Jornada Científica de Anestesiología y Reanimación de la Región Central. *Anestecien2022*

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL DOLOR

Autor: Dr.Jose Julio Ojeda González, https://orcid.org/0000-0002-7302-7840

Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Urgencias Médicas y Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba

RESUMEN

El enfoque de la atención al dolor debe ser redirigido de intentar curar las enfermedades de carácter agudo hacia un tránsito en el abordaje de una forma eficiente y efectiva hacia la cronicidad del dolor ante una población envejecida. Hay que establecer conductas de trabajo multidisciplinar e interdisciplinar con vistas a lograr una atención integral ante el dolor y efectuar una gestión integrada de los servicios en tanto en la atención primaria como hospitalaria para la atención al dolor agudo y crónico. El presente artículo *tiene como objetivo* abordar los elementos a tener presente en el diagnóstico y tratamiento del dolor desde lo multidisciplinar. Se realiza una aproximación a los aspectos esenciales del diagnóstico y tratamiento del dolor desde la perspectiva multidisciplinar, su evaluación clínica utilizando diferentes escalas para ello, enfatizando en el trabajo del equipo multidisciplinar para la atención de este. El tratamiento debe estar basado en alternativas de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas derivadas desde diferentes especialidades implicadas en el tratamiento del dolor.

Palabras claves: Diagnóstico y tratamiento multidisciplinar, dolor.

INTRODUCCION

Introducción

La atención al paciente con dolor es una preocupación de la medicina desde el surgimiento y desarrollo del ser humano, así lo evidencian varios investigadores. En los últimos doscientos años fue posible avanzar hacia las teorías actuales del dolor, con la contribución de: Johannes Peter Muller, Schiff, Erb, Nafe, Livingston, Wedell y Sinclair, hasta llegar a la teoría sobre el dolor de Ronald Melzack y Patrick Wall, la teoría de la compuerta, que ha dominado el pensamiento de la comunidad científica mundial en los últimos cincuenta años, con el nuevo concepto de la neuromatrix apareció, en el ser humano la respuesta emocional, cognitiva, conductual integral ante el estímulo doloroso.[1]

Transcurrido un siglo desde la primera anestesia, realizada por William Thomas Green Morton quien, el día 16 de octubre de 1846, realizó la reconocida como primera anestesia en Boston, que indujo un cambio que el mundo había esperado durante varios siglos, John J. Bonica, anestesiólogo durante la guerra, experto en las técnicas de la anestesia regional, excelso anatomista y sensible al sufrimiento humano, pudo transformar la ciencia en sabiduría al aportar a su especialidad los conocimientos atesorados por la humanidad y la posibilidad de tener un significativo rol fuera del quirófano y de iniciar en una escala, sin precedentes hasta él, del tratamiento del dolor.[1,2]

Desde y gracias a Bonica desde sus publicaciones hace una referencia explícita a la necesidad de tratar el dolor de manera multidisciplinar, y desde su especialidad se transmitieron ciertos conocimientos y habilidades para integrarlos en otras disciplinas relacionadas con la repercusión física y psicológica, que entendió igualmente necesarias para el tratamiento de situaciones complejas, como el dolor de los heridos de guerra, amputados, enfermos de cáncer y distintas situaciones de enfermedades que provocan dolor refractario.[1,2]

A partir de 1973 y liderados por Fordyce se crearon programas terapéuticos multidisciplinares cuyas metas principales eran, además del alivio del dolor la disminución del déficit funcional y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas.[3]
En 1990 la *Asociación Internacional para el Estudio del Dolor* por sus siglas en inglés (IASP), publicó una propuesta para la **asistencia y formación en dolor** desde una perspectiva multidisciplinar en su tratamiento.
Se considera el dolor como un fenómeno complejo, su evolución y tratamiento debe hacerse siguiendo un modelo biopsicosocial y un enfoque multidisciplinar de tratamiento incluyendo aspectos: médicos, psicológicos y físicos. El que ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento con una sola modalidad.

El presente artículo *tiene como objetivo* abordar los elementos a tener presente en el diagnóstico y tratamiento del dolor desde lo multidisciplinar.

