

ENTREVISTA SOBRE EL DOLOR CRÓNICO

Presentadora: Noemi Farré

Psicóloga sanitaria y conductora del programa Tercera Era

Entrevistado: Dr. Antonio Collado Cruz

Especialista en Reumatología y Tratamiento del Dolor. Clínica BARNADOLOR.

Miembro Fundador y Directivo "Plataforma Mujer y Dolor", Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR) y Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (SEFIFAC)

Datos Demográficos del Dolor Crónico

1. Según datos, una de cada cuatro personas en España sufre dolor crónico. Es una cifra que asombrosa. ¿Por qué cuesta tanto detectarlo si es tan frecuente?

El dolor crónico es un problema de salud altamente relevante, según el último barómetro del dolor en España, el 25,9% de la población sufre dolor crónico de forma recurrente o persistente, y cuando se valora su intensidad la mitad de estas personas tienen un dolor severo superior a 7 en una escala de 1 a 10. Además, el impacto es grave, siendo la primera causa de discapacidad, casi la mitad de las personas con dolor crónico tienen que modificar o abandonar su actividad laboral.

No es difícil detectarlo, pero dos componentes influyen en su evolución, frecuentemente las personas por cuestiones culturales utilizan la resistencia al dolor como método de afrontarlo, cuando este es recurrente o de carácter moderado. Por otro lado, una atención sanitaria basada en la práctica de exploraciones complementarias como instrumento esencial en el diagnóstico, lo que en dolor crónico puede en muchos casos no aportar una información relevante, ya que se necesita de una valoración clínica exhaustiva a veces difícil de aplicar por los profesionales. Estos aspectos terminan minimizando el problema y contribuyendo al empeoramiento del dolor crónico y de su impacto.

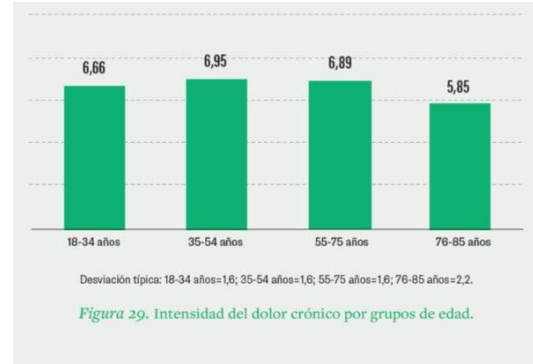
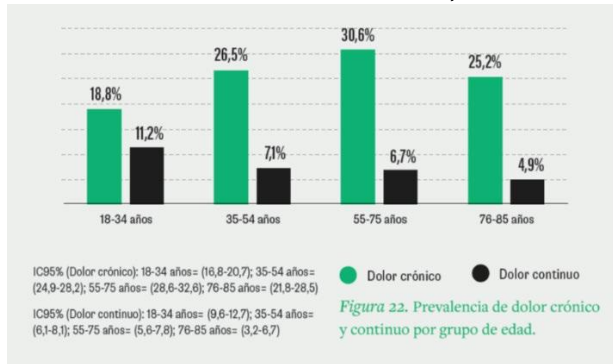
2. ¿Cuántas personas mayores de nuestro territorio convive con dolor crónico, hablamos lo suficiente?

El progresivo envejecimiento de nuestra población es un factor preocupante, las proyecciones más recientes estiman que España será el país más envejecido del mundo en el año 2050, momento en el que más de 15 millones de personas serán mayores de 65 años, doblando las cifras actuales (31,4% de la población frente al 19,6% actual).

Entiendo, que el sentido de su pregunta es si envejecer va acompañado de un incremento del dolor crónico. Hay que decir que el dolor crónico afecta a todas las capas de la población, alcanzando su mayor frecuencia entre los 55 y 75 años, para luego descender en edades posteriores.

También, la intensidad del dolor se produce una reducción progresiva cuando se alcanza edades más avanzadas, siendo más alta en las personas de mediana edad.

Barómetro del dolor crónico en España 2022



Fundacion Grunenthal.Observatorio del Dolor. . <http://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/con-la-ciencia/observatorio-del-dolor>

3. ¿Es verdad que la mujer sufre más dolor crónico?

Si, es verdad casi dos de cada tres personas que padecen dolor crónico son mujeres, siendo mas frecuente en la mayoría de los grupos de dolor y algunos con una diferencia muy significativa. En la misma enfermedad, la mujer desarrolla más dolor crónico. Utiliza de forma diferente la información dolorosa durante el proceso de detección de las amenazas y el enfrentamiento en las lesiones producidas.

4. ¿Por qué estas diferencias?

