

10 artículo

Miguel Angel Benítez-Rosario [Buscar autor en Medline]

Manuel Feria [Buscar autor en Medline]



La importancia de la atención al dolor

La necesidad de intervenir sobre un problema de salud de la población está justificada cuando la prevalencia del problema es elevada, y existen soluciones adecuadas para resolver el problema. Ambas características las presenta el dolor, en su presentación aguda y crónica.

Independientemente de la profunda revisión realizada por Bassols y Baños en esta revista sobre la epidemiología del dolor, podemos, de forma orientativa, considerar que el dolor crónico afecta al menos a cada 3 de 10 personas, y que se comporta como un factor independiente en el deterioro de la percepción de salud y de la calidad de vida¹. Es así, que cuando se plantea la necesidad de favorecer la aparición de mejores respuestas sanitarias en el control del dolor no es para beneficio de solo unos pocos. Si a su no modesta prevalencia se le asocian otras consecuencias como la pérdida de rentabilidad laboral y económica, se llega a entender que la presencia de dolor agudo y crónico puede considerarse como un problema de salud pública. Y ello debería requerir acciones desde el sistema sanitario para su resolución.

Los avances en el conocimiento de los mecanismos implicados en el dolor son continuos e imparables. Muchos de ellos tienen una repercusión clínica directa, otros sirven para el diseño de nuevos fármacos, o para generar conocimientos más profundos sobre la fisiopatología del dolor. Todos ellos han contribuido a construir un cuerpo de conocimiento que permite justificar la intervención sanitaria sobre el dolor y aportar soluciones.

Los avances en el conocimiento de las influencias e interrelación de las diversas dimensiones físicas y no físicas del dolor en su percepción, presentación clínica y respuesta terapéutica, ha establecido profundos cambios en su diagnóstico y tratamiento. Algunos cuadros dolorosos van a responder al uso de un fármaco, pero otro gran número van a precisar una intervención multidimensional que contemple el tratamiento farmacológico, el físico, las terapias complementarias y las intervenciones psicológicas^{2,3}.

El papel de los considerados tratamientos alternativos, como la homeopatía, las manipulaciones y quiropraxia, y fundamentalmente la acupuntura, está por establecerse. El contraste de su eficacia no deja de ser difícil, está afectado por la diversidad metodológica de los trabajos, y en las dificultades de establecer en los estudios

bibliografía

1. Mantyselka PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003;290:2435-42.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=14612480&itool=iconftt&query_hl=59&itool=pubmed_docsum
2. Vastag B. Scientists find connections in the brain between physical and emotional pain. *JAMA*. 2003;290:2389-90
3. Gallagher RM. Rational integration of pharmacologic, behavioral, and rehabilitation strategies in the treatment of chronic pain. *Am J Phys Med Rehabil*. 2005 Mar;84(3 Suppl):S64-76
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15722785&query_hl=5&itool=pubmed_docsum
4. Finnerup NB, Otto M, McQuay HJ, Jensen TS, Sindrup SH. Algorithm for neuropathic pain treatment: An evidence based proposal. *Pain*. 2005; 118:289-305
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=16213659&query_hl=2&itool=pubmed_DocSum

enlaces

No hay enlaces de interés



controles ciegos adecuados. Sabemos, no obstante, que la no evidencia de eficacia no es sinónimo de su ausencia; y aunque la eficacia pueda ser débil, la carencia de efectos secundarios de algunos tratamientos puede favorecer que sean considerados en casos concretos una alternativa terapéutica más.

La eficacia de las intervenciones psicológicas en global es difícil concretar, cuando en su evaluación se incluyen diferentes modalidades, pero la de intervenciones determinadas si es conocida. La importancia de las vivencias previas, de la actitud de la persona en establecer una conducta dolorosa y de la memoria del dolor, está adecuadamente establecida. Ello, debería justificar, por si solo, el ensayar las intervenciones psicológicas en situaciones de dolor crónico en el contexto de una intervención multidimensional². Al igual que acontece con las otras intervenciones terapéuticas, se utilizarán aquellos tratamientos psicológicos que sean efectivos.