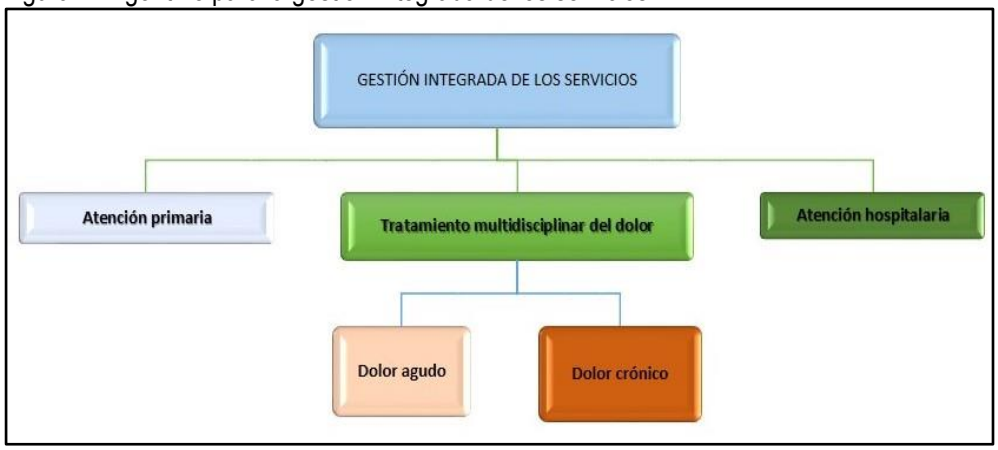
Epidemiología del dolor

El dolor crónico es considerado uno de los mayores problemas de salud en la actualidad. Aunque no hay datos epidemiológicos exhaustivos, se estima que el 11 a 35% de la población sufre de dolor crónico no oncológico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que en el año 2000 ya existían 600 millones de personas mayores de 60 años con dolor crónico, una cifra que se doblará en el año 2025.[4]
Los tipos de dolor más comunes, como el dolor lumbar, la artritis y la cefalea recurrente, son tan frecuentes, que a veces se consideran como una parte normal e inevitable de la vida.

Desarrollo

El enfoque de la atención al dolor debe ser redirigido de intentar curar las enfermedades de carácter agudo hacia un tránsito en el abordaje de una forma eficiente y efectiva hacia la cronicidad del dolor ante una población envejecida, con la intención de desarrollar sistemas cuyas estrategias estén dirigidas al cuidado del paciente y no solo a la curación, implicando todos los actores en el nivel primario y secundario de salud. Hay que establecer conductas de trabajo multidisciplinar e interdisciplinar con vistas a lograr una atención integral ante el dolor y efectuar una gestión integrada de los servicios en tanto en la atención primaria como hospitalaria para la atención al dolor agudo y crónico (Figura 1).

Figura 1. Algoritmo para la gestión integrada de los servicios



Fuente: Elaboración propia.

En la atención al dolor hay que superar barreras como: las del paciente, las del profesional de la salud y la de las terapias. Por lo que se debe, objetivar el dolor, con su correspondiente historia clínica, su diagnóstico y clasificarlo según el tipo de dolor.

Para lo cual se deben cumplir diferentes condicionantes:

- Se debe realizar una historia clínica adecuada, con un formato sencillo y compartida por todos los profesionales involucrados en la atención del paciente con dolor (médicos, enfermeras, psicólogos, rehabilitadores, especialistas de MNT, trabajadores sociales entre otros) de la Atención Primaria de Salud, así como del hospital. Se ha de avanzar en este aspecto porque es la pieza clave para saber qué se hace, para luego poder evaluarlo.
- Lograr un nivel de acceso a las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y seguimiento.
- Se requiere de estrategias de postgrado dirigidas a la formación en dolor de los médicos, accesibles y que le permitan mantener sus habilidades, competencias y conocimientos

Equipo multidisciplinar para la atención al paciente con dolor

La composición del equipo multidisciplinar en la atención al paciente con dolor, está determinada por el nivel de atención, la disponibilidad de los territorios y las instituciones de salud. Existen territorios que cuentan con clínicas especializadas en la atención a pacientes con dolor y de ellas existen las que se realizan procederes intervencionistas con tecnología de avanzada.[5]

