

# Algunos modelos de colaboración entre rehabilitación y unidades del dolor (incluyendo el papel del médico rehabilitador en estas unidades)

F.M. MARTÍN DEL ROSARIO<sup>1</sup>, M.<sup>A</sup>E. SANTANDREU JIMÉNEZ<sup>2</sup> Y F. VARGAS NEGRÍN<sup>3</sup>

## RESUMEN

Generalmente, el dolor está asociado a diversos grados de discapacidad. La mayoría de los pacientes atendidos por el médico rehabilitador presentan dolor. El médico rehabilitador es un eslabón necesario en la asistencia a pacientes con discapacidad producida por el dolor, lo que le convierte en un colaborador necesario con las unidades de tratamiento del dolor (UTD). Los modelos multidisciplinarios para la atención de estos pacientes incluyen atención primaria, servicios de rehabilitación y UTD, además de otras especialidades. Estos modelos de colaboración son variados y susceptibles de desarrollo.

**Palabras clave:** Rehabilitación. Dolor. Discapacidad. Equipo multidisciplinario.

## ABSTRACT

Usually pain is associated with varying degrees of disability. Most patients seen by physiatrists have pain. The physiatrist is a necessary actor in the care of patients with pain and disability. So it is a necessary contributor to the pain treatment units (PTU). Multidisciplinary models of care for these patients include primary care, rehabilitation services and PTU, and other specialties. These models are varied and capable of development. (DOLOR. 2013;28:7-12)

Corresponding author: Francisco Manuel Martín del Rosario, [fmartindelrosario@yahoo.es](mailto:fmartindelrosario@yahoo.es)

**Key words:** Rehabilitation. Pain. Disability. Multidisciplinary team.

<sup>1</sup>Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria  
Las Palmas de Gran Canaria  
Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF)

<sup>2</sup>Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria  
Las Palmas de Gran Canaria

<sup>3</sup>C.S. Dr. Guigou (Tenerife)  
Servicio Canario de la Salud  
Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria  
Santa Cruz de Tenerife

**Dirección para correspondencia:**  
Francisco Manuel Martín del Rosario  
E-mail: [fmartindelrosario@yahoo.es](mailto:fmartindelrosario@yahoo.es)

## MODELOS COLABORATIVOS MULTIDISCIPLINARIOS ENTRE DOLOR Y REHABILITACIÓN

El manejo del dolor no oncológico requiere de un equipo multidisciplinario de profesionales, especialmente cuando el dolor tiene una etiología o tratamiento complejo. El manejo multidisciplinario del dolor se considera actualmente como el «patrón oro»<sup>1-3</sup>.

Las UTD de nivel III (las de máximo nivel en España) deben ser multidisciplinarias en su composición, e incluir al menos dos especialidades<sup>4,5</sup>, de las que una debe ser anestesia, reanimación y terapia del dolor o neurocirugía. Para las unidades de nivel I y II esto no es obligatorio, aunque sí recomendable de una manera u otra.

Con independencia de la composición multidisciplinaria de las UTD, la alta prevalencia de dolor en la población general requiere de la coordinación efectiva entre diferentes niveles asistenciales y especialidades. Esta coordinación debe estar centrada en el paciente, proporcionándole una estructura transversal de servicios orientados al correcto tratamiento del dolor.

Se han definido estrategias de coordinación en forma de red asistencial de manejo del dolor<sup>4</sup>, pero el desarrollo de estas redes, aunque necesario, resulta difícil, y no se han implantado de manera generalizada en nuestro país.

La actual situación de crisis económica ha puesto de manifiesto una serie de problemas comunes en el Sistema Nacional de Salud: un incremento de las listas de espera y un interés de las autoridades sanitarias y sociales en el control del gasto sanitario.

El aumento de las listas de espera está provocando que el número de pacientes con dolor que espera por una prueba complementaria o por una intervención quirúrgica se incremente, elevando el porcentaje de pacientes con dolor (especialmente en el caso de enfermedades musculoesqueléticas). Por ejemplo, el retraso en la cirugía de un paciente que va a ser intervenido de una artroplastia de rodilla implica que tenga dolor durante más tiempo, y que el grado de discapacidad que presente sea progresivamente mayor.

El control del gasto sanitario público implicará que dejen de financiarse aquellas actuaciones terapéuticas contra el dolor con menor grado de evidencia

científica. Aquellas técnicas que puedan ser realizadas en el ámbito extrahospitalario (p. ej. iontoforesis) dejarán de ser realizadas en las unidades especializadas.

