

INTERDISCIPLINA EN DOLOR CRÓNICO: CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

*Lic. Julieta Pavoni, Lic. Victoria Banegas,
Dr. Julio Pueyrredón, Dr. Fernando Salvat*

SECCIÓN DOLOR. DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA.
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES NEUROLÓGICAS RAÚL CARREA. FLENI

DIRECCIÓN: FLENI. MONTAÑESES 2325. C1428AQB. BUENOS AIRES // E-MAIL DE CONTACTO: tdolor@fleni.org.ar

RESUMEN

El dolor crónico produce un deterioro en la calidad de vida de los pacientes y requiere de una evaluación interdisciplinaria que permita un abordaje integral para un tratamiento efectivo. En este trabajo se describe el uso del COPM para detectar las limitaciones funcionales en actividades de importancia seleccionadas por el paciente y evaluar posteriormente los cambios en la satisfacción y el desempeño ocupacional ocurridos luego del tratamiento.

Palabras Clave: *desempeño ocupacional, dolor crónico, tratamiento interdisciplinario, calidad de vida. (occupational performance, chronic pain, Interdisciplinary treatment, quality of life).*

ABSTRACT

Chronic pain causes deterioration in patient quality of life requiring interdisciplinary evaluation for an integral approach to effective treatment. This study describes usefulness of COPM to detect functional restrictions in relevant patient activities and subsequently evaluate changes in satisfaction and occupational performance after treatment.

Key Words: *occupational performance, chronic pain, interdisciplinary management, quality of life.*

INTRODUCCIÓN

El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP) es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño”. Se entiende por dolor crónico a aquel que persiste más allá del curso usual de una enfermedad aguda o luego de un tiempo razonable para que ésta cure.¹

Existe fuerte evidencia que la rehabilitación interdisciplinaria, reduce el dolor y mejora la funcionalidad de los pacientes con dolor crónico.^{2,3,4}

El manejo eficaz del dolor depende de una evaluación precisa y multifacética^{5,18}. Se necesita considerar no sólo la descripción del dolor (intensidad, localización, frecuencia, etc), sino que es importante considerar aspectos como la respuesta ante el mismo (la cual depende de experiencias

previas, personalidad, familia, cultura, etc), y cómo impacta en la vida de la persona.^{5,6,7,8} El dolor crónico tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente con consecuencias en la salud y en el bienestar social y psicológico. Se asocia con altos niveles de ansiedad, depresión, y disfunción social y ocupacional. Puede restringir su capacidad laboral con los efectos adversos de tipo económico-social en el paciente y en la familia.^{9,10}

Es importante que el mismo paciente indique sus limitaciones funcionales por dolor y cómo percibe su funcionamiento diario. Las evaluaciones centradas en el cliente asumen que el paciente es quien conoce lo que quiere y necesita en términos de desempeño ocupacional y es quien identifica los problemas que interfieren con el óptimo desempeño.^{13,18}

La mayoría de los test que miden el desempeño son comparados en relación a una población. Si bien son válidos para el dolor crónico, en forma individual pueden omitir ciertas actividades o no reflejar realmente las dificultades o necesidades del paciente, además de que los individuos difieren en cuánta importancia se le atribuye a los problemas que éstos plantean.^{11,15}

Se escogió el COPM (*Canadian Occupational Performance Measure*) como medida individualizada de la auto-percepción en la satisfacción y en el desempeño ocupacional,¹⁸ en el cual cambios de dos puntos o más se consideran clínicamente significativos¹⁶ y es útil como medida de resultado en programas interdisciplinarios.⁴

El objetivo del presente trabajo es analizar el cambio en el desempeño ocupacional y en la satisfacción en pacientes con dolor crónico benigno, que realizaron tratamiento interdisciplinario para el manejo del dolor en el Centro Integral de Dolor Fleni (CIDF) acreditado por CARF (Comisión on Accreditation of Rehabilitation Facilities)¹⁹ durante el periodo 2005/07.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población y muestra

La muestra se recolectó mediante un muestreo no probabilístico de todos los pacientes que realizaron tratamiento interdisciplinario para el manejo del dolor crónico en el CIDF Escobar, desde ju-

nio de 2005 hasta junio de 2007 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes entre 18 años y 90 años.
- Pacientes con diagnóstico de dolor crónico benigno (Según criterios de IASP)
- Pacientes que son evaluados con el COPM al inicio y fin del tratamiento.

