



DOLOR

Manual para profesionales de la salud

Tercera edición

DOLOR

Manual para profesionales de la salud

Tercera edición

Hubert van Griensven

Instituto de Educación Médica y Biomédica St. George, Universidad de Londres,
Cranmer Terrace.
Londres, Reino Unido.

Jenny Strong

Profesora emérita. División de Terapia Ocupacional, Escuela de Ciencias de la Salud
y Rehabilitación, Universidad de Queensland.
Brisbane, Australia.

van Griensven, Hubert

Dolor: Manual para profesionales de la salud/Hubert van Griensven; Jenny Strong
3ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2026.
440 p.; 24 x 17 cm.

ISBN 978-631-91168-0-9

1. Fisioterapia. 2. Terapia Ocupacional. I. Strong, Jenny II. Campana, Federico, trad.
III. Título.
CDD 615.8

Esta edición es una traducción de: Pain: A textbook for health professionals, 3th edition, by Hubert van Griensven, Jenny Strong, ISBN 978-0-323-87033-7, publicada en acuerdo con Elsevier Ltd.

La traducción ha sido realizada por Ediciones Journal S.A. bajo su exclusiva responsabilidad. Los profesionales e investigadores siempre deben confiar en su propia experiencia y conocimiento al evaluar y utilizar cualquier información, método, compuesto o experimento aquí descrito. Debido a los rápidos avances en las ciencias médicas, en particular, se debe realizar una verificación independiente de los diagnósticos y las dosis de los medicamentos. En la máxima extensión de la ley, Elsevier, los autores, editores o colaboradores no asumen ninguna responsabilidad en relación con la traducción o por cualquier lesión y/o daño a personas o propiedad como cuestión de responsabilidad del producto, negligencia o de otro tipo, o de cualquier uso u operación de cualquier método, producto, instrucción o idea contenida en el presente material.

© 2024 by Elsevier Ltd. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies. Publisher's note: Elsevier takes a neutral position with respect to territorial disputes or jurisdictional claims in its published content, including in maps and institutional affiliations.

© Ediciones Journal, 2026

Viamonte 2146 1ªA (C1056ABH) CABA, Argentina
ediciones@journal.com.ar | www.edicionesjournal.com

Producción editorial: Ediciones Journal S.A.

Traducción: Federico Campana

Revisor científico: Nicolás Garrigue, Jefe de División del Depto de CP, IDIM A. Lanari. Magister
en Cuidados Paliativos (USAL). Vicepresidente, Pallium Latinoamérica. Buenos Aires, Argentina.

Diagramación: Flavio Maddalena

Diseño de tapa: Le Voyer

IMPORTANTE: Se ha puesto especial cuidado en confirmar la exactitud de la información brindada y en describir las prácticas aceptadas por la mayoría de la comunidad médica. No obstante, los autores, traductores, correctores y editores no son responsables por errores u omisiones ni por las consecuencias que puedan derivar de poner en práctica la información contenida en esta obra y, por lo tanto, no garantizan de ningún modo, ni expresa ni tácitamente, que ésta sea vigente, íntegra o exacta. La puesta en práctica de dicha información en situaciones particulares queda bajo la responsabilidad profesional de cada médico.

Los autores, traductores, correctores y editores han hecho todo lo que está a su alcance para asegurarse de que los fármacos recomendados en esta obra, al igual que la pauta posológica de cada uno de ellos, coinciden con las recomendaciones y prácticas vigentes al momento de publicación. Sin embargo, puesto que la Investigación sigue en constante avance, las normas gubernamentales cambian y hay un constante flujo de información respecto de tratamientos farmacológicos y reacciones adversas, se insta al lector a verificar el prospecto que acompaña a cada fármaco a fin de verificar cambios en las indicaciones y la pauta posológica y nuevas advertencias y precauciones. Esta precaución es particularmente importante en los casos de fármacos que se utilizan con muy poca frecuencia o de aquéllos de reciente lanzamiento al mercado.

Quedan reservados todos los derechos. No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de Ediciones Journal S.A. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Libro de edición argentina

Impreso en India – Printed in India, 10/2025

Replika Press Pvt Ltd, Haryana, 131028

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Se imprimieron 1000 ejemplares

A0001

Colaboradores

Los editores desean reconocer y agradecer los aportes de todos los colaboradores de las ediciones previas.

Aftab, Awais

Profesor adjunto de Psiquiatría, Universidad de la Reserva Case Western. Cleveland, Ohio, Estados Unidos.

Andrews, Nicole E.

Fellow en Investigación, Centro de Investigación de Lesiones RECOVER, Universidad de Queensland. Queensland, Australia.