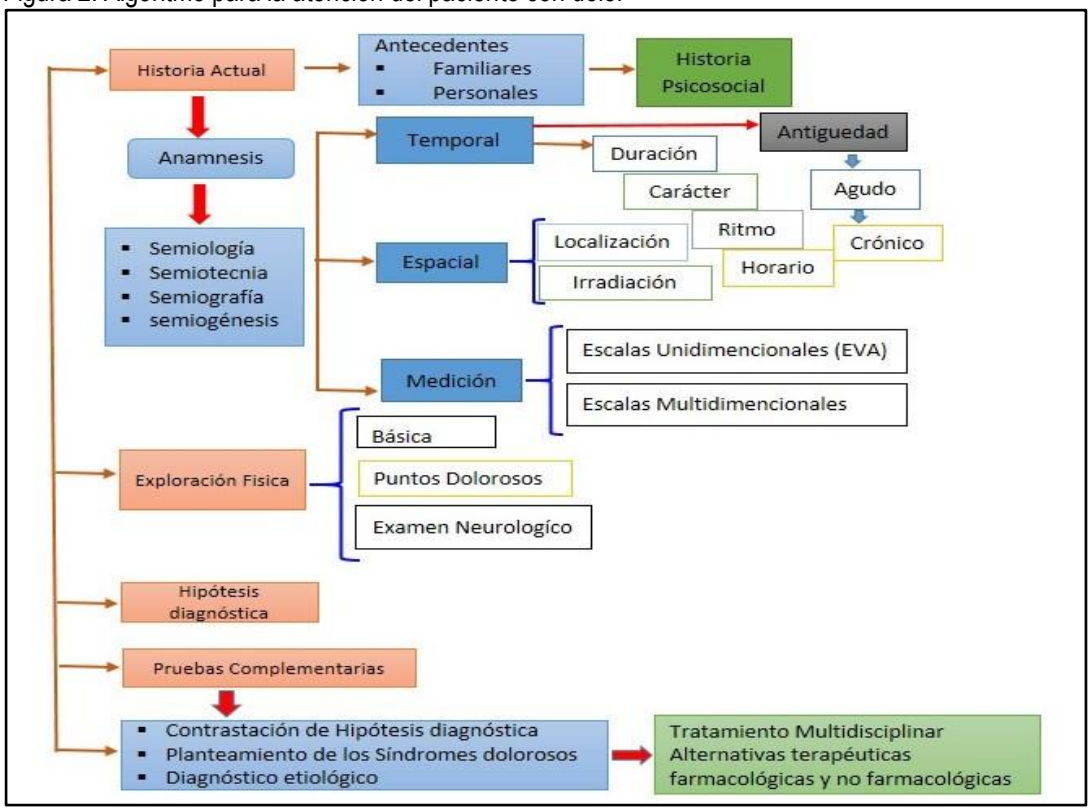
Composición del equipo multidisciplinar

- Anestesiólogo
- Neurólogo

- Reumatólogo
- Especialista de Medicina Física y Rehabilitación
- Médico General
- Especialista en Medicina General Integral
- Ginecólogo
- Neurocirujano
- Psiquiatra
- Psicólogo

El trabajo del equipo multidisciplinar debe estar caracterizado por el trabajo conjunto de una manera integrada en el diagnóstico y tratamiento del dolor, realizando intervenciones integradas y facilitando la coordinación entre ellos.[5]
Con relación al enfoque multidisciplinar del paciente con dolor, consideraremos dos aspectos: el diagnóstico clínico y el tratamiento del dolor. Se propone un algoritmo para la atención del paciente con dolor. El siguiente algoritmo tiene implícito el método clínico el que debemos seguir en la atención al paciente con dolor, profundizando en la semiología de este mediante el interrogatorio, el examen físico (general, por aparatos, y neurológico, además explorar puntos dolorosos), para conformar la hipótesis diagnóstica y contrastarla mediante exámenes complementarios, plantear síndromes dolorosos y llegar al diagnóstico etiológicos además efectuar un tratamiento desdés la perspectiva multidisciplinar considerando alternativas de tratamiento farmacológicas y no farmacológica (Figura 2).

Figura 2. Algoritmo para la atención del paciente con dolor



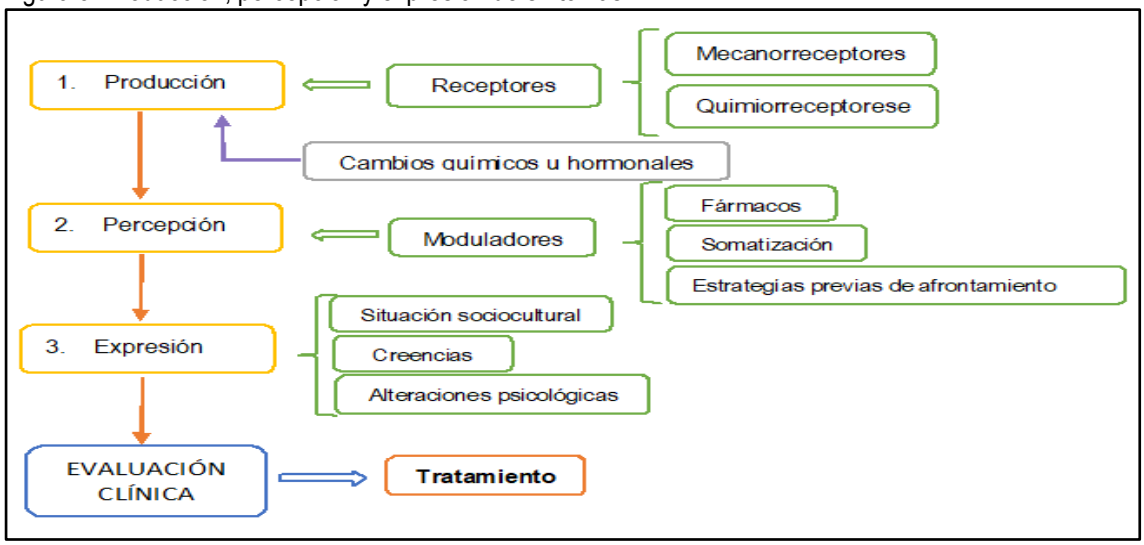
Fuente: Elaboración propia.