El médico de familia, desde el nivel asistencial de atención primaria, será el coordinador del manejo del dolor en este nuevo escenario, haciéndose responsable de las estrategias de tratamiento a largo plazo, remitiendo al paciente a los otros actores solo en caso necesario.

Se tenderá rápidamente a la autogestión del paciente para el manejo del dolor, especialmente en el caso de los enfermos crónicos, causantes de la mayor cantidad del gasto sanitario. En este sentido, se observará un incremento de las iniciativas de información y formación de pacientes expertos, y una búsqueda de modelos alternativos que faciliten la autogestión del dolor por parte del enfermo con el apoyo de las nuevas tecnologías.

Por otra parte, los modelos de acreditación en formación en dolor, tanto nacionales (como el de la Sociedad Española de Dolor) como locales, no terminan de implementarse, tanto por falta de desarrollo normativo estatal como por falta de incentivos a los profesionales interesados en formarse en esta área específica. Esta situación es análoga al estancamiento de la acreditación-certificación para las especialidades sanitarias (ECOE, portfolio, etc.). Por ello, y aunque sea la situación idónea, no es eficaz retrasar el desarrollo de nuevos modelos asistenciales para el abordaje de dolor hasta formar y disponer de profesionales acreditados.

Los cambios han llegado rápidamente, e implican modificaciones del proceso asistencial del paciente con dolor no oncológico. Como alternativa a la red asistencial del paciente con dolor se tiende al desarrollo de modelos más limitados, más locales y más ágiles. Más limitados, por cuanto implican en muchas ocasiones a patologías concretas; más locales, por cuanto suelen tener un ámbito geográfico concreto (limitado a una comunidad u hospital), y más ágiles, por cuanto responden a problemas concretos en un ámbito asistencial concreto.

Estos nuevos modelos deben cumplir los siguientes requisitos para ser efectivos: que estén centrados en el paciente, que sean participativos, equitativos, integrados y que estén orientados hacia los resultados. Con estos principios, algunas comunidades autónomas han desarrollado planes directores para el manejo del dolor que implican la actuación de varias especialidades. Andalucía ha elaborado un

Plan general de atención a las personas con dolor 2010-2013<sup>6</sup>, que insiste en la multidisciplinariedad de la asistencia a pacientes con dolor, tanto en nivel primario como en hospitales de nivel III. Este plan hace hincapié en que desde atención primaria la asistencia cuente con el apoyo del equipo rehabilitador y las unidades de salud mental comunitaria. También el Programa de evaluación y tratamiento del dolor de Extremadura propone un modelo multidisciplinario en la asistencia al dolor.

Otras comunidades tienen planes de asistencia a pacientes con grupos concretos de enfermedades, que ponen acento en el tratamiento del dolor. Cataluña tiene un Plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor, que tiene un apartado especial para el dolor neuropático<sup>7,8</sup>. Este plan crea unas unidades funcionales del aparato locomotor (llevadas fundamentalmente por reumatólogos) como pivote de la atención especializada, colocando a las UTD como parte de estas unidades. Otorga a atención primaria un papel preponderante en el manejo del dolor neuropático.

Canarias ha desarrollado un modelo de planes multidisciplinarios de asistencia de patologías concretas (fibromialgia, artrosis de cadera y rodilla, dolor lumbar)<sup>9,10</sup>. En estos planes, en forma de recomendaciones clínicoasistenciales, precisan cuál debe ser la asistencia a pacientes con dolor por estas patologías en los diferentes niveles asistenciales y por las diferentes especialidades, incluyendo la función de las UTD.

En Canarias estos planes tienen su antecedente en el Foro Canario del Aparato Locomotor, creado en 2008, que se formó a iniciativa de la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria, a la que se sumaron las Sociedades Canarias de Rehabilitación, Reumatología y Traumatología. El foro tenía como principal objetivo la racionalización de recursos en el ámbito de las principales patologías del aparato locomotor, describiendo los criterios de derivación entre las diferentes especialidades. Este modelo es el que nos parece más adecuado por cuanto multidisciplinario, ya que las recomendaciones que de él emanaban venían dadas por un análisis exhaustivo de la evidencia científica y estaban moduladas por un profundo conocimiento del medio asistencial local.

Sin duda, merecen mención las colaboraciones de la Sociedad Española del Dolor (SED) y la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación (SERMEF), con participaciones en congresos nacionales de ambas sociedades y cursos de formación. Es de destacar que muchos médicos rehabilitadores son socios de ambas sociedades. La SED y la SERMEF,

junto con las Sociedades Españolas de Neurocirugía, Medicina General y Reumatología, presentaron en 2005 una propuesta al Ministerio de Sanidad para crear un Área de Capacitación Multidisciplinaria en el Tratamiento del Dolor, sin que hasta la fecha dicha capacitación se haya desarrollado.