Criterios de exclusión

- Abandonos de tratamiento: (pacientes que deciden abandonar tratamiento de rehabilitación).
- Abandonos de tratamiento en sesiones de T.O.

Variables

- Sexo
- Edad
- Ocupación
- Nivel de dolor
- Desempeño ocupacional / Satisfacción
- Cambio en desempeño y satisfacción.

Las variables se recolectaron de la Historia clínica del paciente y de la primera entrevista semi-estructurada que se realiza al iniciar el programa de tratamiento.

Nivel de dolor: la intensidad del dolor se midió con la Escala numérica de dolor (END).

Ocupación: se consideró si se encuentran laboralmente activos o jubilados, y el tipo de ocupación al momento del programa.

Desempeño ocupacional y satisfacción / Cambios en el desempeño ocupacional y satisfacción:

Se midió con el COPM, el cual es una medida individualizada de la auto-percepción en la satisfacción y en el desempeño ocupacional; diseñada para ser utilizada por terapeutas ocupacionales y para detectar cambios en el desempeño a lo largo del tiempo, siendo útil conjuntamente con otras evaluaciones, para medir cambios significativos.¹⁸

La publicación original fue en 1991; se utilizó en más de 35 países, en diferentes poblaciones y fue traducido en 22 idiomas, entre ellos el español. En diversos estudios se comprobaron sus propiedades psicométricas, mostrando utilidad clínica, validez y sensibilidad al cambio; siendo su diseño semi-estructurado valioso y esencial para una evaluación centrada en el paciente, incorporando además el rol del paciente y sus expectativas.^{11,14,15,16,17,20}

Considera “desempeño” como el definido por cada individuo según su experiencia, más que una observación objetiva; no sólo por sus habilidades para realizar sus actividades sino para su propia satisfacción.

El óptimo desempeño ocupacional implica un balance entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de auto-cuidado); su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y el disfrute (actividades de ocio).¹³ El COPM abarca el desempeño en éstas tres áreas: **auto-cuidado** (cuidado personal, movilidad funcional, manejo en la comunidad), **productividad** (trabajo remunerado o no, manejo del mantenimiento del hogar, juego/estudio) y **ocio** (recreación pasiva, activa y socialización).

Se tomó el COPM como evaluación inicial. La medición lleva entre 30 y 40 minutos, donde se identifican a través de una entrevista semi-estructurada, las ocupaciones donde el paciente refiere dificultades en el desempeño.

El paciente otorga un puntaje de importancia a cada actividad (1: no es importante - 10: es muy importante), para de ésta forma seleccionar los 5 problemas más importantes. Luego a cada una de estas cinco actividades se le asigna un puntaje de desempeño (de 1 a 10) y un puntaje de satisfacción con igual escala (de 1 a 10).

Se puede obtener un puntaje total individual de desempeño y satisfacción; y un puntaje de cambio, restando los resultados obtenidos en la evaluación inicial a los obtenidos en la reevaluación.