Diagnóstico clínico del dolor

Los síntomas son inherentemente subjetivos, son percepciones, generalmente expresadas mediante el lenguaje. Tanto el proceso de percepción de los síntomas como su expresión, son fenómenos modulados por una gran cantidad de variables. El reto es descubrir no solo el síntoma que refiere el paciente sino los fenómenos que están influyendo en la percepción y expresión de ese síntoma (Figura 3).[6] Conocerlos nos permitirá elaborar un plan de tratamiento con mayores posibilidades de éxito. La naturaleza multidimensional de los síntomas requiere una

estrategia de evaluación y tratamiento multidisciplinar para poder afrontar con éxito las complejas necesidades del paciente y sus familiares.

Figura 3. Producción, percepción y expresión de síntomas



Fuente: Elaboración propia.

Evaluar es, mucho más que cuantificar un síntoma, es ayudar al paciente a verbalizar. En la evaluación inicial del paciente es imprescindible realizar una anamnesis adecuada, ya que aporta información complementaria desde el punto de vista clínico como comorbilidades, antecedentes, medicación, síntomas acompañantes del dolor, agravantes y atenuantes del mismo o limitaciones de las actividades de la vida diaria y exploración física completa solicitando las pruebas adicionales que se consideren necesarias en función de la sospecha diagnóstica (Tabla 1). [7,8] En la evaluación inicial del paciente se debe realizar una anamnesis adecuada y una exploración física completa, seguida de una revisión sistematizada de las características del dolor.

Tabla 1. Pilares de la valoración del dolor [8]

▪ Anamnesis. Autoinformes
▪ Exploración física y neurosensorial
▪ Uso de escalas y test: -Analgésicas -Calidad de la analgesia -De valoración psicológica
▪ Pruebas complementarias diagnósticas: -Pruebas de imagen -Pruebas neurofisiológicas -Otras

Fuente: Cruz Hernandez JJ et al.

Una vez obtenida dicha información, se ha de considerar la revisión de forma sistematizada de las características del dolor como proceso central de la evaluación. A continuación se resume las dimensiones a considerar en la evaluación del dolor (Tabla 2).[9]

Tabla 2. Dolor: Dimensiones a considerar en su evaluación

Importancia	Dimensión	Descripción
1	Intensidad	Cantidad de dolor
2	Patrón temporal	Variaciones en intensidad y frecuencia
3	Factores que alivian o empeoran	Farmacológicos y no farmacológicos
4	Localización	Dónde duele
5	Interferencia	Impacto en la calidad de vida
6	Calidad	Sensación especifica asociada
7	Efecto	Significado del dolor
8	Duración	Tiempo de evolución
9	Creencias	Actitudes, estrategias de afrontamiento
10	Historias	Experiencias dolorosas previas

Fuente: Cid J et al

Se reafirma que lo más indicado es dirigir los tratamientos no solo contra un síntoma sino contra el denominado "dolor total", que engloba todos los síntomas6. Hay que orientar, por tanto, el esfuerzo terapéutico hacia el control de todos los síntomas asociados, tanto físicos como psicológicos. Lo que requiere de un enfoque multidisciplinar en su tratamiento.[10]

Tema Libre

Evaluación del dolor

Las escalas de evaluación permiten, por un lado, el diagnóstico y valoración de la intensidad del síntoma y, por otro, monitorizar la efectividad del tratamiento y valorar los efectos secundarios de los fármacos empleados. Además, el uso de estas herramientas permite comparar el conjunto de enfermos seguidos en una institución médica.

Aunque el diagnóstico del dolor es clínico, la utilización de estas escalas de medida es válida tanto para los ensayos clínicos de nuevos fármacos o técnicas analgésicas, como para la práctica clínica diaria, considerándose su correcta medición uno de los avances más significativos en el estudio y tratamiento del dolor.[11]

Los métodos más utilizados en la valoración del dolor tienen su origen en la información subjetiva que el propio paciente aporta sobre la intensidad de este. No existe ninguna escala perfecta, ya que esta debería de reunir gran cantidad de requisitos: ser precisa, válida, fiable, sencilla, reproducible, útil en dolor agudo y dolor crónico, y en la valoración inicial y final.[12]

Existen, en la actualidad, diversos tipos de escalas, tanto unidimensionales como multidimensionales, que se emplean de rutina en la evaluación de paciente con dolor:[12]

1. Escalas unidimensionales

Cuantifican el dolor, miden su intensidad. Son fáciles de aplicar y su fiabilidad es aceptable pero no contemplan la naturaleza multidisciplinaria del dolor.

- Escalas que valoran la intensidad del dolor:

- Escala Verbal Simple (EVS)
- Escala Numérica (EN)
- Escala Visual Analógica (EVA)
- Escala de Expresión Facial (EEF)
- Escala de grises de Luesher
- Escala luminosa analógica (Nayman)
- Termómetro del dolor de Iowa (IPT)

- Escalas de duración:

- Escala categórica.

2. Escalas multidimensionales
Estas escalas incluyen términos psicométricos; están desarrolladas para evaluar distintos componentes del dolor. Son especialmente útiles en el caso de pacientes con dolor crónico.
- Escalas de cualidades:
- McGill Pain Questionnaire.
- Escalas de interferencias:
- BPI-IS.

