional |
| Proceso Clínico | <ul style="list-style-type: none">• Evaluación del dolor• Asesoría y comunicación por parte del médico• Educación |



Terapias psicológicas

- Asesoría individual y grupal
- Bioretroalimentación
- Técnicas de relajación
- Auto-hipnosis
- Imágenes visuales
- Técnicas de aprendizaje y acondicionamiento
- Técnicas conductuales
- Técnicas cognitivas
- Psicoterapia



Terapias de Rehabilitación/Físicas

- Calor
- Calor profundo (ultrasonido)
- Crioterapia
- Terapia acuática
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS)
- Iontoforesis y fonoforesis
- Tracción
- Ejercicio
- Terapia manual
- Método McKenzie
- Estabilización central



¿Qué es Medicina Complementaria y Alternativa (CAM)?

Un grupo de sistemas, prácticas y productos médicos y de salud diversos que generalmente no se consideran parte de la medicina convencional.

– definición de NCCAM



Evidencia de Beneficios Potenciales de la Medicina Complementaria y Alternativa

| | Artritis | Cefalea | Lumbalgia | Dolor de cuello |
|---------------------------------|----------|---------|-----------|-----------------|
| Acupuntura | √ | √ | √ | X |
| Balneoterapia (baños minerales) | X | | | |
| Matricaria | | X | | |
| Ácido gammalinoléico | X | | | |
| Glucosamina/condroitina | X | | | |
| Remedios herbales | X | | X | |
| Masajes | | | √ | |
| Manipulación espinal | | √ | √ | X |
| Relajación progresiva | | | √ | |
| Proloterapia | | | X | |
| Tai chi | X | | | |
| Yoga | | | √ | |

√ = evidencia prometedora de beneficio potencial; X = evidencia limitada, mixta o ninguna para soportar el uso

National institutes of Health. *Chronic Pain and CAM: At a Glance*. Available at: <http://nccam.nih.gov/health/pain/chronic.htm>. Accessed: July 29, 2013.



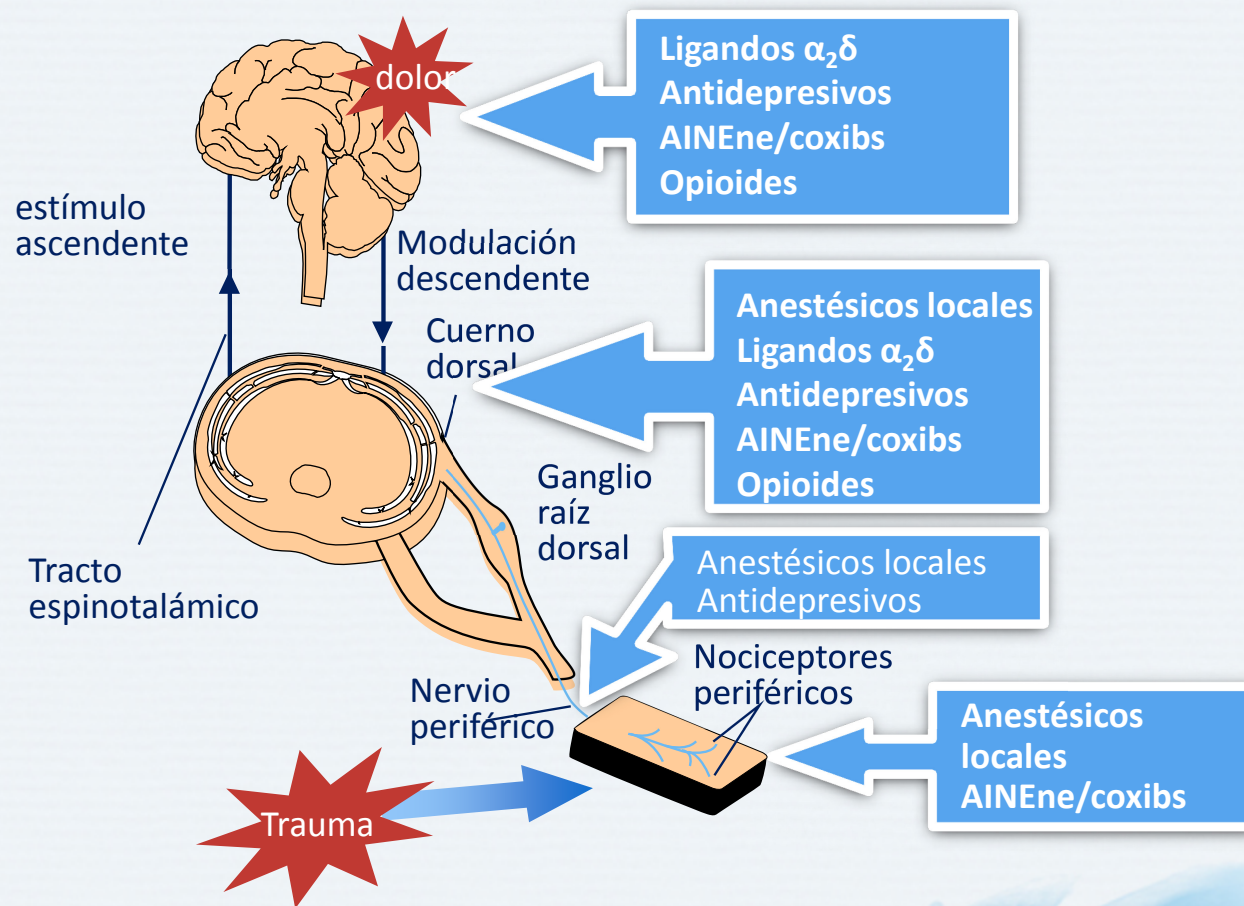
Tratando el Dolor: Uso de un Enfoque Mente-Cuerpo

- En enfoque biopsicosocial para evaluar y tratar el dolor crónico ofrece una perspectiva clínica con un valor único
- La perspectiva mente-cuerpo es actualmente aceptada generalmente por los investigadores del dolor
- Los profesionales clínicos de varias disciplinas como la medicina osteopática, reumatología y fisioterapia la encuentran útil,

Tratamiento Farmacológico



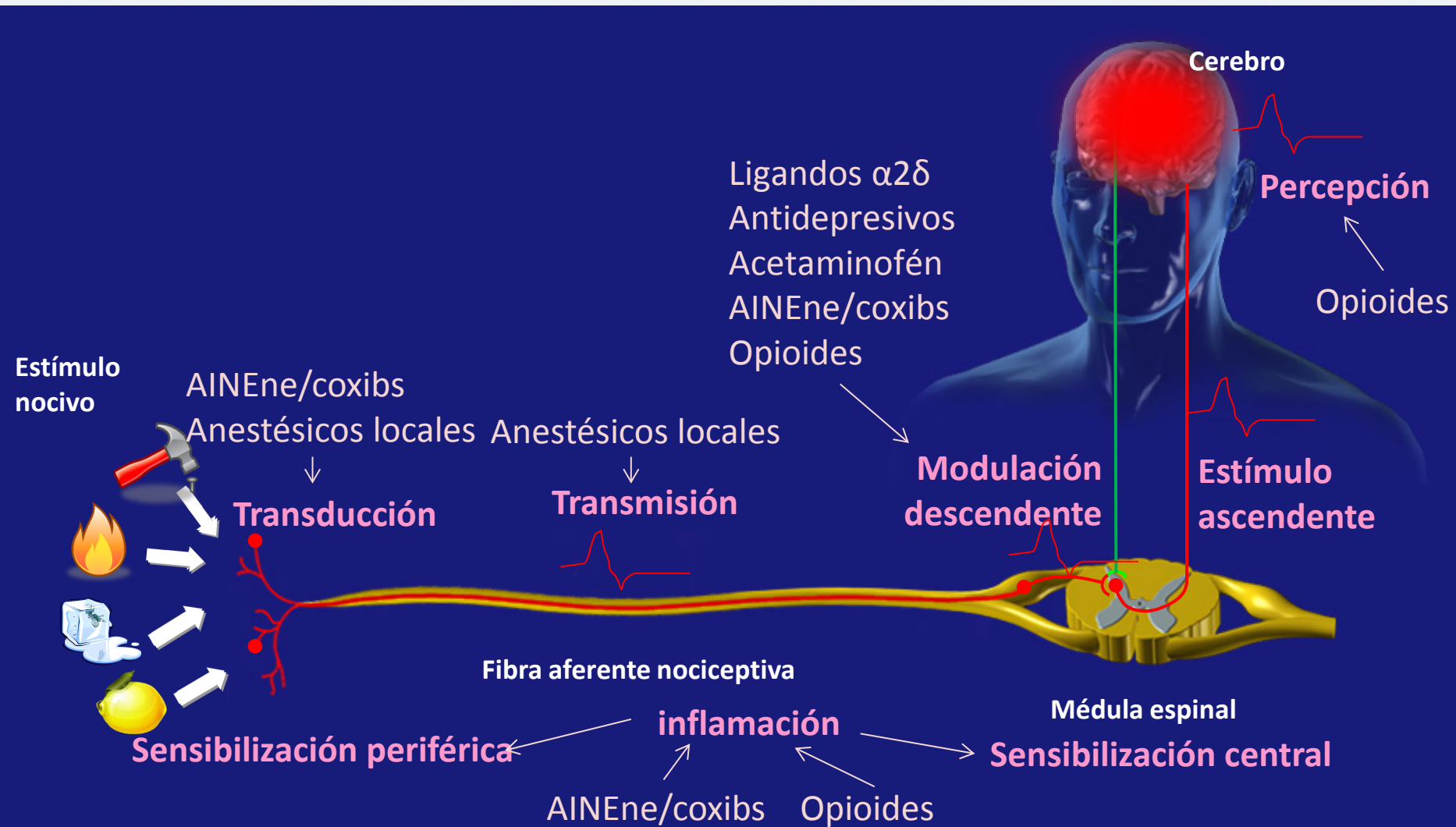
Los Analgésicos Afectan Diferentes Partes de la Vía del Dolor



Coxib = inhibidor de COX-2; AINEne = droga antiinflamatoria no esteroidea no-específica

Adaptado de: Gottschalk A et al. *Am Fam Physician* 2001; 63(10):1979-84; Verdu B et al. *Drugs* 2008; 68(18):2611-32.