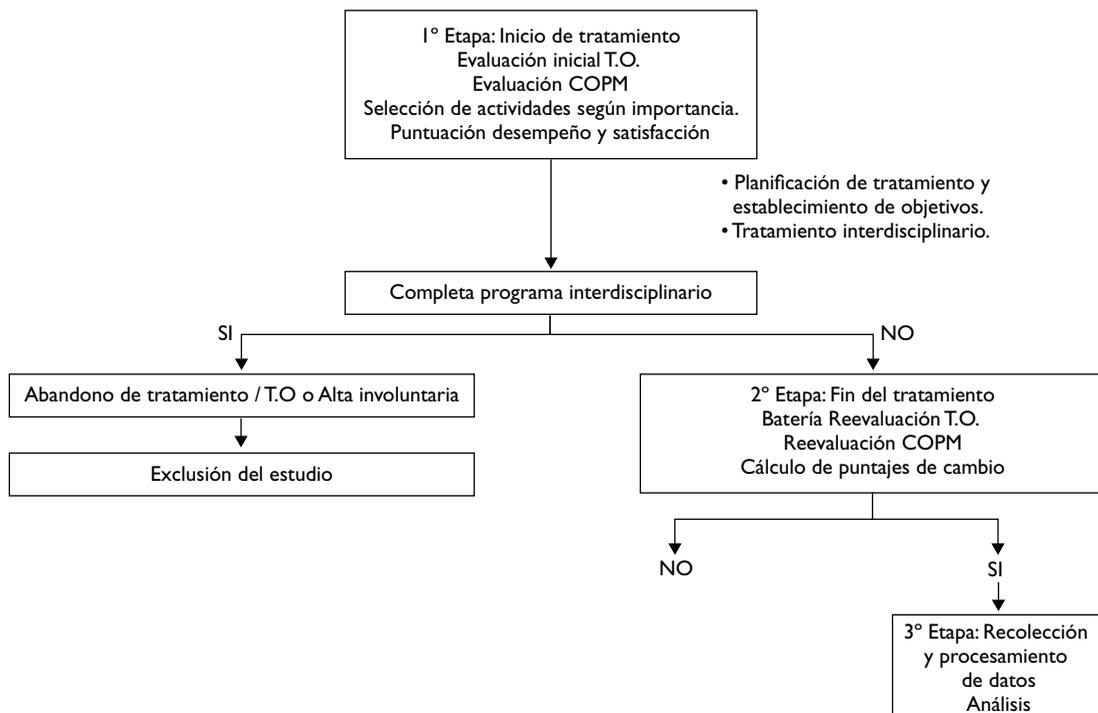
PROCEDIMIENTO

El paciente ingresa al tratamiento luego de una evaluación médica; habiendo firmado todos, un consentimiento informado. Gráfico 1.

Las mediciones se hicieron en dos etapas:

1º Etapa: El primer día de tratamiento y sobre la base de la evaluación de la rutina diaria del paciente, dentro de una entrevista semi-estructurada, la terapeuta ocupacional administró el COPM, seleccionando el paciente las actividades más importantes donde presenta limitaciones en el desempeño por el dolor y otorgando un puntaje inicial tanto al desempeño como a su satisfacción en el mismo.

2º Etapa: Una vez finalizado el tratamiento interdisciplinario, se reevaluó al paciente el último día del programa donde vuelve a otorgarle un puntaje sólo a las actividades antes referidas y seleccionadas según su nivel de importancia. En caso de que el paciente hubiese abandonado las sesiones



de terapia ocupacional o que no fuera reevaluado con el COPM, fueron excluidos del estudio.

3º Etapa: Serán recolectados y procesados en base de datos Excel, procediendo al análisis de los mismos.

- Planificación de tratamiento y establecimiento de objetivos.
- Tratamiento interdisciplinario.

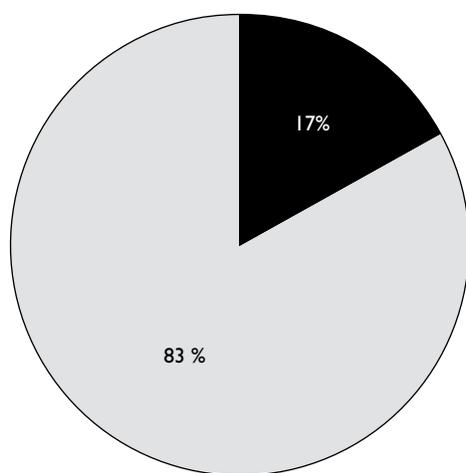
RESULTADOS

Se administró el COPM al inicio del tratamiento a 181 pacientes, cumpliendo con la primera etapa de evaluación.