Barnabe, Cheryl

Profesora, Departamentos de Medicina y Ciencias de Salud Comunitaria, Universidad de Calgary. Calgary, Canadá.

Belton, Joletta

Defensora independiente de personas con dolor, Fraser, Colorado. Copresidenta, Global Alliance of Partners for Pain Advocacy. Washington D. C., Estados Unidos.

Bennett, Sally

Profesora, Terapia Ocupacional, Escuela de Salud y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad de Queensland. Brisbane, Australia.

Bullen, Jonathan

Profesor adjunto, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Curtin. Perth, Australia.

Cook, Nicola U.

Centro Médico de Cape Byron, Bahía Byron. Nueva Gales del Sur, Australia.

Craig, Kenneth D.

Profesor Emérito de Psicología, Departamento de Psicología, Universidad de Columbia Británica. Vancouver, Canadá.

Cummings, Mike

Director médico, Sociedad de Acupuntura Médica Británica, Hospital Real de Londres de Medicina Integrada. Londres, Reino Unido.

Fashler, Samantha R.

Centro de Salud de la Costa de Vancouver. Vancouver, Canadá.

Foster, Nadine E.

Directora, Coalición de Educación e Investigación STARS, Servicio de Tratamiento Quirúrgico y Rehabilitación (STARS), Universidad de Queensland y Centro de Salud Metro North. Brisbane, Australia.

Galea, Mary P.

Fellow profesional, Departamento de Medicina, Hospital Real de Melbourne, Universidad de Melbourne. Victoria, Australia.

Goucke, Roger

Profesor adjunto de Clínica, Escuela de Medicina, Universidad de Australia Occidental. Perth, Australia.

Hardy, Janet

Directora de Atención Paliativa y de Soporte, Servicios de Salud Mater, SE Queensland. Directora de Investigación en Cuidados Paliativos, Investigación Mater - Universidad de Queensland. Brisbane del Sur, Queensland, Australia.

Harvey, Adrienne Ruth

Fellow senior en Investigación, Neurodiscapacidad y Rehabilitación, Instituto Murdoch de Investigación Infantil. Victoria, Australia.

Holden, Melanie A.

Fellow de Investigación en Artrosis Aplicada, Profesor de Investigación NIHR de Salud Musculoesquelética en Atención Primaria, Centro de Investigación de Artritis en Atención Primaria del Reino Unido, Universidad de Keele. Keele, Reino Unido.

Ikkos, George

Profesor, psiquiatra asesor, Hospital Real Ortopédico Nacional (financiado por el NHS). Stanmore, Reino Unido.

Jesson, Tom

Escritor independiente, terapeuta y fisioterapeuta. Houston, Estados Unidos.

Johnson, Mark I.

Profesor de Dolor y Analgesia. Director del Centro para la Investigación del Dolor, Escuela de Salud, Universidad Beckett de Leeds. Leeds, Reino Unido.

Lin, Ivan

Conferencista *senior*. Fisioterapeuta especialista en dolencias musculoesqueléticas, Centro de Salud Rural de Australia Occidental, Universidad de Australia Occidental, Servicio Regional de Medicina Aborigen de Geraldton. Geraldton, Australia.

McCarthy, Chris

Profesor adjunto, Escuela de Fisioterapia de Manchester, Facultad de Salud y Educación, Universidad Metropolitana de Manchester. Manchester, Reino Unido.

Mitchell, Geoffrey

Profesor emérito, Escuela de Medicina, Universidad de Queensland. Brisbane, Australia.

Muralidharan, Arjun

Jefe de Grupo, Neurobiología del Dolor Crónico, Centro Charles Perkin, Universidad de Sídney. Nueva Gales del Sur, Australia.

Nicholas, Michael

Profesor y director de la Unidad de Educación sobre el Dolor, Escuela de Medicina de Sídney, Facultad de Medicina y Salud del Norte, Universidad de Sídney. Nueva Gales del Sur, Australia.

Nielsen, Mandy

Oficina de Investigación y Desarrollo, División de Rehabilitación, Hospital Princesa Alejandra y Servicio de Salud Metro del Sur. Queensland, Australia.

O'Reilly, Maria

Conferencista *senior* y presidenta del Curso de Terapia Ocupacional, Universidad de Queensland Central. Queensland, Australia.

Peters, Susan E.

Escuela de Salud Pública T. H. Chan de Harvard, Centro para el Trabajo, la Salud y el Bienestar, Departamento de Ciencias Sociales y Conductuales. Boston, Estados Unidos.

Ramanuj, Parashar

Hospital Ortopédico Real Nacional, Brockley Hill. Stanmore, Reino Unido.