Tratamiento Farmacológico de Dolor Nociceptivo/Inflamatorio Basado en el Mecanismo



Coxib = inhibidor de COX-2; AINE = droga antiinflamatoria no esteroidea no-específica

Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.



Acetaminofén

- La acción a nivel molecular no es clara
- Los mecanismos potenciales incluyen:
 - Inhibición de enzimas COX (COX-2 y/o COX-3)
 - Interacción con la vía opioide
 - Activación de la vía serotoninérgica bulboespinal
 - Involucramiento de la vía del óxido nítrico
 - Aumento en cannabinoide/vaniloide

¿Qué son los AINEs (AINEne/coxibs)?

AINE = Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug
droga antiinflamatoria no-esteroides

- Efecto analgésico vía la Inhibición de la producción de prostaglandina
- Clase amplia que incorpora muchos medicamentos diferentes:

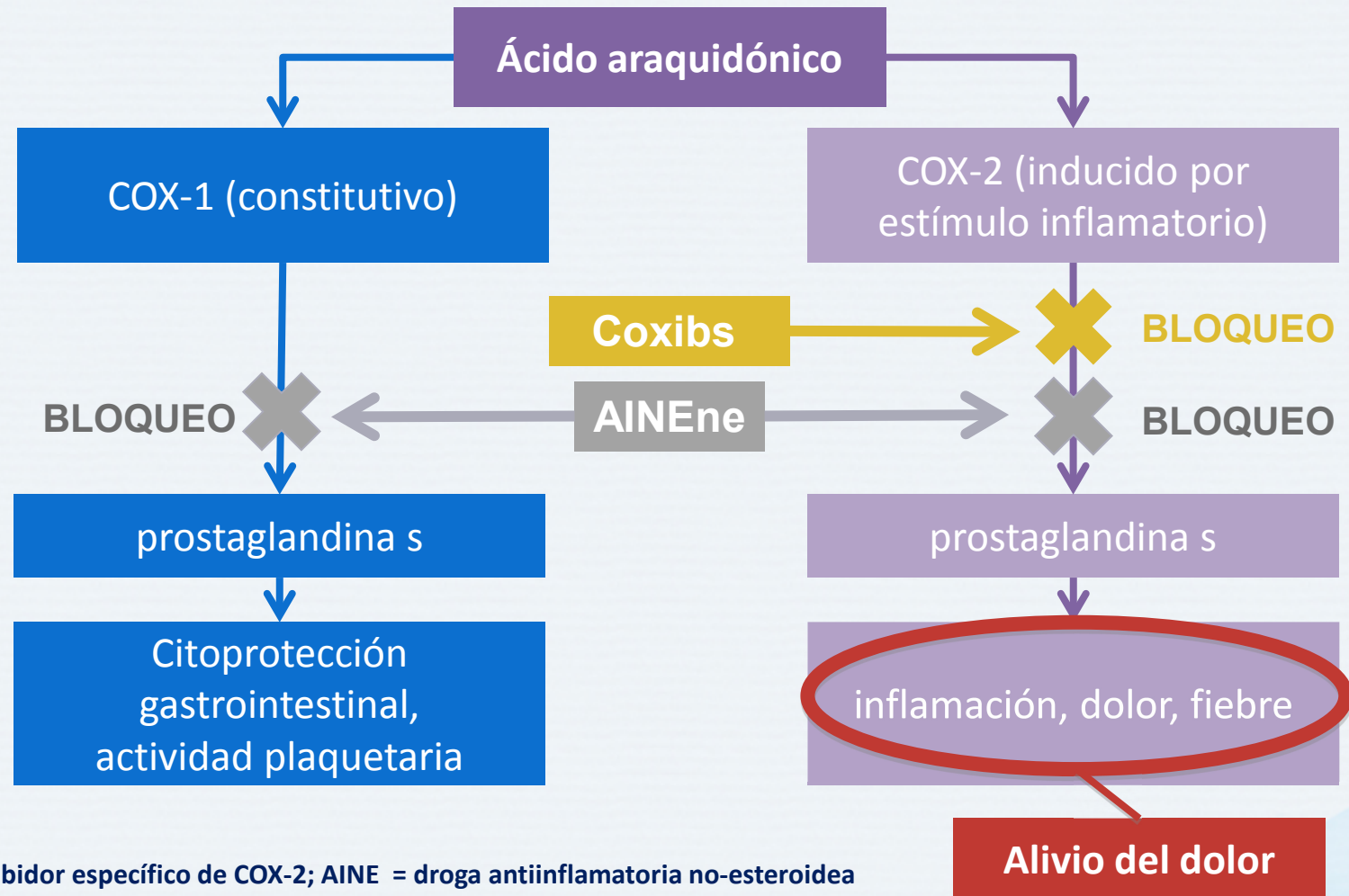
AINEne:

- ASA
- Diclofenaco
- Ibuprofeno
- Naproxeno

Coxibs:

- Celecoxib
- Etoricoxib

¿Cómo funcionan los AINEs/coxibs?



Coxib = inhibidor específico de COX-2; AINE = droga antiinflamatoria no-esteroida
AINEs = droga antiinflamatoria no-esteroida no-específica

Gastrosource. *Non-steroidal Anti-inflammatory Drug (NSAID)-Associated Upper Gastrointestinal Side-Effects*. Available at: <http://www.gastrosource.com/11674565?itemId=11674565>. Accessed: December 4, 2010; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.



COX-2 Es Expresado en el SNC

- Las PGs en el SNC son importantes en la sensibilización central y la hiperalgesia¹
- La inflamación periférica da lugar a la inducción central de COX-2²
 - Ocurre incluso con el bloqueo completo del nervio sensorial³
 - La señal humoral (¿IL-6?) puede participar en la transducción de la señal a través de la barrera hematoencefálica³
 - IL-1beta juega un rol importante centralmente³
 - La elevación de PGs en el FCE da lugar a hiperalgesia³
 - La inhibición de los receptores o síntesis de IL-1beta reduce los niveles de COX-2 del FCE, PG e hiperalgesia³
 - La inhibición de COX-2 centralmente tiene efectos similares^{3,4}

SNC = sistema nervioso central; FCE= fluido cerebroespinal ; PG = prostaglandina

1. Taiwo, et al. *Brain Res* 1986. 373 (1-2):81-84; 2. Ghilardi JR, et al. *J Neurosci* 2004;24(11):2727-32; 3. Samad TA, et al. *Nature* 2001;410:471-475; 4. Smith, et al. *Proc Natl Acad Sci US* 1998;95(22):13313-8.



COX-2 Resulta en Sensibilización al Dolor

- Sensibilización Periférica
 - COX-2 es expresado después de una lesión tisular
 - Las PGs producidas aumentan la sensibilidad del nociceptor al dolor
- Sensibilización central
 - La inflamación periférica da lugar a la inducción de COX-2 en el SNC
 - Ocurre incluso con el bloqueo completo del nervio sensorial, posiblemente debido a una señal humoral
 - Las PGs producidas por COX-2 en el SNC causan mayor sensibilización al dolor
- Resultado: hiperalgesia y alodinia



COX-2 Participa en la Sensibilización Central

- La inducción central de COX-2 resulta en mayor producción de PG
- La estimulación de PGE₂ de los receptores EP en el cuerno dorsal:
 - Activará la proteína quinasa C (PKC), fosforilando y aumentando aun más la abertura del canal NMDA
 - Activará directamente ciertas neuronas del cuerno dorsal abriendo canales de ion ligados al receptor EP₂
 - Reducirá la transmisión inhibitoria de las inter-neuronas glicinérgicas
 - Aumentará la despolarización y excitabilidad de las neuronas del cuerno dorsal



La Inhibición de COX-2 da lugar a Sensibilización

- La señal para la inducción de COX-2 tiende a persistir con inflamación periférica
- Para minimizar la sensibilización, COX-2 debe ser inhibido centralmente y en la periferia
 - Tan pronto como sea posible
 - De manera continua hasta que se resuelva la inflamación periférica resolved
 - Un inhibidor ideal de COX-2 debe ser capaz de actuar en la periferia y centralmente
 - Debe cruzar fácilmente la barrera hematoencefálica



Efectos Adversos de los AINEs/Coxibs

Todos los AINEs:

- Eventos cardiovasculares trombóticos
- Gastroenteropatía
 - Gastritis, hemorragia, ulceración, perforación
- Efectos renovasculares
 - Flujo sanguíneo renal disminuido
 - Retención de fluido/edema
 - Hipertensión
- Hipersensibilidad

AINEs mediados por Cox-1 (AINEs):

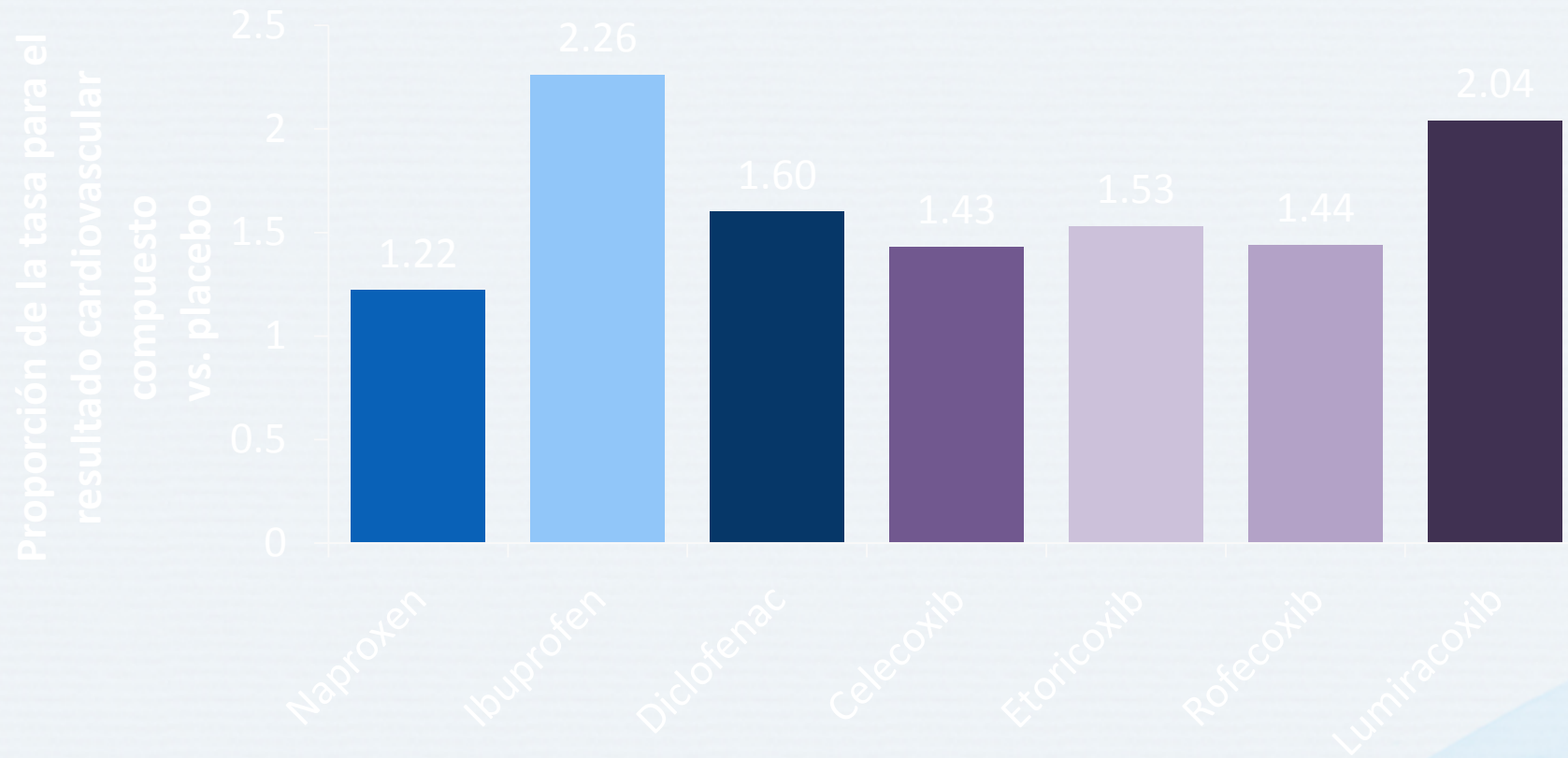
- Agregación plaquetaria disminuida

Coxib = inhibidor específico de COX-2; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroidea; AINEs= droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica

Clemett D, Goa KL. *Drugs* 2000; 59(4):957-80; Grosser T *et al.* In: Brunton L *et al* (eds.). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.



AINeNe/Coxibs y Riesgo Cardiovascular



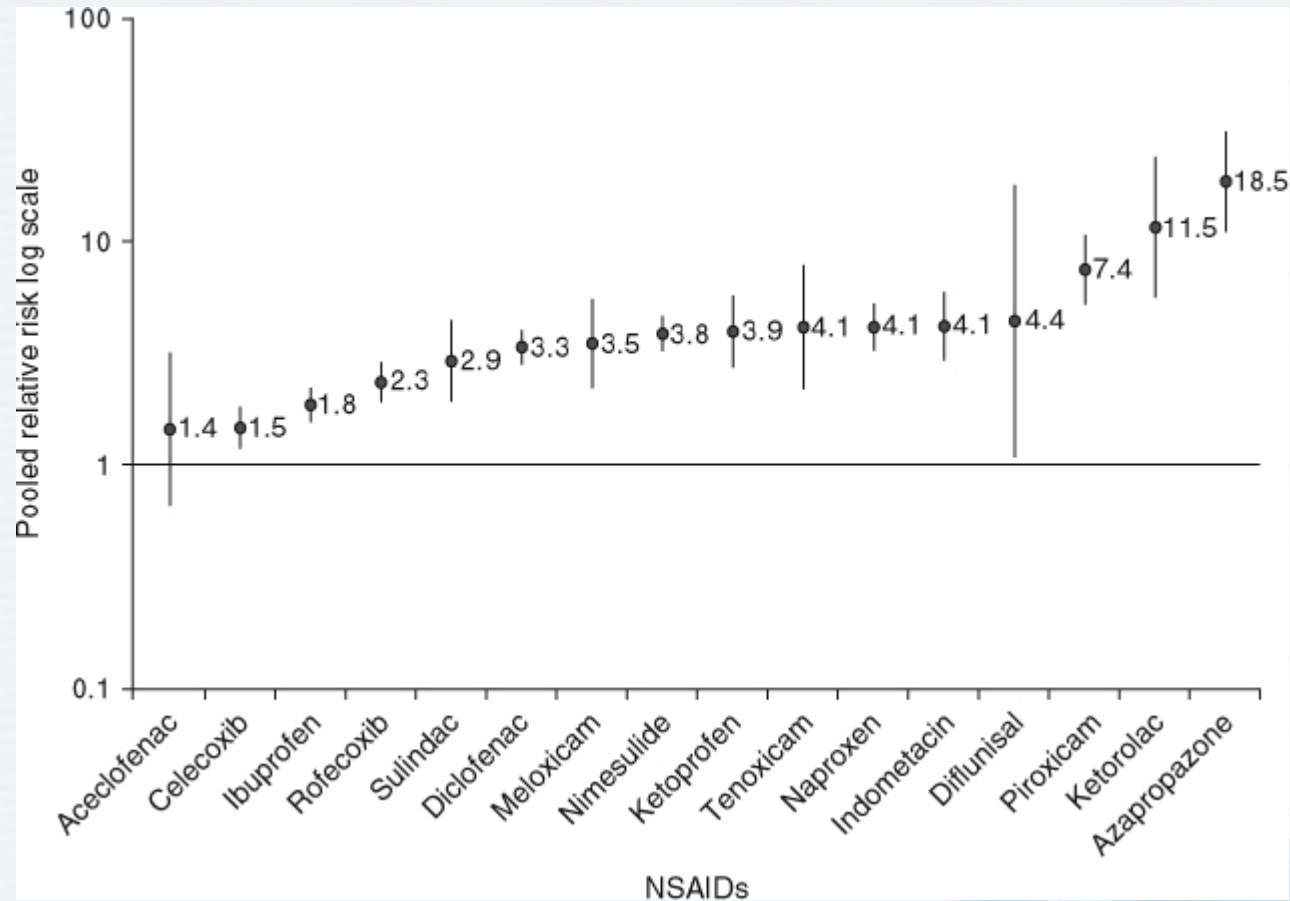
El Compuesto incluye infarto del miocardio no-fatal , accidente vascular cerebral no-fatal , o muerte cardiovascular en comparación con el placebo; tabla basada en un meta-análisis integral de 30 estudios y más de 100,000 pacientes

Coxib = inhibidor de COX-2; AINeNe= droga antiinflamatoria no-esteroides no-específica