De los mencionados, no fueron reevaluados 37 pacientes: por abandono de tratamiento (n=17), por interrupción del programa debido a intercurrencias (n=4), y por motivos varios (n=16). Gráfico 2.

Se seleccionaron 144 pacientes reevaluados al finalizar el tratamiento: un 75% femenino y un 25% masculino; con una edad promedio de 52 años R:(19-85). Gráfico 3.

El 86% de los pacientes se encuentran laboralmente activos (21% en relación de dependencia y un 65% trabajan en forma independiente); de los cuales un 10% se encuentran bajo licencia laboral debido al dolor. El 14% restante, se encuentra jubilado o sin actividad específica.



■ No reevaluados □ Muestra

Gráfico 2. Selección de muestra: 37 pacientes no fueron reevaluados por abandono de tratamiento (n=17), por intercurrencias (n= 4) otros (n=16).

Actividades seleccionadas como de importancia para el paciente con mayor dificultad de desempeño:

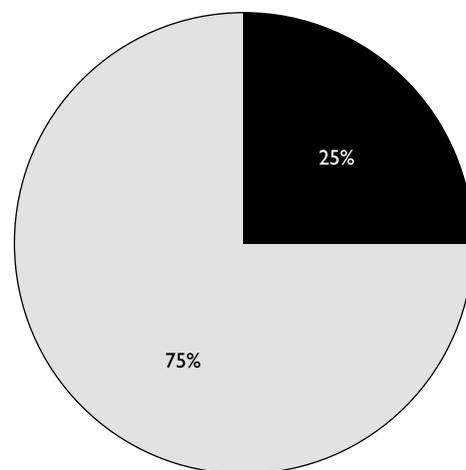
1. Auto-cuidado: 60% de las actividades
 - a. 43% en actividades de movilidad funcional
 - b. 12% actividades de cuidado personal
 - c. 5% manejo en la comunidad
2. Ocio: 24 % de las actividades
 - a. 16% de recreación activa
 - b. 6% de recreación pasiva
 - c. 2% de socialización
3. Productividad: 16%
 - a. 9% actividades de manejo y mantenimiento del hogar
 - b. 7% de trabajo remunerado

El nivel de dolor promedio, evaluado con END al inicio y fin de tratamiento es 6,17 inicial y 3.47 final. Gráficos 4 y 5.

DISCUSIÓN

Las consecuencias del dolor pueden provocar limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación (CIF; 2001); por lo tanto requiere ser valorado para determinar aquellas ocupaciones que son limitadas o excluidas por dolor, la pérdida de roles y rutinas interrumpidas^{7,10}, o los factores ambientales que influyen en el desempeño.

Asimismo, el desempeño ocupacional definido como la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria en las áreas ocupacionales¹²



■ Masculino □ Femenino

Gráfico 3. Pacientes según sexo.

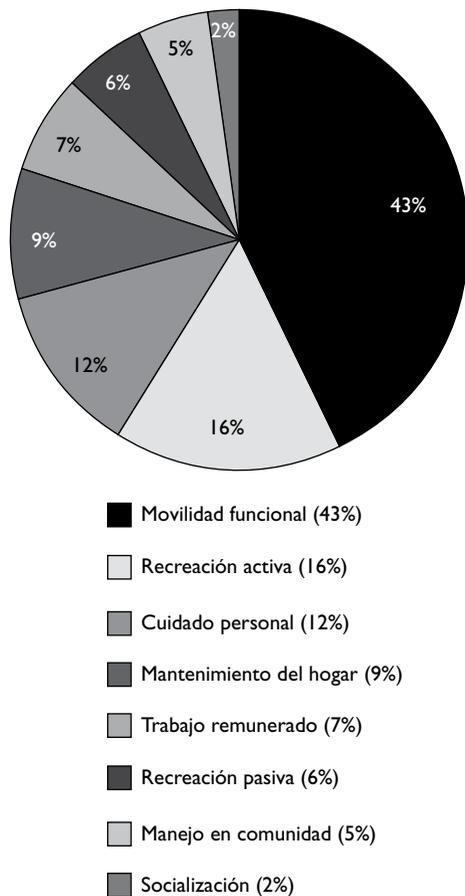


Gráfico 4. Actividades de importancia seleccionadas por el paciente donde refiere dificultades en el desempeño por dolor.