Es una pena que a lo largo de la historia no se habia estudiado el porque de estas diferencias, con un sesgo importante hacia la investigación básica en animales machos y un déficit en el análisis de las diferencias humanas en relación al sexo. Sin embargo, las investigaciones recientes de los últimos años nos muestran que el sistema nociceptivo, responsable del dolor en nuestro cuerpo , es diferente en la mujer, y los mecanismos inmuno-neuro-biologicos que acompañan al desarrollo del dolor durante las enfermedades también son diferentes a nivel molecular y funcional en la mujer y en el hombre, que no se están tratando específicamente.

Conceptos de Dolor Crónico

5. ¿A partir de cuánto tiempo se considera que un dolor ya es "crónico" y no un dolor pasajero?

Este es un concepto definido de forma convencional por el tiempo de duración del dolor, considerando que el dolor que tiene una duración superior a tres meses es un dolor crónico, pero esto es un concepto erróneo, ya que muchas personas presentan un dolor continuado que no ha sido bien diagnosticado o tratado durante meses y cuando se realiza un diagnostico y tratamiento correcto el dolor desaparece, lo que indica que el factor tiempo es insuficiente para su clasificación. Además, el concepto "crónico" muchas veces se relaciona con una falta de curación o control, lo que también es inadecuado. El dolor crónico se caracteriza por una persistencia o recurrencia después de un diagnóstico y tratamiento acertado y sobre todo por el impacto funcional y emocional que tiene.

- 6. ¿Qué diferencia existe entre un dolor "normal" y un dolor que se vuelve crónico? Por ejemplo, ¿Qué diferencia existe entre el dolor que sentimos cuando nos quemamos la mano y el dolor crónico? ¿Por qué uno es útil y el otro no?**

El dolor nunca es "normal", el dolor agudo es una señal de alarma que actúa como información de alerta frente a amenazas externas o internas que padece nuestro cuerpo y tiene un objetivo preventivo de evitar las lesiones o de ayudar a la curación en caso de que se hayan producido. Cuando las lesiones se han curado aparentemente o cuando no se identifican las mismas y el dolor persiste manteniéndose en el tiempo, deja de tener esta misión principal y se convierte en si mismo en una enfermedad que provoca sufrimiento y un impacto funcional relevante.

Nuestro cerebro maneja bien el dolor agudo, pero no soporta el dolor mantenido, con el mismo se producen cambios estructurales y funcionales en diversas áreas de nuestro cerebro, cognitivas, sensoriales, motoras, emocionales, integrativas y neurovegetativas, que sufren las consecuencias. Podemos observar que en algunas de estas áreas se producen fenómenos neuroinflamatorios, con alta sensibilización y cambios morfológicos neuronales, que terminan empeorando el dolor, el control de la enfermedad y las comorbilidades existentes, y finalmente el funcionamiento frente a los diferentes estresores físicos y psicológicos de la vida diaria. Le pongo un ejemplo....

- 7. Se dice que el dolor crónico es una enfermedad "biopsicosocial" ¿Qué significa, en palabras sencillas, que el dolor dependa también de factores sociales y psicológicos? ¿Es cierto que la soledad no deseada o los problemas en el trabajo pueden hacer que alguien sienta más dolor físico? ¿Cómo se explica esto?**

Como hemos explicado el Dolor crónico es un proceso donde el control físico, emocional y funcional cambia, la persona se hace mas vulnerable a los estresores y cargas físicas o emocionales, desarrollando limitaciones y desventajas que determinan una situación que denominamos síndrome de dolor crónico incapacitante, donde el sufrimiento se hace evidente expresándose con estados de depresión o ansiedad frecuente y una la limitación funcional que produce perdidas de actividad laboral e independencia. Esta situación potencia la intensidad del dolor y el empeoramiento. Es por este motivo, que sino se realiza una aproximación hacia las dinámicas emocionales y funcionales no se consigue mejorar el dolor. En el dolor agudo, tratamos la causa y el dolor desaparece, en el dolor crónico es necesario además de abordar los mecanismos biológicos que intervienen en el dolor, realizar un ajuste adaptativo con las cargas físicas y emocionales. Por eso hablamos de que el abordaje multidisciplinar desde un punto de vista bio-psico-social es el más acertado para estos pacientes.

Recordemos que cuando el dolor crónico es mas intenso, es en las etapas de la vida con mayor carga familiar y laboral.