Rawson, Lewis

Presidente de Servicios Clínicos y Fisioterapia Avanzada, Círculo de atención integrada, Grupo Circle Health. Londres, Reino Unido.

Schug, Stephan A.

Profesor emérito e investigador honorario *fellow senior*, disciplina de Anestesiología y Medicina del Dolor, Escuela de Medicina. Universidad de Australia Occidental. Perth, Australia.

Sharma, Saurab

Departamento de Fisiología del Ejercicio, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina y Salud, Universidad de Nueva Gales del Sur. Sídney, Australia.

Sinclair, Cate

Terapeuta ocupacional, Instituto Murdoch de Investigación Pediátrica. Victoria, Australia.

Smith, Maree T.

Profesora emérita, directora, CIPPD, Escuela de Ciencias Biomédicas, Universidad de Queensland. Brisbane, Australia.

St John-Smith, Paul

Psiquiatra asesor y académico independiente. Presidente del Grupo de Interés Especial en Psiquiatría Evolutiva, Colegio Real de Psiquiatras. Londres, Reino Unido.

Stewart, Mike

Fisioterapeuta y tutor del Curso Know Pain (“Conocer el dolor”), Know Pain Ltd., Westgate-on-sea. Kent, Reino Unido.

Strong, Jenny

Profesora emérita, División de Terapia Ocupacional, Escuela de Salud y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad de Queensland. Brisbane, Australia.

Thompson, Bronwyn Lennox

Jefa académica. Programas de Posgrado en Dolor y Tratamiento del Dolor, Departamento de Cirugía Ortopédica y Medicina Musculoesquelética, Universidad de Otago. Christchurch, Nueva Zelanda.

Trendafilova, Teodora

Neurocientífica posdoctoral, Departamento Nuffield de Neurociencias Clínicas, Hospital John Radcliffe. Oxford, Reino Unido.

van Griensven, Hubert

Instituto de Educación Médica y Biomédica St. George, Universidad de Londres, Cranmer Terrace. Londres, Reino Unido.

van Wijchen, Joost

Jefe del Programa de Licenciatura en Fisioterapia, Universidad de Ciencias Aplicadas de Noruega Occidental. Bergen, Noruega.

Walden, Marc

Médico *senior* en Medicina del Dolor, Centro de Dolor e Investigación Tess Cramond, Hospital Real de Mujeres de Brisbane. Queensland, Australia.

Prólogo de la tercera edición

Este manual es una bienvenida actualización sobre áreas familiares y es más inclusivo que sus predecesores. Representa y tiene como objetivo ser utilizado por una amplia gama de profesionales de la salud que trabajan en dolor, no solo fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales; y ahora incluye las voces de las personas con dolor, expertos por experiencia, y las de países y sistemas de salud con menos recursos. Esta integración de puntos de vista, de intereses y de objetivos de investigación es característica del campo del dolor, en donde es muy valorada y se evidencia en las reuniones multidisciplinarias académicas y de publicación.

¿Cuáles son las novedades? Todavía estamos tratando de solucionar el imperecedero problema de incluir a colegas dentro y fuera del campo del dolor, a los pacientes y al público general en un entendimiento biopsicosocial integrado del dolor, en contra de lo que los dos editores, en su capítulo introductorio, describen de manera acertada como la suposición “ampliamente arraigada” de que el dolor se corresponde con una patología. Sin embargo, se han añadido maneras imaginativas de informar a las personas con dolor acerca de su situación, con mucha mejor evidencia acumulada a partir de la cual podemos seleccionar lo mejor para nuestros propósitos; además de una valoración crítica de una parte de la sabiduría aceptada acerca de la “educación del paciente” que no ha sido corroborada por hallazgos de investigación. Hoy en día, las voces de los pacientes ayudan a orientar la información científica hacia un lenguaje más aceptable y respetuoso y, en el mejor de los casos, al entendimiento de que el dolor es coproducido entre cada paciente y su propio médico (quien a su vez utiliza la bibliografía de investigación) y sirve como una base sólida y de larga data para iniciativas de tratamiento y rehabilitación.

Se está prestando más atención que antes a los aspectos sociales de las vidas de las personas con dolor, lo que resuena con las voces y las preocupaciones de los pacientes acerca de los estigmas y el estereotipado, pero hoy en día se va más allá de los modelos de influencia hacia enfoques clínicamente aplicables. En los capítulos sobre las influencias psicológicas y culturales para el dolor también se presenta mayor interés en los factores sociales.