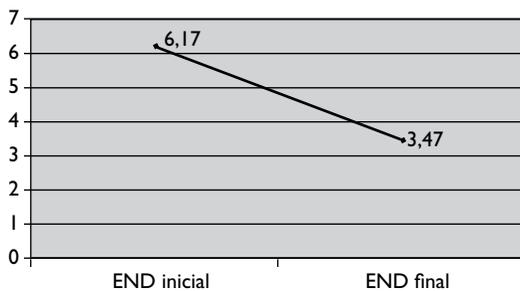


Gráfico 5. Variación del nivel de dolor.

tiene un componente objetivo, observable (las conductas asociadas con la ocupación) y uno subjetivo, personal (experiencia afectiva y cognitiva asociada con dichas conductas), por lo que para medirlo es necesario tener en cuenta ambos componentes.¹³

Se realizó un estudio⁴ para averiguar la utilidad del COPM como medida de resultado en un programa multidisciplinario para el manejo del dolor

y correlacionarlo con otros test estandarizados. Los resultados demostraron la validez y la sensibilidad al cambio del COPM utilizado en un programa de dolor crónico, que incluido dentro de la evaluación inicial, permite conocer las necesidades del paciente y comprometerlo en el proceso de intervención.

En este caso, el uso del COPM como parte de una batería interdisciplinaria de evaluación del paciente, permitió incorporar actividades que no estaban referidas en test funcionales estandarizados, o que en caso de estarlo, no lo estaban en su nivel de importancia; pudiendo observarse entonces si los cambios en el desempeño funcional luego de un tratamiento interdisciplinario, son además significativos para el paciente.^{11,15}

Incluido dentro de la evaluación inicial, permitió conocer las necesidades del paciente y sus expectativas con el tratamiento, y además identificar sus propios objetivos, aumentando su participación en el proceso de intervención, y pudiendo trabajar sobre las actividades problema. Asimismo con la reevaluación permitió tener un feedback positivo de su percepción en relación con los progresos.

Se pudieron identificar los roles alterados del paciente, ya que las actividades seleccionadas se encuentran relacionadas con los mismos: las tareas del hogar fueron mayormente seleccionadas por las pacientes con rol de ama de casa; las actividades recreativas, por los pacientes jubilados, las actividades productivas, por pacientes activos y en relación de dependencia, etc.

De las 102 diferentes actividades referidas, las mayormente seleccionadas son la calidad del sueño, higiene y vestido de tren inferior; tolerancia a la posición de pie y sentado, tolerancia a caminar, transferencias, manipulación de pesos; manejo, y uso de medios de transporte; uso de computadora; cocinar, tareas del hogar; deportes, salidas, viajes y actividades sociales.

Observamos que donde refieren presentar mayor dificultad en el desempeño, son en actividades de auto-cuidado (60%) y en segunda instancia actividades de ocio (24 %).

En gran parte de las publicaciones sobre dolor crónico, las intervenciones se focalizan en reducir licencias y en el pronto y exitoso retorno laboral debido a los altos costos provocados por ausentis-

mo laboral, reducción de productividad y tratamientos médicos.^{27,28,29,30,31} En nuestra población las actividades productivas fueron seleccionadas en menor medida (16%), ya que el 86% es mayoritariamente activa con un bajo porcentaje de licencias laborales por dolor (10%). Gráfico 6.

De la población analizada, el 93% de los pacientes presentó un aumento en el desempeño de actividades de importancia y el 95%, un aumento en la satisfacción.