3. Escalas pronostica de control del dolor. Determinan el grado de dificultad del control del dolor.
- Escala NIPAC.

4. Otras escalas
- Escalas que valoran los factores que alivian o empeoran el dolor:
- Escala de alivio del dolor.
- Escalas de patrón temporal: Evaluación del dolor irruptivo. Escala ABPAT.
- Escala de evaluación del dolor del Memorial.
- Escalas de creencias: Significado del dolor para el paciente3.

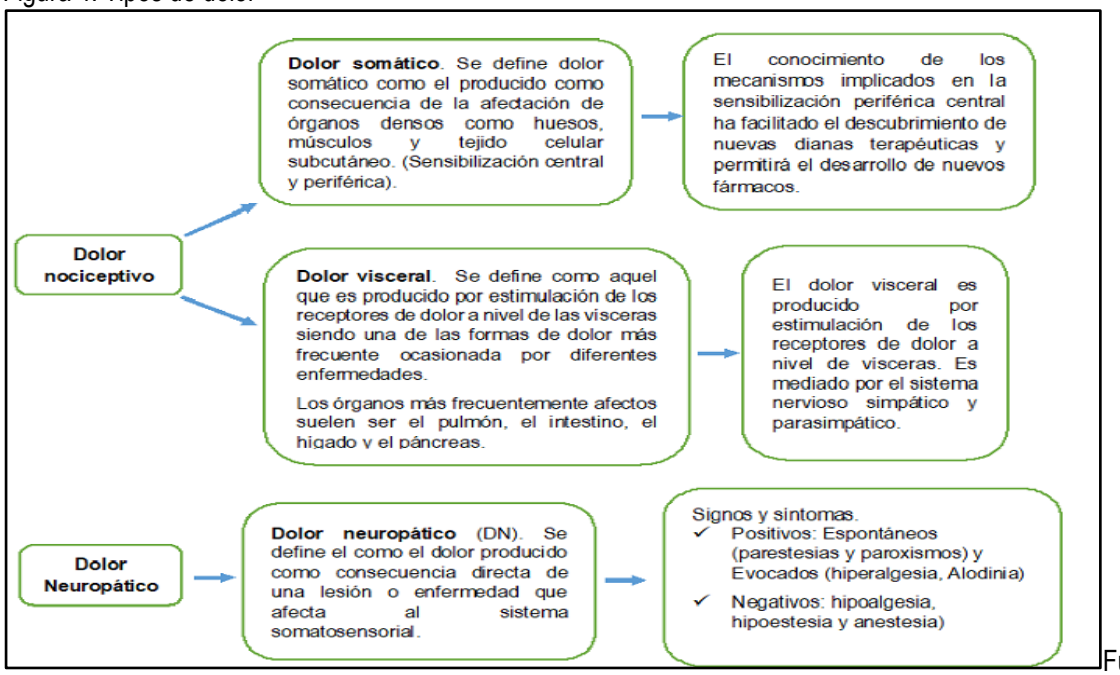
5. Escalas diagnósticas de dolor neuropático
Las escalas de dolor neuropático están dirigidas determinar la fisiopatología, buscan discernir si es probable que la fisiopatología del dolor tenga un componente neuropático.
- Escalas que valoran el dolor neuropático:
- DN4
- LANSS
- ID-PAIN
- NPQ
- PainDETECT

En la evaluación inicial del paciente se debe realizar una anamnesis adecuada y una exploración física completa, seguida de una revisión sistematizada de las características del dolor. Se ratifica que los métodos más utilizados en la valoración del dolor tienen su origen en la información subjetiva que el propio paciente aporta, incluyendo siempre la intensidad del dolor. Como se ha mencionado existen diversos tipos de escalas, tanto unidimensionales como multidimensionales, para la evaluación del dolor.[12]

En la evaluación del dolor se deben considerar las diferentes dimensiones: física, psicológica, social, cultural que están implicadas en este, por lo que se debe efectuar desde una perspectiva multidisciplinar que permita una evaluación exhaustiva para identificar, etiología del dolor, fisiopatología y síndromes dolorosos presentes, además de las comorbilidades y la funcionalidad. Se debe cuantificar la intensidad del dolor y caracterizar este, en el dolor severo instaurar el intervencionismo de inmediato. La correcta valoración del dolor se considera uno de los aspectos claves a la hora de indicar un tratamiento con el objetivo de controlarlo, así como mejorar la calidad de vida del paciente.[12]

Tipos de dolor
A continuación presentaremos un resumen de los diferentes tipos de dolor, su definición y factores básicos implicados en su génesis (Figura 4).[13]

Figura 4. Tipos de dolor



Fuente: Elaboración propia.

Tema Libre

Principios para el tratamiento del dolor

Según diferentes publicaciones y las guías de práctica clínica de la NCCN (National Comprehensive Cancer Network) proponen diferentes principios para el tratamiento del dolor:[14-16]

▪ El tratamiento del dolor es esencial para maximizar los resultados en los pacientes, la evidencia disponible muestra que la supervivencia está ligada al control efectivo del dolor.