Otro tema nuevo es un capítulo sobre opioides, necesario a partir de la crisis de abuso y sobredosis en Norteamérica y la clara evidencia actual acerca de la falta de beneficios a largo plazo y de los riesgos del uso prolongado. Las vías terapéuticas son más integrales, están organizadas como guías, se las menciona en múltiples capítulos y reflejan el crecimiento en los métodos de síntesis de la evidencia. En particular, no hay tratamientos particularmente nuevos, pero los principales métodos existentes administrados por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y psicólogos, junto con otros profesionales, son evaluados juiciosamente e incluyen su aplicación en grupos previamente desatendidos de personas con dolor (adultos mayores, niños y adolescentes, y poblaciones minoritarias).

De esta manera, este manual es una buena representación de lo que ha cambiado y lo que no ha cambiado en los últimos 10 años transcurridos desde la edición previa. El dolor como problema médico se encuentra en la inusual posición de ser tan ubicuo que el conocimiento especializado no es reconocido debido a que existen muchas formas de tratamiento y alivio, dentro y fuera de los servicios de salud. Además, es una experiencia tan universal (afortunadamente, por lo general, en la forma de

dolor agudo transitorio), que a menudo las muchas dimensiones de dificultad que acompañan al dolor persistente son pasadas por alto, o incluso negadas, por las personas cercanas a las personas con que lo sufren, en igual medida que por quienes son responsables de su atención sanitaria. El dolor tiene valores morales vinculados a partir de los cuales se juzga a las personas afectadas, a menudo despiadadamente, como culpables de tener un problema de salud o de no lograr superarlo. Solo mediante la profundización de nuestro entendimiento acerca de estas dificultades, expresadas con elocuencia por las personas con dolor persistente, e incorporándolo en nuestros modelos teóricos y en nuestras intervenciones prácticas, seremos capaces de proporcionar un mejor tratamiento para una mayor parte de los millones de personas que viven con dolor. Los editores han producido una explicación prospectiva y optimista de lo que el campo tiene para ofrecer en la actualidad y algunas de las mejoras que podemos esperar en la próxima década.

Amanda C de C Williams

Prólogo de la segunda edición

La investigación en el campo del dolor ha hecho avances revolucionarios en el último medio siglo. El concepto tradicional del dolor como una sensación específica ha evolucionado hacia un concepto más amplio del dolor que incluye dimensiones sensitiva, afectiva y cognitiva. Muchas personas sufren dolor crónico que es desproporcionado respecto de cualquier causa física detectable, lo que nos impulsa a explorar programas neurales en el encéfalo donde se produce la experiencia subjetiva. La investigación sobre el lenguaje del dolor ha producido cuestionarios que nos permiten evaluar la experiencia subjetiva del dolor.

La revolución del tratamiento del dolor nos ha llevado desde la sección quirúrgica de una “vía del dolor” hacia múltiples abordajes interrelacionados. Incontables fármacos, que varían desde la aspirina hasta la morfina, se utilizan para conseguir el alivio de dolores agudos intensos, el dolor posoperatorio e incluso el dolor persistente secundario al cáncer y a la artritis que destruyen los tejidos corporales. Por ejemplo, el dolor oncológico se puede reducir en gran medida y, a veces, se lo puede abolir por completo con dosis adecuadas de morfina u otros opioides. No obstante, a pesar de los mejores esfuerzos en los hospitales con excelente infraestructura, entre el 5% y el 10% de los pacientes oncológicos siguen teniendo niveles moderados a altos de dolor.

El dolor crónico es el tipo de dolor más difícil. Cuando es secundario a una lesión previa, es desproporcionado respecto de la lesión u otra patología y persiste mucho después de completada la curación. La suposición tradicional de que debe haber una vía espinal que causa el dolor ha llevado a la utilización de bloqueos anestésicos espinales para detenerlo. A veces es posible disminuir o incluso abolir los dolores crónicos intensos. Sin embargo, con mayor frecuencia el dolor regresa a su intensidad previa.

Más de 40 años de investigación basada en la teoría tradicional “desde abajo hacia arriba” del dolor todavía no han permitido descubrir nuevas clases farmacológicas importantes. La aspirina, el paracetamol y la morfina siguen siendo la primera línea de tratamiento de todos los dolores y se han producido muchas variantes de estos fármacos con menos efectos colaterales indeseables. Sin embargo, más destacable es el descubrimiento de dos nuevas clases de fármacos desarrollados originalmente con otros fines. Un descubrimiento inesperado fue que los fármacos prescritos para el control de la depresión producían un significativo alivio de muchas formas de dolor crónico. De modo similar, se encontró que los medicamentos desarrollados para controlar la epilepsia aliviaban dolores crónicos intensos asociados con enfermedades de los nervios. Las variantes recientemente desarrolladas de ambas clases farmacológicas son más efectivas y tienen menos efectos colaterales. Estos medicamentos, que evolucionaron a partir del abordaje “desde arriba hacia abajo” basado en las descripciones subjetivas de los pacientes acerca de su dolor, abrió la puerta a una nueva farmacología del dolor crónico focalizada en el encéfalo. En la actualidad, ambas clases de fármacos son recursos fundamentales para el alivio de muchos dolores crónicos intensos que en el pasado eran intratables.

