

TEMAS DE DEBATE

Convivir con el dolor crónico

En España, el 17% de la población adulta y el 37% de los niños entre 8 y 16 años padece dolor crónico. Esa es la cruda realidad. Aunque no siempre es posible ganar la batalla contra el dolor, identificar la causa y tratarla desde el principio con un enfoque multidisciplinario es el único camino para lograr convivir con él. Y con la merma en la calidad de vida que conlleva.

ANÁLISIS **Víctor Mayoral Rojas**

Tratamiento adecuado

Las cifras crudas nos muestran que un 17% de la población española padece dolor crónico, entendido como aquel dolor cuya duración es mayor de tres meses. Además, los costes directos e indirectos del dolor crónico representan alrededor del 2,5% del PIB, cifras superiores al cáncer o las patologías cardiovasculares. Aunque hemos avanzado considerablemente en el conocimiento de la fisiopatología del dolor crónico, siendo una de las áreas prioritarias de investigación biomédica, son pocas las terapias novedosas y con claro beneficio-riesgo que se hayan incorporado al arsenal terapéutico en la última década.

En muchas ocasiones, podemos identificar la causa del dolor y tratarla específicamente incluso modificando la evolución de la enfermedad (por ejemplo, algunas artritis en patologías inflamatorias crónicas que responden a terapias inmunológicas, o una artrosis de rodilla avanzada que mejora con una prótesis). En estos pacientes con previsiblemente buenas respuestas al tratamiento, el sistema somatosensorial –aquel que transmite y procesa los estímulos dolorosos– se considera intacto, es decir, el sistema nervioso funciona correctamente y produce una respuesta congruente y previsible; es el denominado dolor somático. Sin embargo, si es el propio sistema nervioso somatosensorial el que está dañado, el tratamiento es mucho más complejo y los resultados menos exitosos; es el denominado dolor neuropático. Ejemplos de este tipo de patologías que cursan lesiones nerviosas son las radiculitis como la conocida ciática, las neuralgias crónicas postquirúrgicas, las metabólicas como la neuropatía diabética o la secundarias a infecciones como el herpes zóster y el sida, o el mismo dolor central secundario a un accidente vascular cerebral.

Pero el dolor crónico es aun más complejo, así un estímulo álgido intenso acompañado de un grado alto de estrés emocional, o uno repetitivo y mantenido largamente en el tiempo, puede producir cambios funcionales en el sistema nervioso (plasticidad neuronal) que lo hacen cada vez más sensible a los estímulos posteriores hasta el punto que incluso estímulos no dolorosos como un simple roce en lugares distantes de la noxa inicial, se puede percibir como dolor. Podríamos decir que el sistema nervioso se encuentra en un estado fácil-

Si no se trata apropiadamente el dolor en sus etapas iniciales, el paciente pasará por diferentes fases de deterioro personal

mente hiperexcitable o se ha adaptado de una forma errónea al cambio producido por el estímulo nociceptivo. Cuando esto sucede, las posibilidades de recuperación disminuyen, incluso si tratamos adecuadamente la causa inicial. El dolor ha quedado memorizado, y la experiencia emocional inicial se repite una y otra vez aunque la lesión tisular haya sanado. Es como si sonase la alarma de incendios pero ya no hay fuego.

Si no se trata adecuadamente el dolor ya en sus etapas iniciales, el paciente va a pasar por diferentes fases de deterioro personal. En una primera etapa, predomina la *interrupción* relacionada con



JOSEP PULIDO

la sensación, es decir, el dolor va a impactar momento a momento en la atención y el comportamiento. Empieza una larga *lucha* por encontrar y tratar su causa, con preocupación y ansiedad por la discapacidad que puede ocasionar. En una segunda etapa, la *interferencia*, definida como la incapacidad para realizar las tareas eficazmente, es la norma y el paciente no finaliza, o lo hace de una manera inaceptable para él, sus tareas domésticas, sociales o laborales. Finalmente, se afecta la propia identidad, pierden la autoestima y se reconocen como una persona inútil y un estorbo para su familia. No sorprende que esta evolución, desde la pura percepción hasta la pérdida de la autoestima, se acompañe de comorbilidades como son la ansiedad, depresión, fatiga e insomnio, tan habituales en los pacientes con dolor crónico. El lector entenderá que dada la complejidad del dolor crónico no puede ser abordado con una única terapia, técnica o fármaco. La respuesta debe ser temprana y multidisciplinaria, o estamos condenados al fracaso.