▪ A todos los pacientes se les debe indagar acerca de la presencia de dolor en cada contacto con el servicio de salud y se debe realizar una evaluación exhaustiva en caso de que el paciente manifesté la existencia de éste.

▪ La meta es mejorar la calidad de vida del paciente y maximizar su funcionalidad.

▪ La mayoría de los pacientes tienen diferentes tipos fisiopatológicos de dolor. Al administrar la terapia analgésica se debe tener en cuenta la presencia de otros síntomas que presente el paciente y el manejo farmacológico que se esté brindando.

▪ Las cualidades del dolor descritas por el paciente y la cuantificación de la intensidad deben tenerse en cuenta para guiar la terapéutica.

▪ La reevaluación de la intensidad del dolor debe realizarse a intervalos pautados para asegurar que la terapia seleccionada está brindando el máximo control del dolor con la mayor seguridad posible.

▪ El dolor oncológico persistente, con frecuencia requiere tratamiento con analgésicos en horarios regulares con dosis de rescate de acuerdo con la necesidad, en casos de crisis.

▪ El manejo del dolor debe realizarse por un equipo multidisciplinario. Debe brindarse material educativo específico para pacientes, familia y cuidadores. Debe haber disponibilidad de soporte psicosocial.

▪ Dada la naturaleza multifacética del dolor oncológico, el uso de intervenciones integrativas, incluso modalidades físicas y cognitivas deben ser optimizadas.

▪ La experiencia del dolor se asocia con sufrimiento. El impacto multidimensional del sufrimiento en pacientes y sus familias debe ser tenido en cuenta y ser abordado respetando las creencias y cultura de las personas.

Estos principios para el tratamiento del dolor, están dirigidos a lograr una disminución del dolor en un 30 al 50% del inicial, prevención y tratamiento de los efectos adversos del tratamiento, maximizar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida del paciente.[14-16]

Tratamiento multidisciplinar del dolor

Dos conceptos que deben diferenciarse son multimodal y multidisciplinario, donde el primero se refiere a la combinación de mecanismos de acción entre dos medicamentos, así como mezclar diferentes técnicas analgésicas regionales y sistémicas. Mientras que el término disciplinario se puede definir como un conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales, que operan en conjunto, durante un tiempo determinado, con la finalidad de resolver un problema complejo, es decir, con un objetivo en común.

En los años recientes el manejo del dolor se ha centrado en la potencial combinación terapéutica de medicamentos analgésicos; estos deberán de proveer efecto sinérgico, reducir la dosis, y tener un mejor perfil de seguridad. La combinación de terapia analgésica con diferentes grupos de medicamentos tiene una ventaja en enfocar vías del dolor tanto periféricas como central y una vez así ayudan a producir analgesia con dosis más bajas y mejor tolerabilidad que los medicamentos utilizados comúnmente, es por esto que la combinación de terapia puede influenciar positivamente en la habilidad para minimizar el dolor.[17,18]

Para el tratamiento del dolor se ha utilizado tradicionalmente la farmacoterapia analgésica, pero desde hace poco se vienen introduciendo otras terapias como psicoterapia, rehabilitación y, en los últimos cincuenta años, la neuromodulación a través de estimulación magnética, se ha demostrado que un manejo desde diferentes especialidades, mejoran el dolor en lo que respecta a intensidad, esencialmente en lo referente a aspectos emocionales, psicológicos y funcionales.[19-21]

El tratamiento adecuado de cualquier tipo de dolor, debe estar en función de su mecanismo fisiopatológico. La neurofisiología del dolor es compleja, incluye mecanismos múltiples y en diferentes localizaciones de tipo inflamatorio, neuropático, isquémico y de compresión. El conocimiento y la habilidad para reconocer estos mecanismos nociceptivo (somáticos, viscerales) o neuropático: subyacentes o la combinación de los mismos mejora u optimiza el tratamiento adecuado del dolor.

El dolor crónico debe tener un abordaje multidisciplinario y multimodal, tanto en su evaluación como en su tratamiento; por lo tanto, es muy importante enfatizar en todos los componentes no farmacológicos y farmacológicos del tratamiento de este. El dolor no es solo nocicepción, este implica también las esferas psicológicas y sociales.[23]

El manejo exitoso del dolor crónico requiere abordar todas las condiciones físicas y psicológicas desagradables que lo provocan. Las terapias no farmacológicas abarcan una amplia gama de tratamientos derivados de la Psicología, la Medicina Física y Rehabilitación, así como de la Medicina Natural y Tradicional, estas cuando se emplean con abordaje de tratamiento desde la perspectiva multidisciplinar se lograr resultados favorables.[23]

Los procesos de cronificación del dolor inducen una limitación progresiva de las actividades del paciente y, por lo tanto, de sus capacidades físicas. Los programas de rehabilitación y de readaptación al esfuerzo suelen ser elementos clave del tratamiento, aumentando de forma considerable las escalas de función, capacidad aeróbica y con esto mejorar estado funcional físico, psicológico y sociolaboral, así como la calidad de vida del paciente.[24,25]