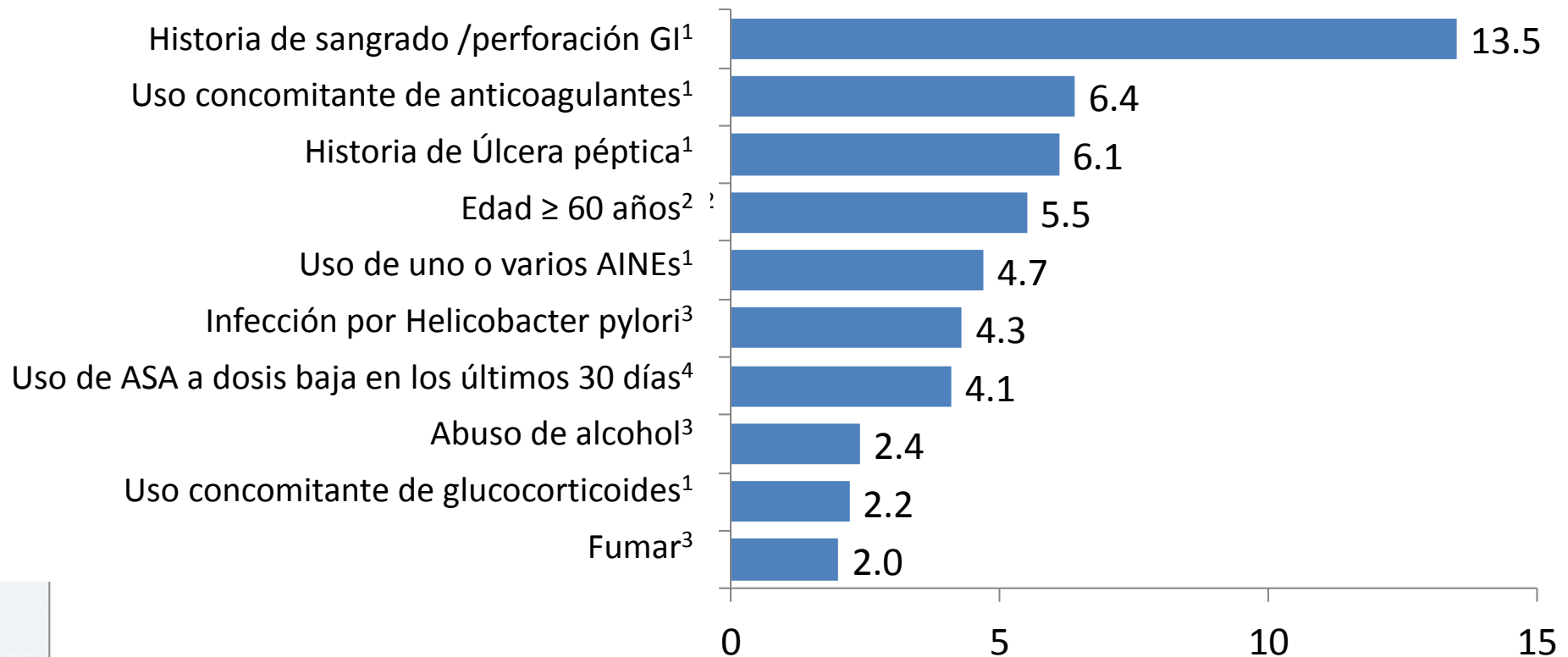
Trelle S *et al.* *BMJ* 2011; 342:c7086.

¿Riesgo Gastrointestinal con AINEs/coxibs?

Riesgos relativos combinados e ICs de 95% de complicaciones del tracto gastrointestinal superior



Factores de Riesgo de Complicaciones Gastrointestinales Asociadas con AINEs/Coxibs



Razón de momios/riesgo relativo de complicaciones del úlcera

ASA = ácido acetil-salicílico; coxib = inhibidor específico de COX-2; GI = gastrointestinal; AINE= droga antiinflamatoria no-esteroidea; AINEne= droga antiinflamatoria no-esteroidea no-específica; ISRS= inhibidor selectivo de recaptación de serotonina

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. *Lancet* 1994; 343(8900):769-72; 2. Gabriel SE et al. *Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96;
3. Bardou M, Barkun AN. *Joint Bone Spine* 2010; 77(1):6-12; 4. Garcia Rodríguez LA, Hernández-Díaz S. *Arthritis Res* 2001; 3(2):98-101.



Guías para el Uso de AINEne/Coxibs

Con Base en el Riesgo Gastrointestinal y el Uso de ASA

| | | Riesgo Gastrointestinal | |
|----------------|----------------------------|--------------------------------|----------------|
| | | No elevado | elevado |
| Sin ASA | AINEne solo | Coxib AINEne+ PPI | |
| Con ASA | Coxib + PPI AINEne+ PPI | Coxib + PPI AINEne+ PPI | |

ASA = ácido acetil-salicílico; coxib = inhibidor específico de COX-2;

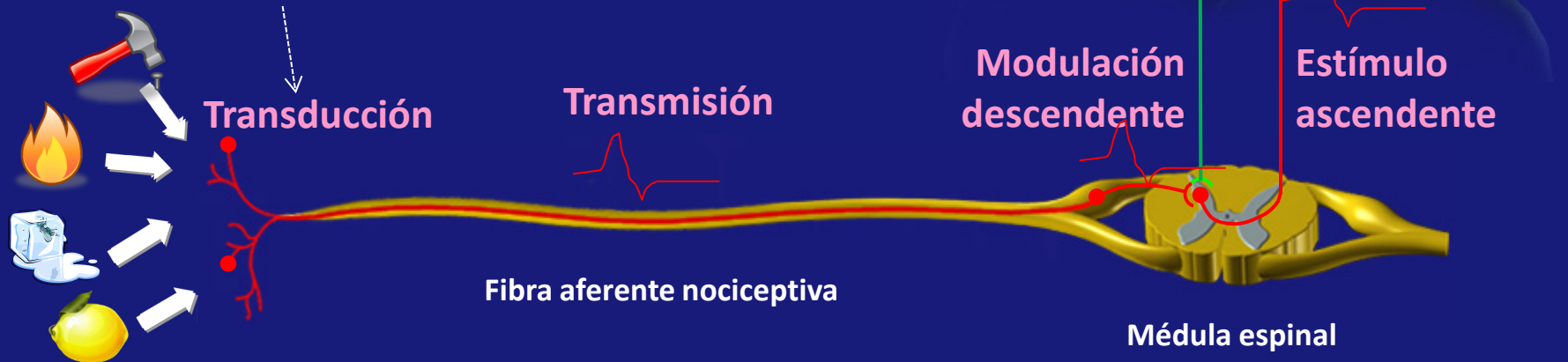
AINEne= droga antiinflamatoria no-esteroides no-específica; PPI = inhibidor de la bomba de protones

Tannenbaum H et al. *J Rheumatol* 2006; 33(1):140-57.

¿Cómo Afectan los Opioides el Dolor?

Modifican la percepción, modulan la transmisión
Y afectan la transducción porque:

- Alteran la actividad del sistema límbico; modifican los aspectos sensoriales y afectivos del dolor
- Activan las vías descendentes que modulan la transmisión en la médula espinal
- Afectan la transducción del estímulo del dolor a impulsos nerviosos

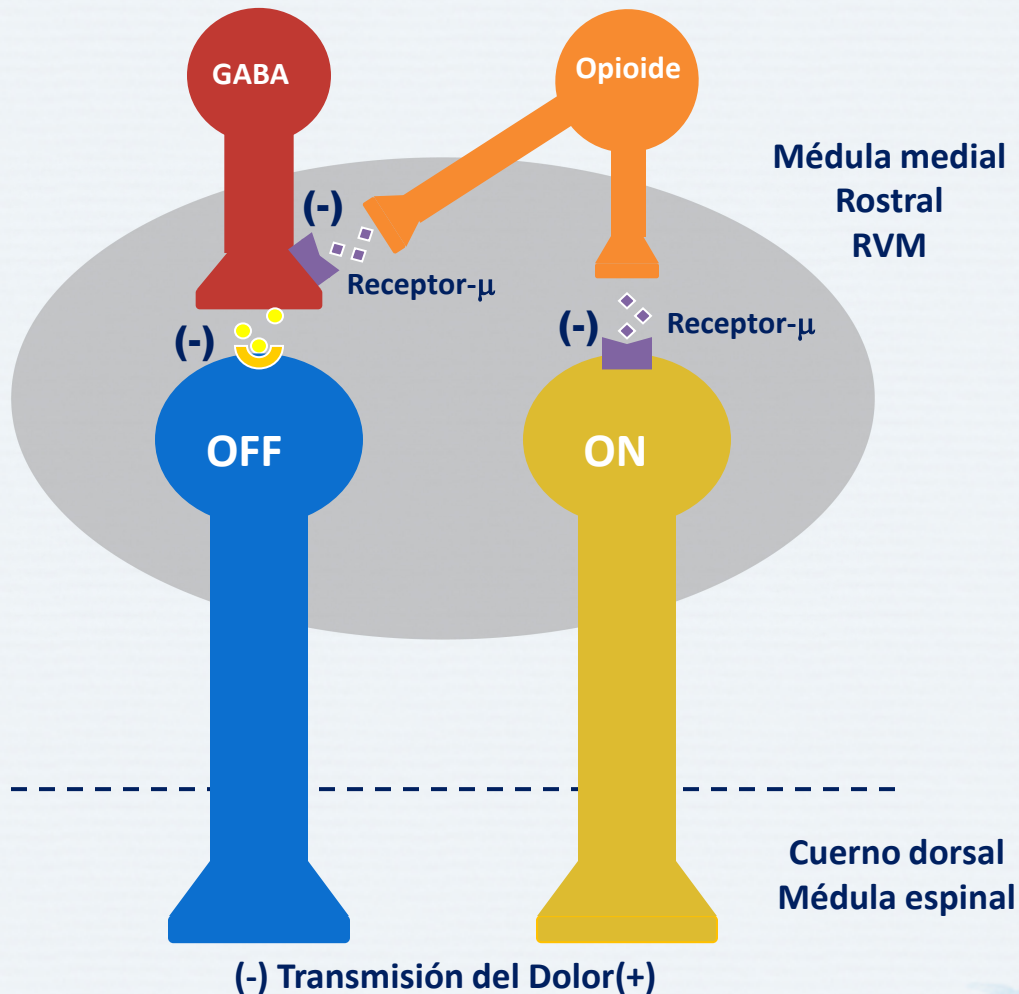




Opioides y Manejo del Dolor

| Receptor Oioide | Respuesta |
|-----------------|--|
| Mu | Analgesia supraespinal, depresión respiratoria, sedación, miosis, euforia, efectos cardiovasculares, prurito, N/V, disminución de la motilidad GI, dependencia, tolerancia |
| Delta | Analgesia, euforia, disforia, efectos psicotomiméticos |
| Kappa | Analgesia espinal, disforia, efectos psicotomiméticos, miosis, depresión respiratoria, sedación |