Los profesionales (investigadores y clínicos) que nos dedicamos a la medicina del dolor debemos enviar un mensaje optimista al paciente y a la sociedad. Lo hacemos desde el convencimiento de que con los actuales conocimientos y sólo con un esfuerzo en la reordenación, capacitación formativa y priorización racional de recursos, podemos frenar o revertir la inaceptable evolución de la mayoría de pacientes.

La merma en la calidad de vida del paciente y salud global de nuestra sociedad merece que se destinen los mayores esfuerzos posibles para prevenir y remediar esta situación. Aunque no siempre va a ser posible ganar la batalla al dolor, el paciente debe conocer que, con su ayuda y la de profesionales bien formados en el abordaje biopsicosocial del dolor, su paliación es factible, siendo esta una responsabilidad de todos.●

LA CLAVE **Jordi Miró**

El impacto en los niños

La atención a las personas con dolor crónico ha mejorado ostensiblemente en los últimos años. Sin embargo, los avances no han sido iguales en todas las áreas del conocimiento, ni mucho menos para todos, y lo que sucede en la población infantil es paradigmático: en todo el país no hay ninguna unidad especializada para atender las necesidades de esta población. El dolor crónico infantil está sometido a un olvido secular y sistemático, a todas luces sorprendente, a pesar de las circunstancias que le rodean.

Los estudios epidemiológicos muestran que alrededor del 30% de la población infantil tiene dolor crónico. El único estudio realizado en nuestro país muestra que el

En todo el país no hay ninguna unidad especializada para atender a la población infantil con dolor crónico

37% de niños entre 8 y 16 años experimenta alguna forma de dolor crónico.

Aun siendo muy importante, el dolor no es el único problema de estos niños y sus familias la mayoría de las veces. Acaso lo peor sea el impacto en todas las áreas de la vida del niño. En efecto, las investigaciones realizadas señalan que el dolor crónico tiene un potencial efecto devastador sobre la salud mental de los niños; por ejemplo, los problemas de depresión y/o de ansiedad son habituales. Estos niños faltan frecuentemente a la escuela, dejan de participar o reducen el tiempo dedicado a las actividades sociales, informan sentirse incomprendidos y menos queridos por sus compañeros, a menudo tienen dificultades para dormir o concentrarse y suponen “una carga” para sus familiares. Precisamente, el dolor crónico es un problema que trasciende los límites individuales de quien lo sufre en primera persona, pues también afecta a padres, hermanos y demás familiares que conviven con ellos. Además del impacto psicológico y social, los síndromes de dolor crónico resultan un problema económico para los padres, también para la sociedad. El coste medio por adolescente con dolor crónico se ha calculado en unos 10.000 euros anuales.

Un problema de dolor mal resuelto en edades tempranas es un factor de riesgo de dolor crónico y discapacidad en edades más avanzadas. Actualmente, los datos aunque escasos son sólidos, e indican que el mejor tratamiento posible es el tratamiento multidisciplinario de orientación cognitivo-conductual. Este es el tipo de programa que se administra en los países más avanzados. Mientras tanto aquí seguimos sin implantar este modelo de intervención, mucho menos la propuesta terapéutica que la comunidad internacional de expertos juzga indicada en el dolor crónico infantil, ¿hasta cuándo?●

PARA SABER MÁS

PUBLICACIONES

Dolor crónico. J. Miró, Desclée de Brower, (2003)

Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa Pain Proposal. A. Torralba, A. Miquel, J. Darba. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 21(1):16-22 (2014)

Dolor crónico: ¿un problema de salud pública también entre los más jóvenes? J. Miró, Revista de la Sociedad Española del Dolor, 17, 301-303 (2010)

The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. P.C. Langley, M.A. Ruiz-Iban, J.T. Molina, J. De Andrés, JRG-E. Castellón. J. Med Econ., 14(3):367-80 (2011)

VÍDEOS

www.youtube.com/watch?v=JYA_mrNuLz0&feature=youtu.be

www.ted.com/talks/elliot_krane_the_mystery_of_chronic_pain?language=en