A pesar de los avances, los dolores crónicos siguen siendo difíciles de tratar. Por ejemplo, en algunos pacientes es posible aliviar los dolores de espalda y los dolores pélvicos mediante bloqueos espinales o con alguna combinación de fármacos, pero todavía no se ha encontrado un tratamiento extensamente efectivo. De modo similar, los excelentes medicamentos nuevos son efectivos para algunos tipos de

cefalea crónica, pero no para todos. Los dolores crónicos más terribles que casi nunca son aliviados son los “dolores centrales” secundarios a ataques cerebrovasculares u otras enfermedades neurológicas.

El reconocimiento de que el dolor es una experiencia multidimensional determinada por factores psicológicos y físicos ha ampliado el alcance de los tratamientos del dolor. Los pacientes con dolor crónico, así como los pacientes oncológicos terminales con dolor intenso, necesitan todas las herramientas disponibles para luchar contra el dolor. John Bonica, un brillante anestesista estadounidense, tuvo un rol muy importante en estos avances. La teoría de la compuerta, publicada en 1965, proporcionó un fundamento científico para la afirmación de Bonica de que el dolor crónico no es un “síntoma” sino un síndrome en sí mismo y requiere una clínica del dolor que incluya terapeutas de una amplia gama de disciplinas. Al mismo tiempo, Cicely Saunders, en Inglaterra, reconoció la importancia de los abordajes psicológicos como parte de los cuidados paliativos para pacientes en proceso de muerte, además de niveles efectivos de morfina. Bonica y Saunders argumentaban que el dolor incesante es un mal que debe ser abolido por todos los medios disponibles.

El rápido aumento de los tratamientos no farmacológicos es un resultado principal del nuevo concepto del dolor. Las terapias psicológicas, que en el pasado se utilizaban como último recurso cuando los fármacos o la neurocirugía no lograban controlar el dolor, hoy en día son una parte integral de las estrategias de tratamiento del dolor. El reconocimiento de que el dolor es resultado de múltiples contribuciones dio origen a una variedad de abordajes psicológicos tales como la relajación, la hipnosis y las terapias cognitivas. Asimismo, la neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) y los procedimientos de fisioterapia consiguen un considerable alivio del dolor para una gran cantidad de personas.

La revolución del dolor nos ha llevado desde una vía directa del dolor hacia un sistema biológico abierto que incluye múltiples aferencias sensitivas, recuerdos de experiencias previas, expectativas personales y sociales, contribuciones genéticas, sexo, envejecimiento y patrones de estrés que implican a los sistemas endócrino, autonómico e inmunológico. Hoy en día, se reconoce universalmente al dolor como un importante desafío para la medicina, la psicología, la fisioterapia, la terapia ocupacional y todas las otras ciencias y profesiones de la salud. Cada aspecto de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, tiene problemas de dolor característicos. Hasta hace poco, la genética casi nunca se consideraba relevante para entender el dolor, pero los sofisticados estudios epidemiológicos y de laboratorio han establecido predisposiciones genéticas relacionadas con el dolor como un componente esencial del campo. Por lo tanto, el estudio del dolor se ha ampliado y en la actualidad incorpora investigaciones en epidemiología y genética médica, como también estudios sociológicos y culturales.

Los autores de este libro son profesionales altamente respetados, como también docentes y científicos universitarios y hospitalarios. Tienen el conocimiento y la sabiduría de años de práctica. Los felicito por su excelente organización y por la valiosa información que ofrecen en este volumen.

Ronald Melzack

Prólogo de la primera edición

Estoy convencido de que la fisioterapia y la terapia ocupacional son gigantes dormidos. Este libro es uno de los signos que indican que el largo sueño ha finalizado. Durante mucho más de 2000 años la fisioterapia clásica se practicó en cada cultura como una tradición popular. Todo estaba allí: calor, frío, masajes, manipulación, acupuntura, reflexología, aromaterapia, etc. Debido a que estaba profundamente enraizada en cada sociedad y, por lo tanto, atraía poca atención intelectual, simplemente se la aceptaba como un hecho empírico de la vida sin cuestionamiento de sus mecanismos. La terapia ocupacional es una profesión más reciente: surgió en respuesta a los muchos veteranos de las guerras mundiales del siglo XX que regresaban a sus hogares traumatizados, a menudo discapacitados y con necesidad de rehabilitación ocupacional. Aun así, un postulado central de la terapia ocupacional, que los seres humanos tienen la necesidad de una ocupación significativa para lidiar y vivir con problemas de salud, nos ha acompañado durante siglos.