- 8. Existen tres tipos de dolor: el nociceptivo, el neuropático y el nociplástico. Este último es el que más cuesta entender, porque el dolor existe sin que haya un daño visible. ¿Por qué genera tanta angustia a los pacientes no encontrar una "causa" clara?**

Esta clasificación que usted describe trata de caracterizar a los pacientes según los mecanismos que se producen en el desarrollo del dolor, que muchas veces no son puros y se pueden compartir más de uno. El Dolor Nociceptivo viene determinado por aquel dolor que se produce por la estimulación de los nociceptores periféricos que se encuentran en todos los tejidos (articulaciones, músculos, tendones, piel, etc...) y generalmente relacionado con la presencia de un proceso inflamatorio o mecánico asociado a lesiones o enfermedades que afectan a dicho tejido, por lo que el dolor se expresa sobre este tejido. El Dolor Neuropático esta orientado a aquellos pacientes que presentan una lesión específica del sistema neurológico (sean los nervios periféricos o las vías centrales) sus características son diferentes y se identifica por las mismas. El tercer concepto Dolor Nociplástico se ha diseñado para clasificar a muchos pacientes donde no se identifica una lesión tisular o neurológica, pero en los cuales los procesos de investigación han objetivado los cambios estructurales y funcionales que se producen a nivel central (especialmente el cerebro) indicando que existen mecanismos de desarrollo de dolor todavía no bien conocidos. El dolor en estos casos suele ser mas regional o extenso, no sigue vías neurológicas anatómicas periféricas.

Como he dicho, aunque predomine uno de estos mecanismos en las diferentes patologías, frecuentemente se manifiestan de forma combinada. Por ejemplo, personas con dolor neuropático crónico de una extremidad, pueden tener dolor nociceptivo al presentarse mas fácilmente tendinopatías o lesiones de dicho miembro que provocan también dolor y pueden confundirse. Otro ejemplo, personas con un dolor nociceptivo crónico, como una artrosis, pueden desarrollar mecanismos de sensibilización a nivel central, compatibles con dolor nociplástico, que empeora el dolor espontaneo y provocado en dicha región, lo que conlleva peores consecuencias cuando se realizan intervenciones agresivas.

La actual clasificación diagnóstica del Dolor desarrollada en 2019 por la OMS en su ICD-11, ha avanzado de forma más coherente, al relacionarlo no con sus mecanismos, sino con su causa, determinando 7 grupos de Dolor:

- Dolor crónico primario, que no tiene una causa identificada, sea en una región (zona lumbar, cervical, pélvico, abdominal, etc...) o extenso (como la fibromialgia) considerado como una enfermedad y no como un síntoma
- Dolor crónico relacionado con el cáncer
- Dolor crónico postquirúrgico o postraumático
- Dolor crónico neuropático
- Dolor crónico de cabeza o dolor orofacial secundario
- Dolor crónico visceral secundario
- Dolor crónico musculoesquelético secundario (artrosis, artritis, lesiones musculoesqueléticas, ..)

Ambas clasificaciones son importantes, la ICD11 nos permite realizar diagnósticos más acertados, reduciendo la incertidumbre de los pacientes con dolor que es un proceso angustiante. Por otra parte, la aproximación al tipo de dolor nos permite abordar el tratamiento del dolor basado en sus mecanismos y no en sus causas.

Tratamiento

9. ¿Cuáles son los pilares del tratamiento? ¿Por qué hoy ya no basta con dar sólo una pastilla?

En el pasado el dolor era tratado como un síntoma, tratándose con pastillas analgésicas, como los anti-inflamatorios o los opioides, totalmente insuficientes para el tratamiento del dolor crónico. Actualmente se ha avanzado en los tratamientos del dolor basado en sus mecanismos, mejorando el tratamiento de las enfermedades inflamatorias, con los fármacos llamados “biológicos” para el dolor nociceptivo, o realizando procedimientos de Bloqueo de las vías de Transmisión del Dolor , Neuromodulación o Neuroestimulación en los nervios periféricos y a nivel central (medular o cerebral) para el dolor Nociceptivo y especialmente el Dolor Neuropático. También se conocen, evalúan y se pueden tratar los factores agravantes psicosociales mediante un abordaje multidisciplinar, reduciendo la intensidad del dolor y el impacto.

10. ¿Qué papel desempeña el ejercicio físico supervisado en la mejora del dolor crónico? ¿No parece contradictorio moverse cuando a uno le duele? . ¿Qué es exactamente la "kinesofobia" que mencionan las especialistas, y por qué es un obstáculo para la recuperación? ¿Por qué entender lo que nos ocurre en el cuerpo puede llegar a reducir físicamente el dolor?