Las intervenciones psicoeducativas son eficaces para disminuir la percepción del dolor, aumentar la calidad de vida en su componente físico, mejorar la autoeficacia en todas sus dimensiones incluyendo control de síntomas, funcionamiento físico, control del dolor y las alteraciones del sueño.[24,25]

Existen nuevas alternativas en el manejo no farmacológico, como el yoga, la terapia cognitivo-conductual y la terapia basada en atención plena o mindfulness. Esta última se fundamenta en terapia de aceptación y compromiso, lo que permite mayor adaptabilidad y flexibilidad. El impacto en dolor se establece en que, al tener mayor aceptación, se verá mejor funcionamiento a nivel psicológico, físico y social.[26]

Estudios recientes demuestran que protocolos de tratamientos multidisciplinares que combinan programas basados en la educación en neurofisiología del dolor, aprendizaje de ejercicios terapéuticos, desarrollo de habilidades en gestión emocional y tareas en el domicilio son efectivos a corto y largo plazo para aliviar el dolor crónico.[25,26]
La eficacia sobre la calidad de vida y la capacidad para retomar el trabajo es mayor cuando las acciones se deciden en el marco de un equipo multidisciplinario de forma conjunta entre los profesionales: médico, fisioterapeuta, psicólogo, personal de enfermería, nutricionista y asistente social.[24,25]

Consideraciones generales en el tratamiento del dolor [27]

- Hoy en día se dispone de muchos tratamientos personalizados para tratar el dolor. Existe un importante arsenal terapéutico y de técnicas más sofisticadas que permiten reducir y en ocasiones hacer desaparecer el dolor, a veces por un tiempo y a veces durante periodos muy largos.
- El dolor se acompañe frecuentemente de estrés, la fatiga y debemos de tratarlos a la vez desde diferentes puntos de vista con el fin de mejorar toda la salud de la persona.
- Todos los dolores son susceptibles de mejorar aunque sea de una forma parcial. En un primer lugar hay que tratar la causa principal del dolor. Sin embargo, en algunos casos no se puede curar la causa y entonces nos tenemos que centrar en los síntomas que produce.
- El manejo del dolor crónico de manera subóptima no siempre se debe a una falta de medicamentos efectivos o intervenciones, sino que en su mayoría responde a la falta de abordaje organizado y multidisciplinario. Es imprescindible en un futuro la creación de protocolos o guías basadas en la evidencia clínica, que permitan el abordaje correcto de esta enfermedad.
- Para pacientes que no han progresado con el uso de múltiples tratamientos, se pueden implementar terapias intervencionistas como bloqueos antiinflamatorios, procedimientos neurolíticos, implantación de bombas para administración de fármacos intratecales o estimuladores de cordones posteriores de médula espinal.
- La eficacia de las terapias para el alivio del dolor crónico y mejora la calidad de vida, es mayor cuando las acciones se deciden en el marco de un equipo multidisciplinario entre los profesionales de la salud de diferentes áreas y acorde con la necesidad de cada paciente para su mejor alivio del dolor.

Para lograrlo un tratamiento adecuado, es necesario reconocer que el dolor es multidimensional y no sólo afecta la esfera física, también la sociológica, psicológica y cultural. Las personas con dolor sufren, así como su familia, cuidadores e incluso profesionales tratantes.

Conclusiones

El enfoque en el manejo del dolor debe basarse en un tratamiento multimodal y multidisciplinar combinando programas basados en el *manejo farmacológico y no farmacológico* ya que han demostrado ser más efectivos en el alivio del dolor a corto y largo plazo en comparación con aquellos pacientes que reciben un manejo tradicional de abordaje desde el punto de vista completamente neural o tradicional en el cual predomina en el tratamiento lo farmacológico.