Los Opioides Modulan el Control de las Células “ON” y “OFF”



- **Estimulación opioide de receptores μ en células “ON”**
 - Menor actividad células “ON”
 - Menor facilitación de transmisión del dolor en el cuerno dorsal
 - **Menos dolor**
- **Estimulación opioide de receptores- μ en células “OFF” que inervan inter-neuronas GABA-érgicas**
 - Menor actividad interneurona GABA-érgica
 - Menor inhibición de células “OFF”
 - Mayor inhibición células “OFF” de transmisión del dolor en el cuerno dorsal
 - **Menos dolor**



Los Opioides Pueden Inducir Hiperalgnesia

Hiperalgnesia Primaria

- Sensibilización de neuronas primarias → disminuye el umbral al estímulo nocivo en el sitio de la lesión
- Puede incluir una respuesta a un estímulo inocuo
- Mayor dolor de un estímulo sobre el umbral (supra-umbral)
- Dolor espontáneo

Hiperalgnesia Secundaria

- Sensibilización de neuronas primarias en áreas circundantes no lesionadas
- Puede involucrar sensibilización periférica y central



Los Opioides Pueden Inducir Alodinia

- Dolor evocado por un estímulo inocuo
- Sensibilización Central → dolor producido por fibras $A\beta^2$
- Posiblemente mediado por receptores NMDA espinales³



Efectos Adversos de los Opioides

| Sistema | Efectos adversos |
|------------------|---|
| Gastrointestinal | Náusea, vómito, constipación |
| SNC | Daño cognitivo, sedación, vahído, mareo |
| Respiratorio | Depresión respiratoria |
| Cardiovascular | Hipotensión ortostática, desfallecimiento |
| Otro | Urticaria, miosis, sudoración, retención urinaria |

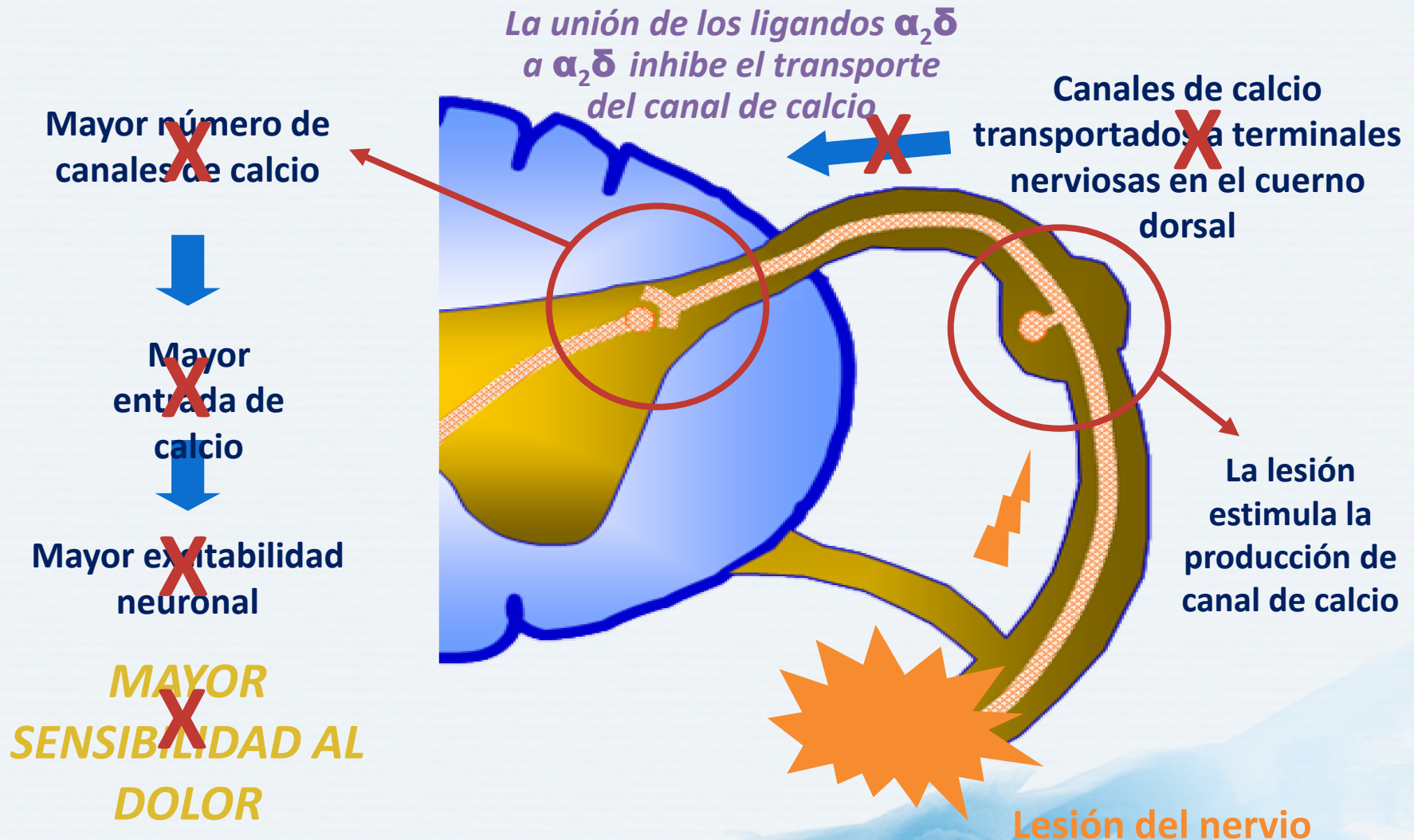
SNC= sistema nervioso central

Moreland LW, St Clair EW. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):153-91; Yaksh TL, Wallace MS.

In: Brunton L et al (eds.). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version).

McGraw-Hill; New York, NY: 2010.