En el siglo XVIII un desastre afectó el posterior desarrollo de las profesiones de rehabilitación: era la Edad de la Razón y la época en que se estaba desarrollando la medicina académica. Este poderoso y altamente exitoso movimiento se sostenía en dos fundamentos: diagnóstico basado en la patología y una búsqueda obsesiva de curas basadas en el tratamiento racional. Las intervenciones de rehabilitación salieron perdiendo en ambos frentes. Las patologías tratadas a menudo tenían una patología imprecisa o inexistente. Solo aquellas personas más extravagantes que exhibían tanto el carisma como la confianza del embustero afirmaban lograr una cura permanente. La gran mayoría de personas honestas estaban orgullosas de la capacidad para mitigar la patología. Los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales no eran los únicos profesionales menospreciados por la medicina académica. Por ejemplo, los cuidados paliativos tuvieron que esperar dos siglos antes de recuperar su respetabilidad, debido a que no ofrecían una posibilidad de curación. Recuperó su aceptación una vez que los médicos “verdaderos” dijeron que “no hay nada más para hacer”.

La fisioterapia y la terapia ocupacional sobrevivieron en el escalón más bajo de la jerarquía académica. Los fisioterapeutas obtuvieron cierto respeto de los doctores más honestos debido a que estaba claro que efectivamente ayudaban a algunos pacientes. Para los doctores menos honestos, la fisioterapia representaba un vertedero amable para los pacientes que se habían etiquetado como no aptos para el tratamiento médico adecuado o para el tratamiento quirúrgico. La terapia ocupacional se consideraba útil para mantener a los pacientes ocupados y distraídos de sus problemas.

En el espíritu de la época en el siglo XX, hubo un alejamiento parcial del aprendizaje tradicional en el cual las habilidades eran enseñadas por un fisioterapeuta experimentado que memoraba con acogedor orgullo al arte tradicional. Los brillantes y jóvenes fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales comenzaron a buscar educación para aprender los fundamentos de lo que estaban haciendo.

Pero, ¿qué educación? La respuesta parecía ser obvia: una versión abreviada y simplificada de lo que se enseñaba a los estudiantes de medicina. Este era un abordaje particularmente desafortunado para el tema crucial del dolor. La medicina clásica había denigrado de forma deliberada el estudio de los síntomas, tales como el dolor. Los síntomas se consideraban nada más que como carteles señalizadores que no deberían orientar la exploración de la única ruta verdadera que llevaba desde el diagnóstico hacia la curación. La frase “medicina sintomática” se volvió ofensiva y describía una práctica de baja calidad que no lograba hacer frente al profundo problema profesional de la curación fundamental.

Esta actitud condenaba a fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales a permanecer en el fondo de la escalera académica. Resulta simbólico que los servicios de Fisioterapia y de Terapia ocupacional a menudo se encuentran en sótanos sin ventanas en la mayoría de los hospitales.

Las escuelas de medicina no prestaban mucha atención a la explicación de los síntomas. El dolor era inevitablemente causado por la presión sobre el tejido dañado, lo cual excitaba fibras nerviosas nociceptivas especiales. Estas fibras alimentaban un sistema en el sistema nervioso central que estaba integrado y tenía una modalidad específica, el cual desencadenaba la actividad en un centro de dolor específico. Este plan era aceptado en su totalidad y naturalmente dirigía la atención de la nueva fisioterapia académica completamente hacia la periferia. Esto tuvo como resultado un llamativo florecimiento de hipótesis plausibles pero no registradas para explicar el objetivo y el efecto del tratamiento. Debido a que se aceptaba que el dolor solo podía ser producido por un tejido claramente patológico y a que la fisioterapia se dirigía a dicho tejido, las hipótesis proponían cambios tisulares. Los cambios del flujo arterial, venoso o linfático, la aceleración de la resolución de la inflamación mediante calor o frío, la liberación de nervios atrapados a través de la disolución de adherencias o el reajuste de huesos, la relajación de músculos contracturados son todos preceptos del objetivo y del fundamento de la fisioterapia.