Referencias bibliográficas

1. Flores JC. Medicina del dolor. Perspectiva internacional. Capítulo 1. Medicina de dolor: perspectiva internacional. Contexto. Madrid, España: Elsevier; 2015.
2. Bonica JJ, Loeser JD. Historia de los conceptos y tratamiento del dolor. Consideraciones básicas del dolor. Capítulo 1. Parte 1. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1986.
3. Fordyce WE, Roberts AH, Sternbach RA. 1985. The behavioral management of chronic pain: Response to critics. Pain, 22, 113-125.
4. Araos SB. Manejo multidisciplinario del dolor crónico. Rev. Med.Clin. Condes. 2007; 18 (3) 222 – 228
5. Peng P, Stinson JN, Choiniere M, et al; STOPPAIN Investigators Group. Role of health care professionals in multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. Pain Res Manage 2008;13(6):484-488.
6. Dalal S, Del Fabbro E, Bruera E. Symptom control in palliative care--Part I: oncology as a paradigmatic example. J Palliat Med 2006;9:391-408.
7. Higginson IJ, et al. Clinical Pain Management: Cancer Pain. Arnold. 2003;21-32.
8. Cruz Hernandez JJ, Alamo C, de Castro J, Contreras J, Galvez R, Garcia MataJ, Jara C, Llombart A, Lopez Muñoz F, Perez C, Sanchez Rovira P. En: Monografia Aula de dolor paciente oncologico. Evaluación del dolor ; pg: 45-80. Ed Graficas Enar. ISBN: 978-84-695-4897-4.
9. Cid J et al. ¿Qué y cómo evaluar al paciente con dolor crónico? Evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Med Clin Condes 2014; 25:687-697.
10. Bruera E et al. Routine symptom assessment: good for practice and good for business. Support Care Cancer 2008;16:537-538.
11. Holen JC, Polit C et al. J Pain Symptom Manage 2006;32:567-580.
12. Garzón-Rodríguez C, Martínez Losada E, Juliá J, et al. Herramientas para la evaluación multidimensional de uso para médicos de Cuidados Paliativos: Proyecto ICO-Tool Kit. Med Pal (Madrid) 2010;17:348-59.
13. International Association for the Study of Pain (IASP). Subcommittee on taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptors of chronic pain syndromes and definition of pain terms. Pain 1986; 3 (suppl): S1–S225.
14. Swarm RA, Abernethy AP, Anghelescu DL, Benedetti C, Buga S, Cleeland C, et al. Adult cancer pain. J Natl Compr Canc Netw. 2013;11:992-1022.
15. Cancer Care Ontario. Cancer-related pain management: a report of vidence-based recommendations to guide practice [Internet]. Cancer Care Ontario. 2011 [citado 1 de octubre de 2017]. Disponible en: **https://www.cancercareontario.ca/guidelines-advice/types-of-cancer/2271**
16. León Marta Ximena, Santa-Cruz Juan Guillermo, Martínez-Rojas Susan, Ibatá-Bernal Linda. Recomendaciones basadas en evidencia para el manejo del dolor oncológico (revisión de la literatura). Rev. mex. anestesiol. [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2021 Oct 01] ; 42(1): 45-55. Disponible en: **http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032019000100045**
17. Chandanwale AS, Sundar S, Latchoumibady K, Biswas S, Gabhane M, Naik M, Patel K. Efficacy and safety profile of combination of tramadol-diclofenac versus tramadol-paracetamol in patients with acute musculoskeletal conditions, postoperative pain, and acute flare of osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a Phase III, 5-day open-label study. J Pain Res. 2014; 7: 455-63. doi: 10.2147/JPR.S67817.
18. Kumar Madhusudhan S. Novel analgesic combination of tramadol, paracetamol, caffeine and taurine in the management of moderate to moderately severe acute low back pain. Journal of Orthopaedics. 2013; 10(3): 144-148. Available from: https://www.researchgate.net/publication/259139192_Novel_analgesic_combination_of_tramadol_paracetamol_caffeine_and_taurine_in_the_management_of_moderate_to_moderately_severe_acute_low_back_pain
19. Rokyta R, Fricová J. Neurostimulation methods in the treatment of chronic pain. Physiol Res 2012; 61(2): 23-31. Available from: https://www.researchgate.net/publication/282025179_Neurostimulation_Methods_in_the_Treatment_of_Chronic_Pain
20. Martínez Sánchez LM, Martínez Domínguez GI, Gallego González D, Vallejo Agudelo EO, Lopera Valle JS, Vargas Grisales N, Molina Valencia J. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. Rev Soc Esp Dolor 2014; 21(6): 338-344. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134804620140006000007
21. González JA, Ayuso A, Caba F, Caraballo M, Cosano I, Salvador J y cols. Plan andaluz de atención a personas con dolor. 2010-2013. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Andalucía, España: Consejería de Salud; 2010. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/67773.html
22. Bonica JJ, Loeser JD. Historia de los conceptos y tratamiento del dolor. Consideraciones básicas del dolor. Capítulo 1. Parte 1. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1986.
23. Tauben D, Stacey B. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. Uptodate [Internet]. 2020;:5. Available at: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults
24. Guillemet, G., & Guy-Coichard, C. (2016). Principios de tratamiento del dolor crónico. EMC - Kinesiterapia - MedicinaFísica, 37(3), 1-12. https://doi.org/10.1016/S1293-2965(16)78902-X
25. González-Perilla G, Barrios-Martínez M, Hernández-Rincón E. Mindfulness como tratamiento coadyuvante del dolor. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2020;27(7):349-352. https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.11.013
26. Pérez Y, Pérez M. Los factores psicosociales en el dolor crónico. Intervención fisioterapéutica desde un enfoque biopsicosocial. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS). 2018;3(1):39-53. https://doi.org/10.37536/RIECS.2018.3.1.71
27. Blanco Naranjo EG, Chavarría Campos GF, Garita Fallas YM. Manejo multimodal del dolor crónico. Revista Médica Sinergia. Vol.6, Núm. 4, abril 2021, e625. Disponible en: https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.6