Los fármacos juegan un gran papel en el tratamiento del dolor. Prácticamente en todas las situaciones dolorosas llegan a constituir la piedra angular de las intervenciones. Lejos estamos, afortunadamente, de actuar exclusivamente con los AINE. Nuevas líneas terapéuticas se están abriendo con los fármacos considerados como co-analgésicos de amplio espectro, los antagonistas NMDA, los opioides y los triptanes. Los antidepresivos que actúan como inhibidores de la recaptación de catecolaminas y serotonina han mostrado su eficacia en diversas dolores neuropáticos y en otros cuadros dolorosos⁴. Los gabapentinoides, la gabentina y la pregabalina, presentan resultados prometedores, aunque aún hoy controvertidos, sobre su eficacia en el control del dolor crónico y agudo⁴. Los antagonistas NMDA, que aunque no representan aún una opción generalizada para el tratamiento del dolor crónico provocado por lesiones benignas, constituyen, fundamentalmente la ketamina, una valiosa alternativa terapéutica en el dolor oncológicorefractario. La mayor y mejor utilización de los opioides ha permitido un mejor control del dolor oncológico, y numerosos casos de dolores crónicos de origen benigno. Los triptanes han mejorado sustancialmente el alivio de las crisis de migrañas, dolor especialmente frecuente.

Si el arsenal terapéutico es el adecuado cabe preguntarse porqué acontece la paradoja de la existencia de personas con dolor agudo y crónico inadecuadamente tratados. Las respuestas pueden ser múltiples. Todas girarán, probablemente, alrededor de la actitud de los profesionales o de la poca trascendencia que tiene para el sistema sanitario la atención del dolor.

El diagnóstico y tratamiento del dolor no está considerado con el peso específico que merece en la formación pre y postgrado. Solo una especialidad la contempla en su formación. No existen muchas unidades de atención al dolor en el sistema sanitario, y gran parte de las disponibles están en precario, con pocos recursos. Los profesionales sanitarios no han asumido la necesidad de formarse en el diagnóstico y tratamiento del dolor, y en muchas ocasiones tampoco consideran la alternativa de remitir el paciente a unidades expertas. Todo ello alimenta la paradoja descrita, en unas circunstancias en las que las respuestas del sistema sanitario son

muy variables. Personas que tienen miedo a las intervenciones diagnósticas y terapéuticas médicas por el dolor derivado, frente a conductas terapéuticas que evitan todas las molestias, incluso llegando a la realización de sedaciones transitorias para las técnicas endoscópicas. Indudablemente ésta debe ser la mejor opción.

El tratamiento del dolor falla muchas veces. Uno de los determinantes mayores de ello es el diagnóstico incorrecto. Como cuadro sindrómico, dentro de la constelación del dolor agudo y crónico se encuentran múltiples procesos fisiopatológicos, con una intervención terapéutica diferente. El ejemplo más evidente es la diferencia entre el dolor somático, el dolor neuropático o el dolor complejo regional. La respuesta desigual a los analgésicos hace que la diferencia sea importante más allá de los aspectos académicos, tiene trascendencia terapéutica. Los avances respecto al diagnóstico del dolor, su intensidad y consecuencias también están presentes. La utilización adecuada de la historia clínica y los instrumentos pertinentes permitirán un mejor diagnóstico del dolor, y en consecuencia, de las intervenciones terapéuticas.

Los responsables de la revista electrónica de atención primaria han entendido la importancia del abordaje del dolor. Su iniciativa, dirigida a editar un monográfico sobre el dolor, se encuentra dentro de la corriente de las revistas internacionales, como es el caso de la iniciativa de JAMA en 2002 que dio lugar a un monográfico al respecto en el 2003. En este número se ha pretendido dar una visión integral del dolor señalando aspectos fundamentalmente clínico-prácticos. Los lectores podrán encontrar una información adecuada sobre aspectos relevantes de la epidemiología y diagnóstico del dolor. Un capítulo sobre los diferentes síndromes dolorosos ayuda a centrar los aspectos terapéuticos considerados en artículos sobre el tratamiento del dolor agudo, del crónico secundario a lesiones benignas, y del de origen oncológico. Como capítulo complementario, pero también imprescindible se confeccionó el referente a las intervenciones psicológicas, en el que se describen sus fundamentos, su utilidad y algunos criterios prácticos sobre su aplicación. El hecho de que las cefaleas representen un cuadro sindrómico amplio, muy prevalente, y con una terapéutica claramente diferenciada del resto de los síndromes dolorosos consolidó el criterio inicial de un capítulo específico al respecto. Parte de la información clínica disponible en él debería ser completada con la presente en otros tratados, la necesidad de ser breve dificulta la extensión en los aspectos diagnósticos.

Esperamos que el presente monográfico, aún a sabiendas que no puede cubrir en profundidad todos los aspectos del dolor, sea del agrado y la utilidad de los lectores. Es nuestro deseo el que la información ofrecida sirva para sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de mejorar nuestras habilidades en el tratamiento de un problema de salud tan frecuente.