Rol de los Canales de Calcio Ligados- $\alpha_2\delta$ en el Dolor Neuropático

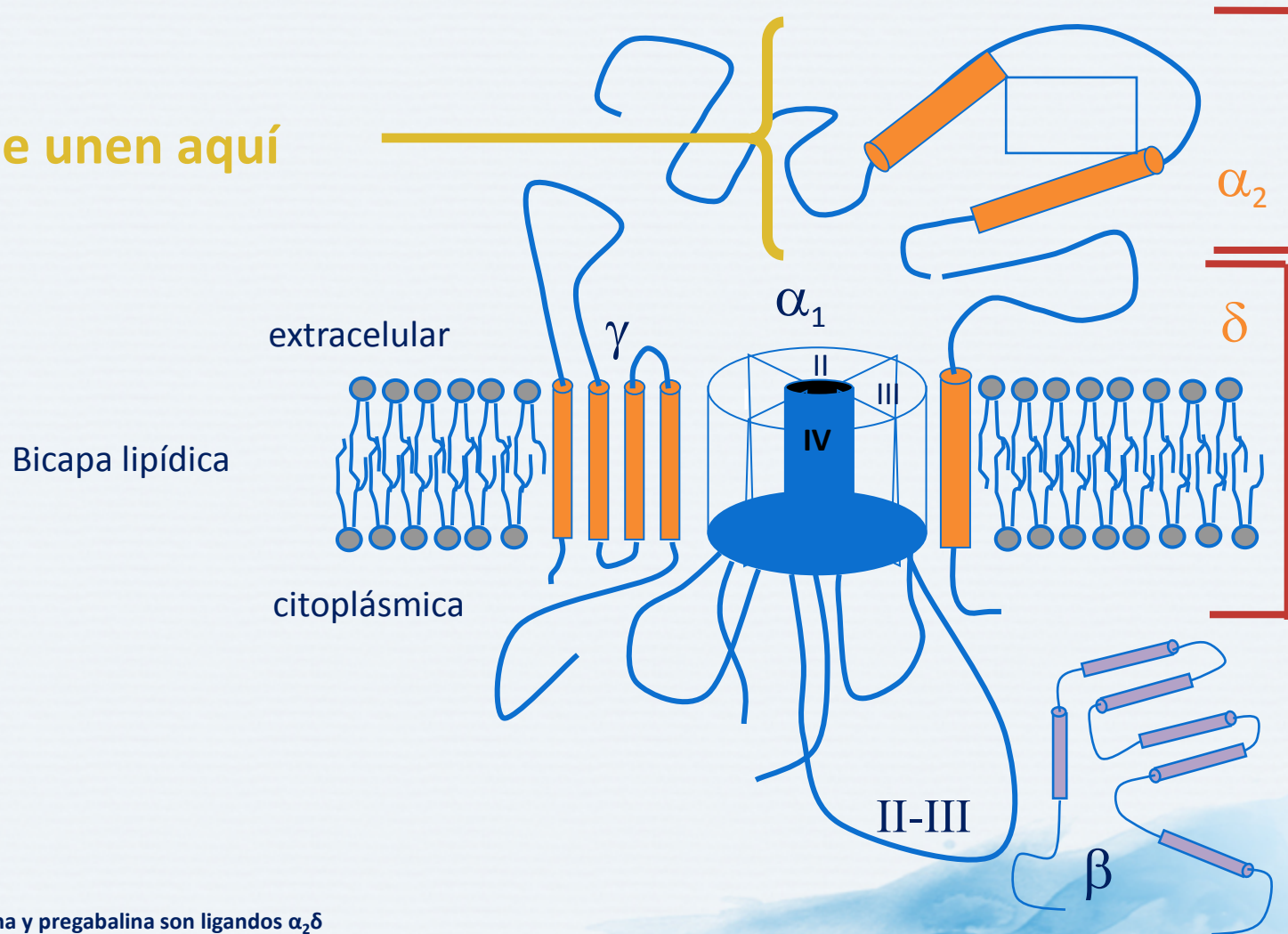


Nota: gabapentina y pregabalina son ligandos $\alpha_2\delta$
Bauer CS et al. *J Neurosci* 2009; 29(13):4076-88.



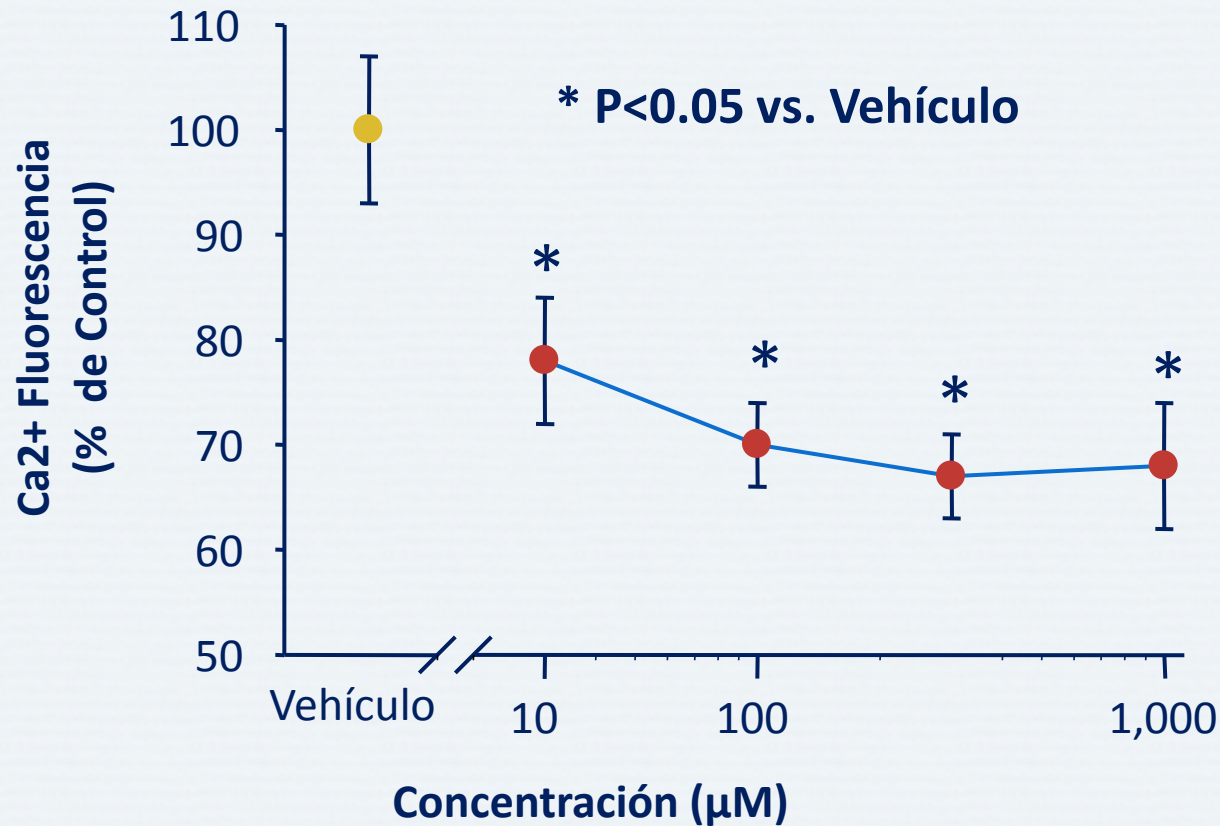
Los Inhibidores α_2 - δ Se Unen a la Subunidad α_2 - δ de los Canales de Calcio Activados por Voltaje

Se unen aquí

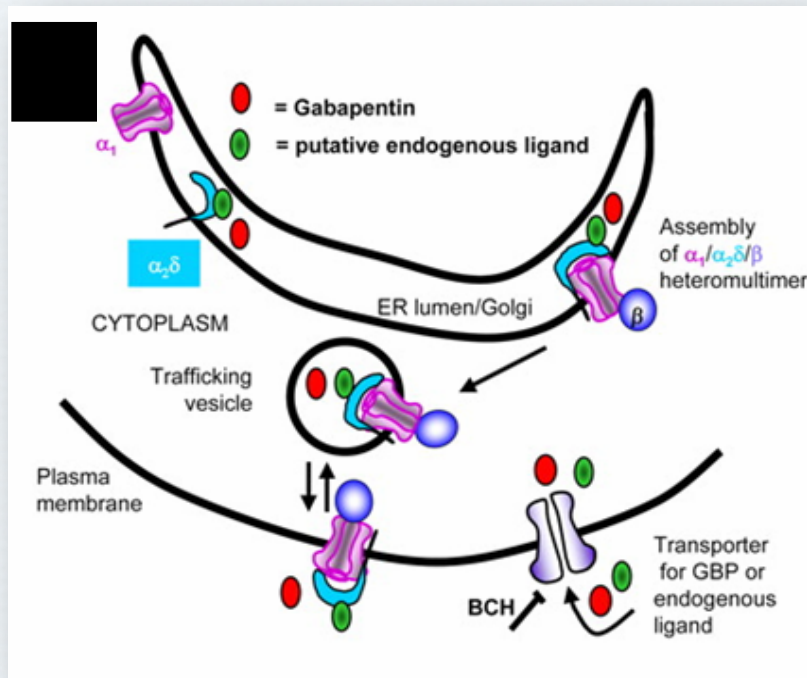




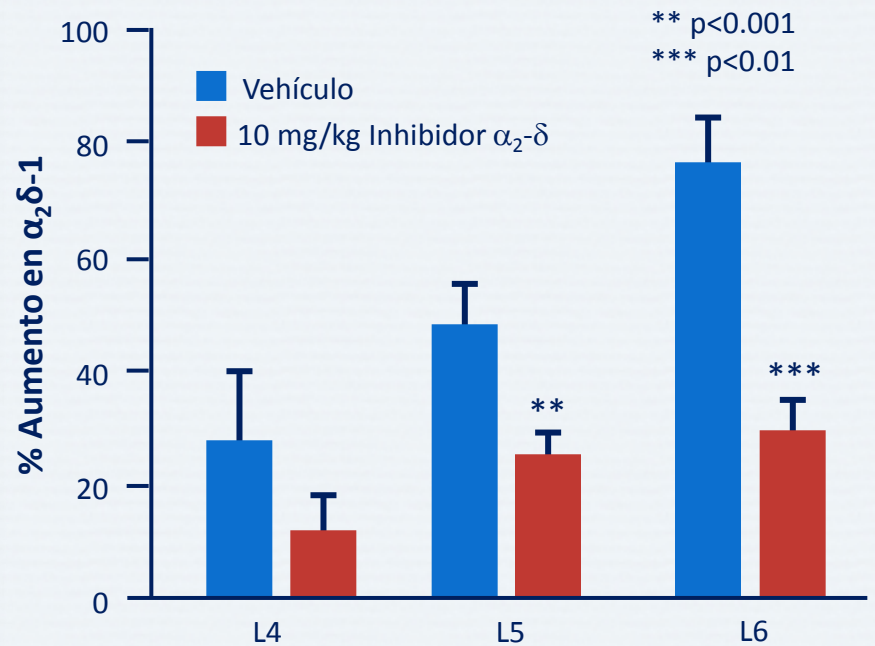
Los Inhibidores α_2 - δ Reducen la Entrada de Ca^{2+} en Sinaptosomas Neocorteza Humanos Despolarizados



Los Inhibidores α_2 - δ Modulan el Tráfico de Canales Ca^{2+}



Hendrich. PNAS. 2008 105:3628-3633.



Bauer et al, J Neurosci. 2009 Apr 1;29(13):4076-88.