Cuatro nuevas áreas de descubrimiento han desplazado el énfasis desde una explicación completamente periférica del origen del dolor y han abierto el campo de debate para incluir al sistema nervioso central. La primera fue el reconocimiento de la importancia crucial del dolor referido. El sitio de dolor percibido y de tratamiento dirigido no es necesariamente el sitio de la patología causal. Por ejemplo, no hay dudas de que la angina es causada por isquemia del corazón y aun así el brazo puede ser la zona donde se sienten los síntomas a pesar del hecho de no haber una patología en el brazo. El reconocimiento de este fenómeno llevó a la conclusión de que existen convergencias dentro del sistema nervioso central. El tratamiento se puede dirigir de manera eficaz hacia a los sitios primario y secundario.

Luego, se demostró que la sensibilidad y la contracción muscular generalizadas asociadas con el daño periférico pueden ser causadas por un aumento secundario de la excitabilidad en la médula espinal. Esto muestra que la utilización de dolor paralizante puede migrar desde su área original en la periferia hacia zonas centrales. Este es uno de los claros signos de que el mecanismo del dolor no es rígido, exclusivo e integrado, sino que es plástico y cambia con el tiempo.

El tercer cambio fue el descubrimiento de que los mensajes algésicos que llegan al encéfalo son síntomas descendentes controlados que se originan en este. Esto abrió todo el campo a la psicología, con el entendimiento de que el dolor no es simplemente una respuesta mecánica a la presencia de daño tisular, sino que es afectado por el estado de ánimo y la actitud de quien lo padece. El ejemplo más evidente es el rol de la atención, la cual se debe dirigir a dicha área para poder sentir el dolor. También ofrece un fundamento para la utilización de técnicas de distracción y contraestimulación por parte de las terapias cognitivas, que aprovechan la oportunidad para dirigir la atención hacia algún evento diferente del dolor. Este avance rompe el antiguo dualismo en favor de un todo integrado, donde mente y cuerpo o sensación y percepción no se pueden separar. Este cambio tuvo una profunda implicancia para la terapia ocupacional en el área del dolor: proporcionó un fundamento racional para entender cómo la participación en actividades que son significativas para el paciente podría influir en la percepción del dolor y, a su vez, disminuir la discapacidad y mejorar la funcionalidad en la vida diaria. Quizás por primera vez, la terapia ocupacional tuvo un rol respetado en el tratamiento del dolor, particularmente para pacientes con dolor crónico.

El último cambio proviene de las nuevas técnicas de imágenes encefálicas, en las cuales hoy en día debemos cuestionar la separación tradicional de los mecanismos sensitivos y motores. Resulta razonable proponer que los eventos sensitivos se analicen en función de cuál podría ser la acción adecuada. Si esto resulta razonable, entonces los tratamientos dirigidos a la planificación de movimientos activos, postura y participación activa en la vida cotidiana pueden influir en la sensación percibida. Los títulos de los capítulos de este libro demuestran cómo se ha expandido el pensamiento de los editores y de los autores para incorporar este pensamiento fundamentalmente nuevo acerca de los orígenes del dolor y la dirección de los nuevos tratamientos.

Prefacio

La primera edición de este manual se redactó en respuesta al primer plan de estudios sobre el dolor de la *International Association for the Study of Pain* (IASP) para fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, publicado a mediados de la década de 1990. Había libros, tales como el importantísimo *Manual del dolor* de Mezlack y Wall, pero ninguno trataba todos los temas considerados fundamentales en el nuevo plan de estudios. Lo que faltaba era un manual dedicado a los profesionales de la salud aliados, enfermeras y otros profesionales que desearan ahondar en la neurociencia y la psicología actual, y traducir tales conocimientos en las intervenciones clínicas.

La segunda edición seguía abarcando una amplia gama de temas relevantes para el entendimiento, la evaluación, el manejo y el tratamiento del dolor persistente. Fue redactada con la intención de capacitar a los profesionales de la salud para que entiendan el dolor de una manera más efectiva y para permitir a las personas que padecen dolor crónico llevar la mejor vida posible. En concordancia con esto, ponía mayor atención en el paciente a través de capítulos iniciales que presentaban sus propias perspectivas y los aspectos sociales del dolor.

Cuando comenzamos a planificar la tercera edición, decidimos dar una importancia todavía mayor a las personas con dolor. Considerábamos que la perspectiva personal del paciente era un elemento todavía faltante en los libros y los planes de estudio, al igual que el consejo para los médicos acerca de conectarse con el individuo para establecer una alianza terapéutica significativa. Esto dio lugar a la inclusión de nuevos capítulos sobre el lenguaje del dolor, la comunicación y la educación sobre el dolor. Se expandió el tema de los aspectos sociales en un capítulo muy necesario acerca de las poblaciones indígenas y vulnerables y aquellas que viven en países con recursos limitados. Por desgracia, Anita Unruh, que había sido una fuerza motriz detrás de la primera y la segunda edición, falleció antes de que se propusiera esta edición.