Mientras el dolor agudo, se beneficia de un reposo limitado, para ayudar a la curación de las lesiones que lo desencadenan, el Dolor Crónico genera una pérdida de la condición física en las áreas del dolor y a nivel general, que es necesario reestablecer, los mecanismos neurológicos en el proceso doloroso se benefician claramente de el ejercicio y la actividad, por diferentes mecanismos cerebrales y tisulares. Sin embargo este proceso debe ser controlado y pautado por profesionales, ya que frecuentemente las personas que padecen dolor crónico desarrollan procesos de evitación que empeora la condición física y el control del dolor que deben ser tratados conductualmente por profesionales que, desde la psicología, la fisioterapia y la terapia ocupacional, trabajen coordinadamente. Cuando se realiza esta rehabilitación de forma integrada la recuperación es más fácil.

Entender lo que nos pasa no reducirá el dolor, pero es importante para reducir el nivel de incertidumbre y un paso fundamental en la ayuda del tratamiento del dolor.

Investigadores de la Universidad de Colorado Boulder han identificado una región muy concreta del cerebro -la corteza insular granular caudal- que actuaría como "centro de mando" del dolor crónico. Al desactivar este circuito puede prevenirse el desarrollo del dolor crónico e incluso frenarlo una vez ya ha comenzado, según el estudio publicado en el Journal of Neuroscience. Esto abre la puerta a terapias mucho más dirigidas en el futuro.

11. ¿Qué significa que los científicos han encontrado un "interruptor" en el cerebro del dolor? ¿Quiere decir que algún día se podrá utilizar para "apagar" el dolor crónico?

No existe un interruptor único para apagar el dolor crónico, nuestro Sistema Nociceptivo es complejo y utiliza diferentes áreas, vías y interconexiones para ejercer su función que es arbitrar nuestro funcionamiento sin hacernos daño y detectar y combatir las amenazas que finalmente salvaran nuestras vidas. y por tanto no podemos prescindir de él. Diferentes estudios con modelos de estimulación o bloqueo se han realizado en el cerebro de animales y menor medida en humanos para mejorar el dolor crónico, abordando áreas como el tálamo, la sustancia gris periacueductal, la corteza cingular y la Insula como el experimento que ha comentado realizado en ratones. Todas ellas son áreas muy importantes en la organización del Sistema Nociceptivo. Estos métodos invasivos profundos cerebrales realizados en algunas patologías, tiene resultados limitados. Lo que si se ha producido es un salto cualitativo en el tratamiento del dolor crónico con los sistemas de neuromodulación, neuroestimulación o bloqueo de las vías de transmisión del dolor, con técnicas y dispositivos, a nivel medular o de los nervios periféricos, especialmente en el dolor neuropático, pero también en el dolor nociceptivo que actualmente es un tercer pilar básico para el tratamiento del dolor crónico

12. Nuevas tecnologías, y esperanza realista: ¿Qué debería hacer una persona mayor que sufre dolor crónico si quiere saber si puede beneficiarse de alguna nueva tecnología (neuromodulación, campos magnéticos, realidad virtuales, etc.)?

Una persona, sea o no sea mayor, que padezca un dolor persistente no controlado que haya sido visitado por sus médicos de referencia, medico de familia o especialista sin éxito, debe consultar con un especialista en el tratamiento del dolor. Si es mayor con mas motivo, pues la situación de vulnerabilidad también es mayor y además hay patologías más frecuentes cuando nos hacemos mayores, la osteoporosis, las fracturas, la polimialgia reumática, el cáncer,... no se debe minimizar el dolor en las personas de edad, sino todo lo contrario....

13. ¿Está preparado nuestro país para atender el dolor crónico?

Se ha realizado en los últimos años un avance importante en el numero de unidades de Dolor hospitalarias dedicadas al dolor crónico, sin embargo, todavía es insuficiente. Estas unidades formadas especialmente por especialistas en Anestesiología que han sido los primeros en abordar el tratamiento del dolor, todavía muchas de ellas no son multidisciplinarias y tienen una gran lista de espera.

Por otra parte, aunque hay diversas acciones formativas desde las sociedades científicas, no disponemos de un área de capacitación específica reglada desde el sistema MIR o pos-MIR que el Ministerio de Educación y Sanidad deberían abordar desde un Plan Nacional de lucha contra el Dolor. El tratamiento del Dolor es una especialidad, que debería incorporar profesionales de distintas especialidades, si

queremos abordar un problema grave de nuestra sociedad que provoca un gran sufrimiento humano y social, y representa en términos económicos el 2,5% aproximadamente de nuestro PIB,

14. Para finalizar, ¿Qué le diría a alguien que lleva años conviviendo con el dolor y ya ha perdido la esperanza de mejorar?

Que el dolor es tratable, que siempre hay una vía de abordaje, que no utilice la resistencia que es una batalla perdida, que consulte algún centro o unidad especializada.



www.mujerydolor.es