- Los inhibidores α_2 - δ reducen el tráfico de complejos VGCC a la superficie celular in vitro
- Los inhibidores α_2 - δ previenen el aumento de α_2 - δ en el cuerno dorsal inducido por la lesión nerviosa

Efectos Adversos de los Ligandos $\alpha_2\delta$

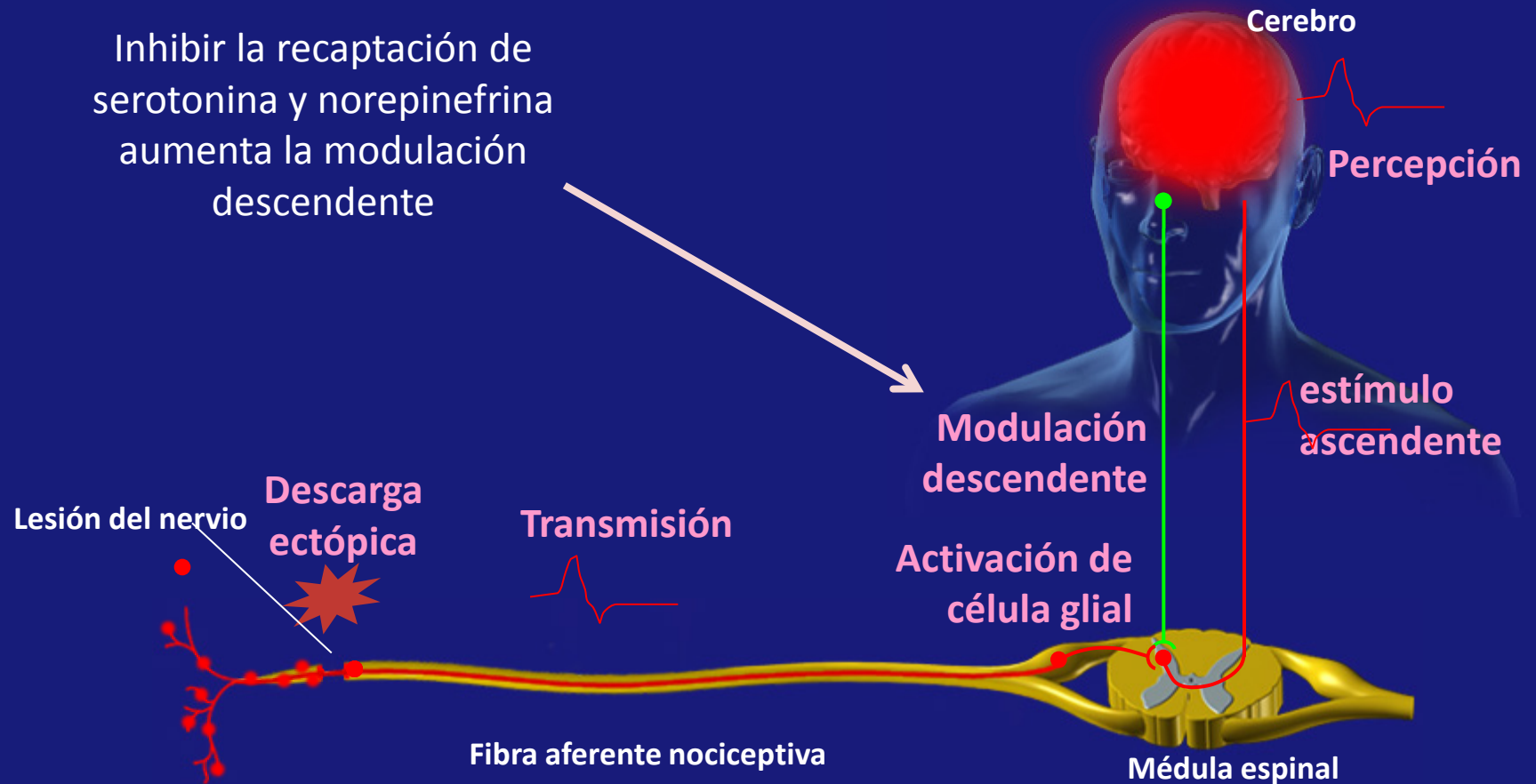
| Sistema | Efectos adversos |
|-------------------|---|
| Sistema digestivo | Boca seca |
| SNC | Mareo, somnolencia |
| Otro | Astenia, cefalea, edema periférico, aumento de peso |

Los ligandos $\alpha_2\delta$ incluyen gabapentina y pregabalina

SNC= sistema nervioso central

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8.

Cómo Modulan el Dolor los Antidepresivos



Mecanismos Sugeridos de la Acción Analgésica de los Antidepresivos

| Mecanismo de Acción | Sitio de acción | TCA | IRSN |
|---|--|-------------------------------|----------------------------------|
| Inhibición de la recaptación | Serotonina Noradrenalina | + + | + + |
| Antagonismo del receptor | α -adrenérgico NMDA | + + | - (+) milncipran |
| Bloqueo o activación de los canales de iones | Bloqueador canal de calcio | + | (+) venlafaxina/ - duloxetina |
| | Bloqueador canal de calcio | + | ? |
| | Activador canal de potasio | + | ? |
| Aumento en la función del receptor | Receptor GABA _B | + amitriplina/ desipramina | ? |
| Unión receptor opioide/ efecto mediado por opioide | Receptor opioide M- y δ | (+) | (+) venlafaxina |
| Disminuye la inflamación | Menor producción de PGE2 Menor producción de TNF α | | |



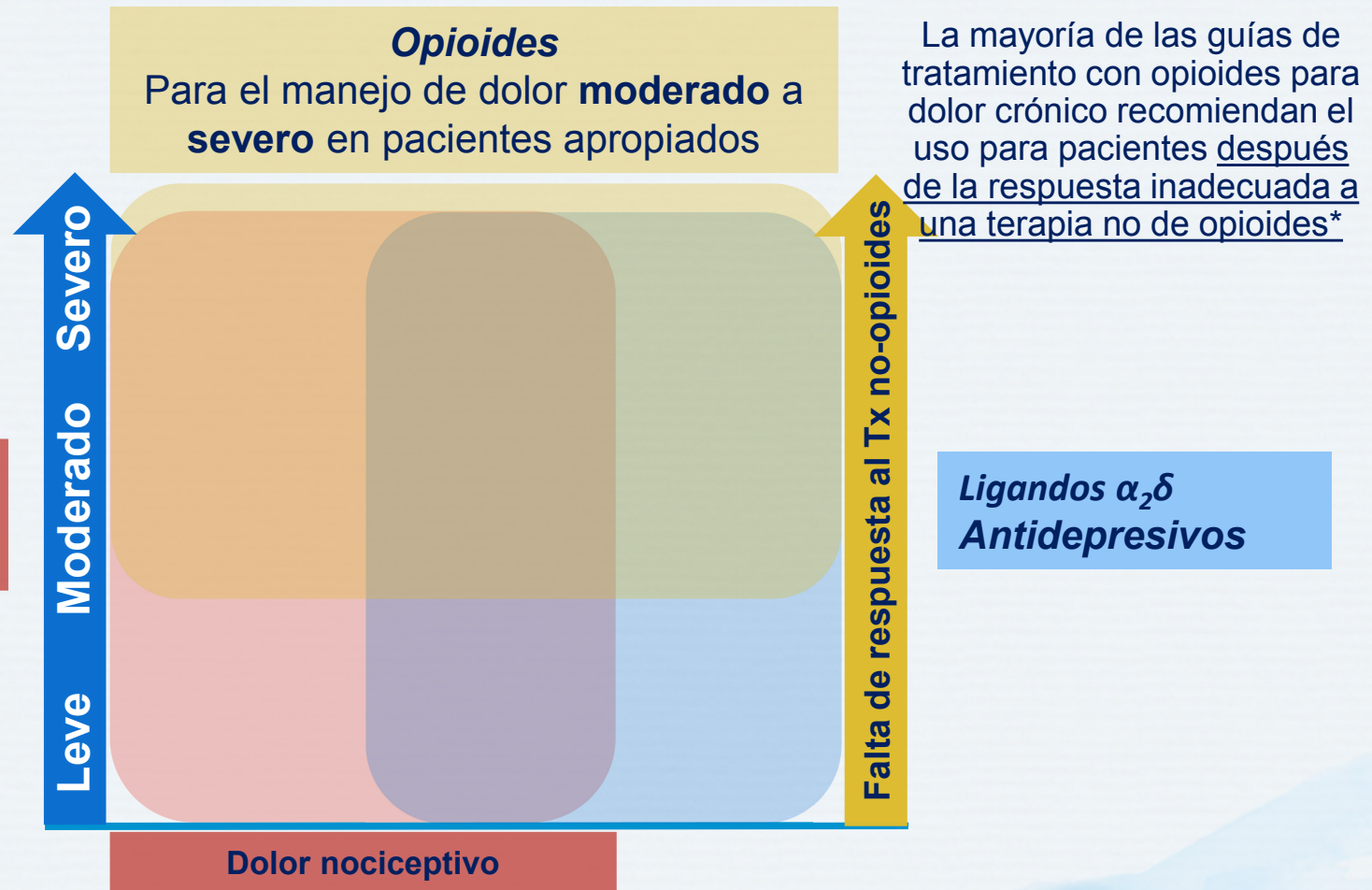
Efectos Adversos de los Antidepresivos

| Sistema | TCAs | IRSNs |
|-------------------|---|---|
| Sistema digestivo | Constipación, boca seca, retención urinaria | Constipación, diarrea, boca seca, náusea, disminución del apetito |
| SNC | Trastornos cognitivos, mareo, somnolencia, sedación | Mareo, somnolencia |
| Cardiovascular | Hipotensión ortostática, palpitaciones | Hipertensión |
| Otro | Visión borrosa, caídas, trastornos en la marcha, sudoración | Enzimas hepáticas elevadas, glucosa en plasma elevada, sudoración |

SNC= sistema nervioso central; TCA = antidepresivo tricíclico; IRSN= Inhibidor de recaptación de serotonina-norepinefrina

Attal N, Finnerup NB. Pain Clinical Updates 2010; 18(9):1-8.