---

### **PAPEL DEL MÉDICO REHABILITADOR, FISIOTERAPEUTA Y TERAPEUTA OCUPACIONAL EN LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR**

---

Casi siempre el dolor está asociado a diversos grados de discapacidad. Es en este ámbito (diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad) donde toma relevancia el papel del médico especialista en medicina física y rehabilitación en el manejo del dolor<sup>11-13</sup>.

El dolor es en la actualidad el principal motivo de consulta en rehabilitación. En los servicios de la especialidad se atienden pacientes con dolor de diferente curso (agudo y crónico), origen (musculoesquelético, neuropático, pelviano), perfil (deportistas, trabajadores, pluridiscapacitados...) y grupos etarios<sup>14,15</sup>. Es frecuente que estos pacientes presenten dolor de etiología multifactorial junto con discapacidad también multifactorial. En estos casos, la visión integradora del médico rehabilitador en las unidades de dolor puede resultar clave. Pero es el dolor musculoesquelético crónico, y, en especial, en el dolor raquídeo, el que más frecuentemente ocupa al médico rehabilitador.

Desde 2008, el programa formativo de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación recoge la necesidad de formar adecuadamente a los especialistas en rehabilitación en el manejo del dolor, obligando a que los médicos internos residentes (MIR) de la especialidad roten en UTD. Esta rotación (con una duración de 1 mes) recoge entre sus objetivos el tratamiento del dolor, así como el conocimiento de algunas técnicas invasivas<sup>16,17</sup>. Está en el ánimo de las sociedades científicas de rehabilitación nacionales e internacionales modificar este programa formativo, incrementando la formación en este ámbito<sup>11,12</sup>. En algunos países (EE.UU., Irlanda, Italia, etc.), los médicos rehabilitadores pueden optar a la certificación en un área de capacitación específica de tratamiento del dolor<sup>18</sup>.

Desde hace unos años la colaboración y participación de médicos rehabilitadores en las UTD de nuestro

país es cada vez más frecuente<sup>19</sup>. Los médicos rehabilitadores pueden pertenecer orgánicamente a estas unidades, o bien pertenecer a los servicios de rehabilitación y colaborar de forma organizada con las unidades. Cuando pertenecen al personal de UTD multidisciplinarias (UTD III), el rehabilitador participa de todas las actividades propias de la unidad, que son obtener y evaluar la historia clínica y pruebas complementarias, examen físico y valoración del paciente y elaboración de una estrategia terapéutica mediante la prescripción de tratamientos farmacológicos y/o la realización de técnicas intervencionistas, además de ser responsables de la información a pacientes y familiares<sup>4</sup>. Por formación el médico rehabilitador en las UTD habitualmente se dedica al dolor crónico del aparato locomotor y al dolor neuropático<sup>20</sup>.

Otro modelo de colaboración es la participación de un médico rehabilitador, perteneciente orgánicamente al servicio de medicina física y rehabilitación, en consultas de la UTD, en la que los pacientes, tras ser vistos por el equipo fijo de la unidad, reciben una valoración y tratamiento desde el punto de vista rehabilitador<sup>19</sup>. También es frecuente la participación de médicos rehabilitadores en consultas multidisciplinarias con miembros de las UTD una o varias veces al mes, en las que se discuten casos concretos.

La colaboración con las UTD no se limita al médico rehabilitador, sino que se hace extensible a otros miembros del equipo de rehabilitación. Tanto fisioterapeutas como terapeutas ocupacionales participan de la atención a pacientes con dolor<sup>21,22</sup>. Algunas UTD cuentan con fisioterapeutas entre su personal. Otras, en otros países, cuentan con terapeutas ocupacionales. No obstante, lo habitual es que estos profesionales estén integrados en los servicios de rehabilitación y los pacientes tengan una asistencia transversal entre las UTD y los servicios de rehabilitación que facilite su tratamiento, especialmente cuando es subsidiario de escuelas de pacientes (sobre todo de espalda) y de programas de reeducación funcional<sup>23</sup>.

El médico rehabilitador prescribirá y controlará las actividades dirigidas al diagnóstico funcional y de discapacidad producida por el dolor y asociada a este, usando un enfoque biopsicosocial con la prevención, evaluación, prescripción terapéutica, durante el programa asistencial de rehabilitación<sup>16</sup>. El rehabilitador tiene a su alcance numerosos medios para el manejo del dolor, que van desde los fármacos, al ejercicio, la fisioterapia, la terapia ocupacional, las ortoprótesis, infiltraciones, u otros.