El promedio de puntaje de cambio en el Desempeño de las actividades seleccionadas es de 2,27 puntos; y el de cambio en la satisfacción con el desempeño, 3,1 puntos (considerando clínicamente significativos aquellos puntajes de cambio mayores a dos puntos). Gráfico 7.¹⁶

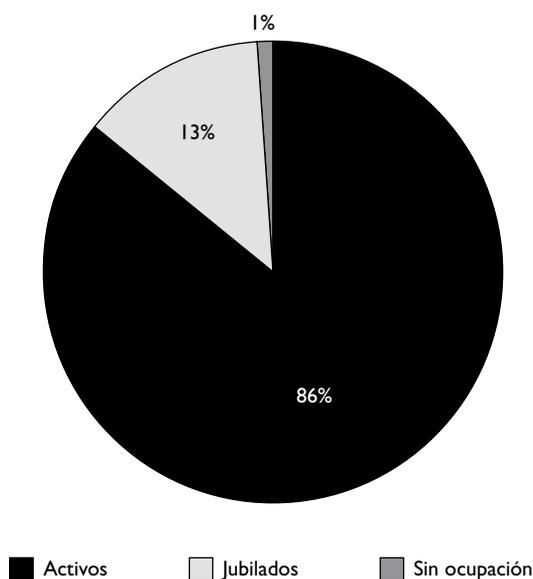


Gráfico 6. Rol ocupacional

Si bien en el 20% de los pacientes no hubo variación en la intensidad del dolor, y se observó apenas un cambio en el desempeño de 1.76 puntos, de todas formas, mostraron un incremento en la satisfacción de 2,55 puntos luego del programa interdisciplinario.

Debido a las características particulares del CIDF, los resultados no representan a la población con dolor crónico de la República Argentina.

En conclusión, en aquellos pacientes con dolor crónico que realizaron tratamiento mediante la modalidad interdisciplinaria en el CIDF, se observó un aumento en la participación en actividades de importancia, reflejado en un cambio significativo en el desempeño ocupacional y una alta satisfacción en el mismo ●

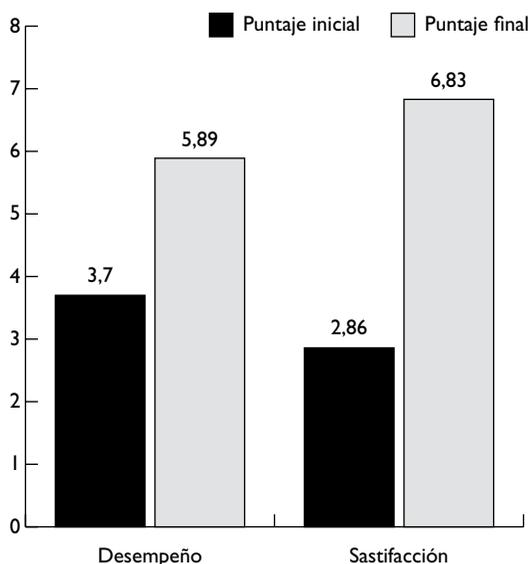


Gráfico 7. Cambios en Desempeño y Satisfacción luego del tratamiento interdisciplinario para el manejo del dolor crónico.

REFERENCIAS

1. Merskey H, Bungduk N. Classification of Chronic Pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, 2nd ed. Seattle, WA:IASP Press, 1994.
2. Keller S.; Ehrhardt-Schmelzer S.; Herda C.; et al. Multidisciplinary Rehabilitation for chronic back pain in an outpatient setting: a controlled randomized trial. European journal of Pain 1997; 1: 279-292.