La Evaluación de la Patofisiología del Dolor Puede Ayudar a Guiar la terapia Farmacológica Apropriada



*Seleccionado con base en la patofisiología del dolor del paciente, siempre y cuando no existan contraindicaciones para su uso
Coxib = inhibidor específico de COX-2;
AINEne = droga antiinflamatoria no esteroidea no-específica
Chou R *et al. J pain* 2009; 10(2):113-30;
Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.



Pero... Los pacientes con Dolor Crónico de Solo Un Tipo de Patofisiología del Dolor Pueden ser Raros

- Los pacientes pueden tener diferentes mecanismos patofisiológicos que contribuyan a su dolor
 - ej: el síndrome de dolor regional complejo tiene varios mecanismo potenciales, incluyendo lesión del nervio e inflamación– “estado de dolor mixto”



- Las terapias que funcionarán mejor para un paciente particular tienden a depender de los mecanismos que contribuyen al dolor del paciente



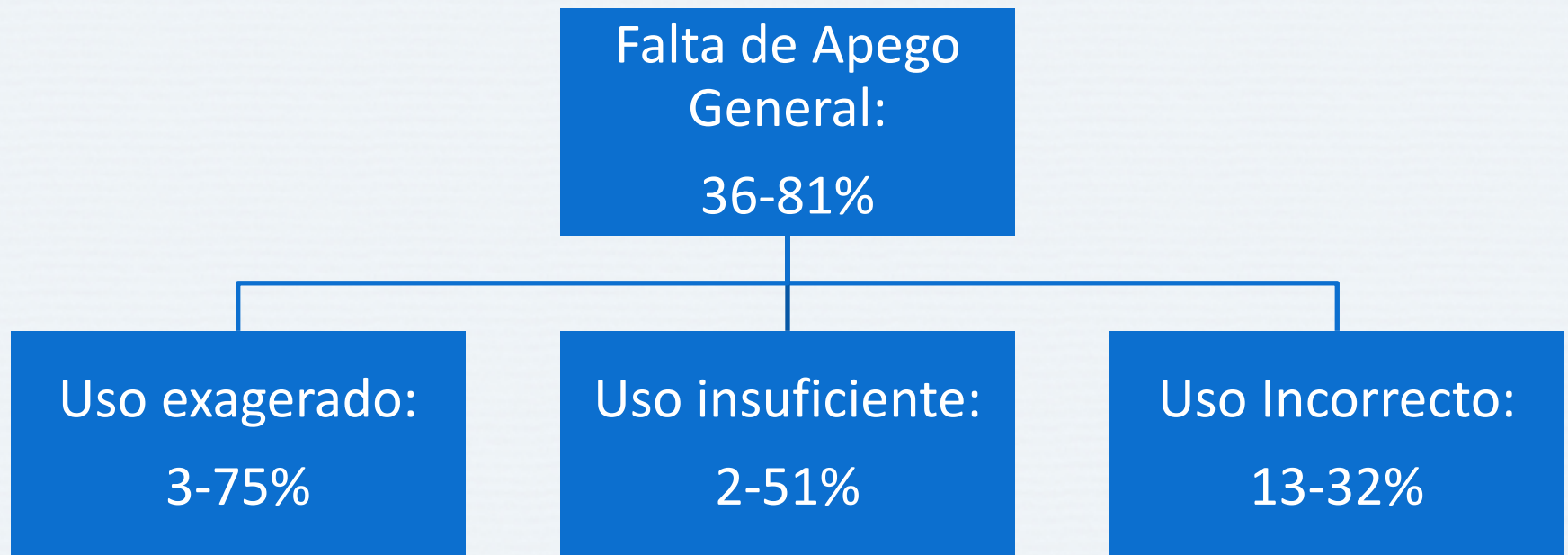
- Los pacientes con dolor mixto pueden beneficiarse de la terapia combinada

Apego





La Falta de Apego a los Medicamentos para Dolor Crónico es Común...



Pero las tasas varían considerablemente entre estudios...



Factores Relacionados con los Demográficos y la Medicación Pueden Ayudar a Predecir la Falta de Apego

- Edad más joven
- Compensación del Seguro de Salud
- Fumar cigarrillos
- Auto-medicación
- Mayor número de analgésicos prescritos
- Se debe tomar un mayor número de píldoras



La Falta de Apego También se Relaciona con las Inquietudes del Paciente

| Tipo de Falta de Apego | Inquietud del paciente | | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|
| | Nivel de dolor | Necesidad percibida | Desconfianza en el doctor | Efectos secundarios | Inquietud sobre el retiro |
| Falta de Apego | NS | NS | $p < 0.01$ | $p < 0.01$ | $p < 0.001$ |
| Uso exagerado | NS | $p < 0.001$ | NS | $p < 0.05$ | NS |
| Uso insuficiente | $p < 0.05$ | NS | $p < 0.01$ | NS | $p < 0.01$ |



Estrategias para Mejorar el Apego

Simplificar el régimen

Impartir conocimiento

Modificar las creencias del paciente y el comportamiento humano

Proporcionar comunicación y confianza

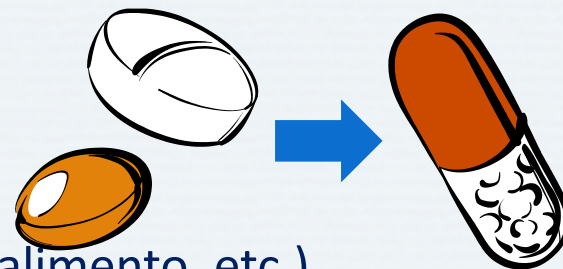
Leave the bias (eliminar el sesgo)

Evaluar el apego

Simplificar el Régimen de Administración

- Si es posible, ajuste el régimen para minimizar:

- El número de píldoras que se deben tomar
- El número de dosis al día
- Requerimientos especiales (ej: tomar antes de ir a dormir, evitar tomar medicamentos con alimento, etc.)



- Recomendar tomar todos los medicamentos a la misma hora del día (si es posible)
- Asociar la toma del medicamento con las actividades cotidianas como lavarse los dientes o comer
- Motivar el uso de auxiliares del apego como organizadores de medicinas y alarmas



Impartir Conocimiento

- Proporcionar instrucciones claras, concisas (escritas y verbales) para cada prescripción
- Asegurarse de proporcionar información a un nivel que el paciente pueda entender
- Involucrar a los miembros de la familia si es posible
- Proporcionar folletos y/o sitios de internet confiables para tener acceso a información sobre su padecimiento
- Proporcionar asesoría concreta sobre cómo lidiar con los costos del medicamento



Modificar las Creencias y Comportamientos del Paciente: Técnica de Entrevista Motivacional

Técnicas

- Expresar empatía
- Desarrollar discrepancia
- Evitar la resistencia
- Apoyarla auto-eficacia

Ejemplos

- “Es normal preocuparse acerca de los efectos secundarios del medicamento”
- “Obviamente le interesa su salud; ¿cómo cree que la afecta el que no se tome su medicina?”
- “Entiendo que tiene muchas otras cosas de qué preocuparse además de tomar su medicamento”
- “Suena como que ha hecho grandes esfuerzos para incluir su nuevo medicamento en su rutina diaria”



Brindar Comunicación y Confianza: Sugerencia sobre Comunicación

- Escuchar activamente
 - Enfocarse en el paciente
 - Asentir y sonreír para para mostrar que entendimos
- Hacer contacto visual



- Estar consciente de nuestro lenguaje corporal
 - Ver al paciente a la cara
 - No cruzar los brazos
 - Sacar las manos de los bolsillos
- Reconocer e interpretar las pistas no verbales

Eliminar el Sesgo

Reconocer los sesgos



Aprender más acerca de cómo la baja alfabetización sobre la salud puede afectar los resultados del paciente



Preguntar específicamente sobre actitudes, creencias y normas culturales con respecto a su medicación



Adaptar la comunicación a las creencias y nivel de comprensión del paciente



Evaluando el Apego: Estrategia de 4-Pasos para Detectar la Falta de Apego

- 1 Hacer una pregunta abierta sobre la toma de medicinas
- 2 Normalizar y universalizar la falta de apego para revertir el ambiente crítico
- 3 Explicar claramente el rol de la información precisa sobre el apego en la toma de decisiones médicas
- 4 No preguntar sobre “olvidar” u “omitir” dosis hasta que los 3 primeros pasos hayan sentado las bases

Resumen





Manejo: Resumen

- Puede ser difícil elegir el mejor tratamiento para dolor crónico y agudo
- Se recomienda un enfoque que combine intervenciones físicas y psicosociales
- La elección de la farmacoterapia puede guiarse parcialmente por el tipo(s) de dolor
- El apego a la terapia es necesario para que el paciente obtenga resultados óptimos