La labor del fisioterapeuta es la realización de un programa de actividades terapéuticas (consistentes en ejercicios, masoterapia, técnicas de terapia física, y otras) con los objetivos de disminuir el dolor, evitar los efectos deletéreos del sedentarismo e inmovilidad producidos por el dolor y proporcionar consejo al paciente sobre la realización de actividad física<sup>22</sup>.

El terapeuta ocupacional está implicado en los aspectos físicos y profesionales de la rehabilitación del paciente<sup>24</sup>. Mediante técnicas de reeducación funcional y ergoterapia y la confección y diseño de ortesis puede facilitar la incorporación del enfermo trabajador con dolor a su trabajo habitual, y en enfermos pluridiscapacitados puede disminuir el grado de discapacidad, facilitando su realización de las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales.

### Ámbitos de colaboración futuros

Como ya se ha comentado, el tratamiento del dolor y su discapacidad asociada será cada vez más multidisciplinario. Se tenderá cada vez más a sustituir la atención centrada en un episodio doloroso por otra articulada en torno al proceso asistencial que garantice una atención continua, integrando a diferentes especialidades y modelos asistenciales. Este cambio de modelo impulsará el desarrollo de nuevos ámbitos de colaboración entre diferentes especialidades, especialmente en los siguientes aspectos:

- Elaboración de procesos asistenciales y guías de práctica clínica: con independencia del desarrollo de grandes líneas organizativas globales (internacionales, nacionales o por comunidades autónomas), se debe tender al desarrollo de guías asistenciales de ámbito más reducido, más prácticas y fáciles de implementar.
- Formación: la formación de todas las especialidades implicadas en el manejo del dolor, con programas específicos adaptados a las particularidades de las patologías propias de la especialidad, y con programas genéricos, que hagan hincapié en la coordinación asistencial y el abordaje multidisciplinario.

Esta formación es especialmente relevante en el ámbito de la atención primaria. Los médicos de familia deben estar formados para el manejo a largo plazo del dolor y la discapacidad asociada. Deben tener conocimientos de farmacología del dolor, y del abordaje no farmacológico del mismo. Deben tener formación actualizada de los

criterios de derivación consensuados con las diferentes especialidades en ámbitos geográficos concretos y para patologías concretas.

En el caso concreto de los médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, la formación debe focalizarse en el conocimiento del manejo farmacológico<sup>16</sup> y en técnicas intervencionistas para el manejo del dolor<sup>17</sup>.

- Autogestión del paciente: el desarrollo de estrategias de autogestión del paciente con dolor crónico va a implicar la búsqueda de modelos consensuados entre diferentes especialidades que determinen sus ámbitos de actuación y una distribución óptima de recursos, basándose en los puntos fuertes de cada especialidad en el sistema (p. ej. el papel de la enfermería de atención primaria como formadora, la existencia de escuelas de pacientes en la mayoría de los servicios de rehabilitación, u otros).
- Investigación: las diferentes especialidades deben colaborar en el desarrollo de la investigación en dolor, especialmente en el ámbito de la evaluación de tecnologías sanitarias será prioritaria, y en la eficacia del abordaje multidisciplinario de las diferentes patologías. Tomará relevancia el estudio de la eficacia de los modelos de consultoría (consultor especialista en atención primaria).
- Teleasistencia: el desarrollo de servicios de teleasistencia y telerrehabilitación pueden permitir un mejor control de los síntomas dolorosos, así como disminuir el coste de la asistencia sanitaria de los enfermos crónicos. Estos servicios van a permitir mayor transversalidad, por cuanto van a permitir que un mismo paciente pueda ser asistido por varios niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada-hospitalaria, UTD) al mismo tiempo.
- Atención sociosanitaria: los pacientes crónicos son responsables de la mayor parte del gasto sanitario. Hasta ahora, gran parte de la asistencia a estos enfermos se llevaba a cabo por instituciones sociosanitarias y por asociaciones de pacientes. La crisis económica ha conducido a una merma de este tipo de recursos, con lo que los pacientes con dolor que antes eran remitidos desde el hospital a centros de estancia larga o intermedia ahora van a domicilio, sin que en muchas ocasiones cuenten con los apoyos adecuados. Se hace imprescindible el desarrollo de estrategias multidisciplinarias que disminuyan el impacto de

este tránsito. En este punto es imprescindible la colaboración de profesionales sanitarios del ámbito sociosanitario (personal de los equipos de evaluación de la discapacidad, de residencias de ancianos...) y de los trabajadores sociales.