Este libro está dirigido a una amplia gama de profesionales de la salud que trabajan con personas con dolor. Desde nuestra perspectiva, esto significa que es relevante para todos los terapeutas, especialmente para aquellos que tienen interés en el dolor que persiste por un largo tiempo. Además de los temas antes mencionados, el libro abarca las ciencias básicas, tales como la neuroanatomía, la neurofisiología, la rehabilitación laboral y la TENS, patologías particulares tales como el dolor neuropático, el síndrome de dolor regional complejo, los trastornos psiquiátricos y el dolor agudo, y poblaciones específicas tales como niños y adultos mayores. Alentamos a los lectores a comenzar a leer los temas de interés y luego permitirse explorar temas menos familiares. Hemos tenido como objetivo ampliar los horizontes y profundizar la práctica a través de este texto. Por último, es nuestro deseo que esto tenga como resultado la mejora de los servicios para los pacientes que viven con dolor.

Hubert van Griensven
Jenny Strong

Índice

Colaboradores	V
Prólogo de la tercera edición Amanda C de C Williams	IX
Prólogo de la segunda edición Ronald Melzack	XI
Prólogo de la primera edición Patrick D. Wall	XIII
Prefacio Hubert van Griensven • Jenny Strong.....	XV

1 Introducción al dolor.....	1
Hubert van Griensven • Jenny Strong	
2 La voz del paciente	7
Mandy Nielsen	
3 Desarrollo de las herramientas de comunicación: guía práctica para profesionales de la salud	21
Mike Stewart	
4 Determinantes sociales del dolor	35
Kenneth D. Craig • Samantha R. Fisher	

Sección I

Generalidades: ¿qué es el dolor?	47
5 Psicología del dolor: implicancias para la evaluación y el tratamiento de las personas con dolor	49
Michael Nicholas	
6 Neuroanatomía del sistema nociceptivo.....	60
Mary P. Galea	
7 Neurofisiología del dolor	90
Hubert van Griensven • Teodora Trendafilova	

Sección II

Evaluación y tratamiento del dolor	105
8 Evaluación del dolor	107
Jenny Strong • Hubert van Griensven	
9 Educación de los pacientes sobre el dolor	128
Joletta Belton • Joost van Wijchen	
10 Participación en los roles de vida a través del autotratamiento	140
Nicole E. Andrews	

11	Tratamiento de ejercitación	148
	Lewis Rawson • Nadine E. Foster • Melanie A. Holden	
12	Tratamiento psicológico del dolor	167
	Michael Nicholas	
13	Dolor neuropático y síndrome de dolor regional complejo	184
	Nicola Cook • Hubert van Griensven • Tom Jesson	
	13.1 Dolor neuropático	184
	13.2 Síndrome de dolor regional complejo	197
14	Terapia manual e influencia sobre la percepción del dolor	213
	Chris McCarthy	
15	Farmacología del dolor y tratamiento farmacológico del dolor	230
	Maree T. Smith • Arjun Muralidharan	
16	Neuroestimulación eléctrica transcutánea y acupuntura	254
	Mark I. Johnson • Mike Cummings	
	16.1 Neuroestimulación eléctrica transcutánea	254
	16.2 Acupuntura	269
17	Rehabilitación en el lugar de trabajo	279
	Susan E. Peters	

Sección III

	Problemas especiales	305
18	Trabajo multidisciplinario e interprofesional	307
	Bronwyn Lennox Thompson	
19	Dolor en la niñez	323
	Cate Sinclair • Adrienne Ruth Harvey	
20	Dolor en adultos mayores	332
	Maria O'Reilly	
21	Dolor oncológico	344
	Janet Hardy • Sally Bennett • Geoffrey Mitchell • Jenny Strong	
22	Inequidades en el dolor: dolor en países de bajos y medianos ingresos, y entre poblaciones indígenas	362
	Ivan Lin • Roger Goucke • Jonathan Bullen • Saurab Sharma • Cheryl Barnabe	
23	Dolor crónico y problemas psiquiátricos	376
	George Ikkos • Paul St John Smith • Awais Aftab • Parashar Ramanuj	
24	Dolor agudo	392
	Stephan A. Schug	
25	Dolor persistente y legislación: aspectos legales del tratamiento del dolor persistente	408
	Marc Walden	
26	Conclusiones: el futuro	424
	Jenny Strong • Hubert van Griensven	

Índice de términos	427
--------------------	-----