3. Guzman J.; Esmail R., Karjalainen K.; et al. Multidisciplinary treatment for Low back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 1511-6.
4. Lang E.; Liebig K.; Kastner S.; et al. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life. *The Spine Journal* 2003; 3 270-276.
5. T. Wolter, D. Ahern. Procedimientos no farmacológicos: aspectos psicosociales del dolor. En D. Borsok, Alyssa A. Lebel, Buckman McPeck. Tratamiento del dolor. Massachusetts General Hospital. Ed Marban; 2000 Cap-8.
6. Turk. D. Assess the Person, not just the Pain. *Pain Clinical Updates* 1993 International Association for the Study of Pain; Vol I, Issue3.
7. Strand L.I.; Moe-Nilssen R.; Ljunggren A.E. Back performance Scale for the Assessment of mobility-related activities in people with back pain. *Physical Therapy* 2002; 82:1213-1223.
8. Pueyrredón H, Salvat F. Dolor crónico: evaluación interdisciplinaria. *Archivo de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*; marzo 2007, 13 (1) 25-32.
9. Lamé I.E; Peters M; Vlaeyen J.; et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain* 2005; 9: 15-24.
10. Turner A.; Foster, M.; Johnson, M. *Terapia Ocupacional y disfunción física. Principios, técnicas y prácticas*. 5ª ed.; Ed. Elsevier-Masson; 2003.
11. Walsh David Andrew; Kelly S J; Johnson S; Rajkumar S; et al. Performance Problems of Patients with Chronic Low-Back pain ante the measurement of patient-centered outcome. *Spine* 2004;29:87-93.
12. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional. Ámbito de competencia y Proceso; 2005. Traducción y adaptación al español del Occupational Therapy Framework Domain and process, *The American Journal of OT*, 2002; vol.56 6: 609-39.
13. Law M.; Baum C.; Dunn W. *Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. 2nd. Ed. Chapter 6: Measuring Occupational Performance Using a Client-Centered Perspective. McColl M.A.; Pollock N.
14. Wressle E.; Lindstrand J.; Neher M.; et al. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment programme. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25. 10,497-506.
15. Carpenter L.; Baker G A.; Tydesley B. The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program. *Can J Occup Ther* 2001; 68:16-22.
16. Eyseen ICJM; Beelen A.; Dedding C.; et al. The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Clinical Rehabilitation* 2005; 19: 888-894.
17. Wressle E.; Eeg-Olofsson AM.; Marcusson J.; et al. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centered goal formulation structure. *J Rehabil Med* 2002; 34: 5-11.
18. Simmons D.; Blesedell Crepeau E.; Prudhomme White B. The predictive power of narrative data in occupational therapy evaluation. *The American Journal of Occupational Therapy* 2000; 54: 417-476.
19. Accreditation 2005 CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities): Interdisciplinary Pain Rehabilitation Programs-Outpatient (Adults).
20. Polgar J.M., O.T. Reg Barlow I.M, Sc. O.T. Measuring the clinical utility of an assessment: The example of the Canadian Occupational Performance Measure; 2005.
21. CIF: Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud; versión española; 2001.
22. Willard, Spackman. *Terapia Ocupacional*. 8º ed. Editorial Médica Panamericana; 1998.
23. Kjekken I.; Dagfinrud H.; Uhlig T.; et al. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2005; 32: 1503-9.
24. Simo Algado, S.; Urbanwiski R. El modelo canadiense del desempeño ocupacional I. *TOG* 2006; N°3.
25. Simo Algado, S.; Urbanwiski R. El modelo canadiense del proceso del desempeño ocupacional. *TOG* 2006; N°3.
26. Persson, E.; Rivano-Fischer M.; Eklund, M. Evaluation of changes in occupational performance among patients in a pain management program. *J Rehabil Med* 2004; 36: 85-91.
27. Lambeek, L.C.; Anema, J.R.; Royen, B.J.; et al. Multidisciplinary outpatient care program for patients with chronic low back pain: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Public Health* 2007, 7:254.

28. Collins, J.J.; Baase, C.M.; Sharda, C.E.; et al. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *J Occup Environ Med.* 2005; 47: 547-557.
29. Reiso, H.; Nygard, J.F.; Jorgensen, G.S.; et al. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick. *Spine* 2003; 28:1468-1474.
30. Watson, P.J.; Booker C.K.; Moores, L.. Return of the chronically unemployed with low back pain to employment. *EJ Pain* 2004; 8: 359-369.
31. Krause, N.; Ragland D.R. Occupational disability due to low back pain: a new interdisciplinary classification based on a phase model of disability. *Spine* 1994; 19:1011-1020.