## CONCLUSIONES

El médico rehabilitador tiene una labor fundamental en la asistencia a pacientes con dolor. Para el tratamiento de los pacientes con discapacidad asociada al dolor es imprescindible la participación coordinada de atención primaria, servicios de rehabilitación y UTD, entre otras especialidades. Los modelos de colaboración entre distintas disciplinas y especialidades son variados, y susceptibles de desarrollo.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a Francisco J. Robaina Padrón, jefe de la Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, la revisión del artículo, y a María del Carmen García Ameijeiras, presidenta de la Sociedad Catalana de Medicina Física y Rehabilitación, su invitación para la realización del artículo y su paciencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robaina FJ. ¿Por qué las unidades del dolor deben ser multidisciplinarias? *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12(3):137-40.
2. Loeser JD, dir. Task force on guidelines for desirable characteristics for pain treatment facilities. Desirable characteristics for pain treatment facilities. Disponible en <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3011> (consultado 30/10/2012).
3. Loeser JD, Sears JL, Newman RI. Interdisciplinary, multimodal management of chronic pain. In: Bonica JJ, ed. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990. p. 2107-20.
4. Palanca Sánchez I (dir.), Puig Riera de Conías MM (coord. cient.), Elola Somoza J (dir.), Bernal Sobrino JL (comit. redac.), Paniagua Caparrós JL (comit. redac.); Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento del dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
5. De la Calle JL, Abejón D, Cid J, Del Pozo C, Insausti J, López E, y el Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17:114-33.
6. González JA, Ayuso A, Caba F, et al. Plan andaluz de atención a personas con dolor. 2010-2013. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud; 2010.
7. Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

8. Larrosa M, Surís X, Pueyo MJ, Auleda J, De la Puente ML. Planificación en las enfermedades reumáticas. Elaboración del Plan. *Reumatol Clin*. 2012;8:72-7.
9. Documento de manejo del paciente con fibromialgia. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias; 2010.
10. Recomendaciones clínico-asistenciales para el abordaje integral de artrosis de cadera y artrosis de rodilla. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias; 2012.
11. Chiodo AE. Physiatrists as pain medicine physicians. *PMR*. 2010;2(3): 171-3.
12. Akuthota V. What's on the horizon: the future of pain medicine. *PMR*. 2012;4(8):545-7.
13. Stanos SP, McLean J, Rader L. Rehabilitación física para el dolor. *Med Clin N Am*. 2007;91:57-95.
14. Ehde DM, Hanley MA. Pain in patient groups frequently treated by physiatrists. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2006;17(2):275-85.
15. Robinson JP. Chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2007;18(4): 761-83.
16. Programa oficial de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación. ORDEN SCO/846/2008, de 14 de marzo. *Pub. BOE N.o 77, 17966-17971* (Marzo 29, 2008).
17. Rodríguez Pérez A, Polo Ostáriz MA. Formación y titulación. En: Climent J, Fenollosa P, Martín del Rosario FM. Rehabilitación intervencionista. Fundamentos y técnicas. Ergón; 2012. p. 11-6.
18. Charlton EJ. Core curriculum for professional education in pain. 3th ed. Seattle: International Association for Study of Pain Press; 2005.
19. Sanz Ayán MP, Fatela LV, Martínez Salio A, et al. Labor del médico rehabilitador dentro de una unidad multidisciplinar del dolor. *Rehabilitación (Madr)*. 2007;41:67-72.
20. Serra J, Quiles C. Guía para la creación de una unidad de dolor neuropático. En: Serra Catafau J. Tratado de dolor neuropático. Madrid: 2006. p. 269-80.
21. International Association for Study of Pain. Desirable characteristics for pain treatment facilities (2011). Disponible en <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3011> (consultado 30/10/2012).
22. Morlion B, Kocot-Kępska M, Alon E. The core multidisciplinary team. In: Pergolizzi J. Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management. *Change Pain*. 2011;14-8. Disponible en: [http://www.changepain.org/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=198000011](http://www.changepain.org/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=198000011) (consultado 30/10/2012).
23. The British Pain Society. Recommended guidelines for pain management programmes for adults. A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society. London: 2007.
24. Kocot-Kępska M. The wider team for the management of chronic pain. In: Pergolizzi J. Towards a multidisciplinary team approach in chronic pain management. *Change Pain*. 2011;19-20. Disponible en: [http://www.changepain.org/cms/cda/\\_common/inc/display\\_file.jsp?fileID=198000011](http://www.changepain.org/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=198000011) (consultado 30/10/2012).