



AGUSTÍN MENDIOLA
COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE DOLOR
CRÓNICO DE LA SEDAR (MÉDICO ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN, COM CIUDAD
REAL, N° COLEGIADO: 131304448)

“EL DOLOR CRÓNICO ES LA FUENTE DE SUFRIMIENTO MÁS IMPORTANTE DE LAS PERSONAS”

ENTRE UN 50 Y 80% DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS PRESENTA ALGÚN TIPO DE DOLOR EN SU DÍA A DÍA. EL DOLOR CRÓNICO ACTUALMENTE SE CONSIDERA UNA ENFERMEDAD; ADEMÁS, ESTÁ INFRADIAGNOSTICADA Y VA A SER CADA VEZ MÁS PREVALENTE

El dolor crónico o de larga duración es más frecuente según aumenta la edad. En ese sentido, se estima que entre un 50 y 80% de la población mayor de 65 años presenta algún tipo de dolor en su día a día. “Y dado que la población ha envejecido y la pirámide de población se ha invertido, la prevalencia del dolor crónico ha ido en aumento”, explica **Agustín Mendiola**, coordinador del Grupo de Trabajo de Dolor Crónico de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR) y coordinador de la Unidad de Dolor del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid.

En palabras del especialista, “la expectativa de vida ha cambiado en la última década; antes estaba entre 73-74 años, y ahora de media está en torno a los 83-84 años. Con lo cual, quiere decir que esas personas que desgraciadamente fallecen de manera precoz, se ven compensadas

por personas de 90 y 100 años para que esa sea la media”.

Si el dolor es un síntoma causado por una agresión o una lesión aguda, “el dolor crónico es una enfermedad en sí misma, no un síntoma de algo”, apunta Mendiola. La gran diferencia entre ambos tipos es que “se producen una serie de cambios neurobiológicos y el dolor se convierte en una patología per se, más que un síntoma de una enfermedad distinta”.

“Si una lesión está generando un dolor y ese dolor se mantiene de tres a seis meses ya se considera crónico y, por ende, una enfermedad propiamente dicha”, añade.

Además de ser una patología, se trata de una *“muy prevalente, poco diagnosticada y además, va a más, ya que la población cada vez está más envejecida y hay más patología degenerativa”*. Por lo tanto, el dolor crónico estará cada vez más presente en las consultas.

Los tipos de dolor

En cuanto a su origen, expone que *“hay distintos dolores tanto en agudos como en crónicos, que pueden ser características mecánicas o inflamatorias. Y, por otro lado, existe el dolor de características neuropáticas, el cual suele ser el que la mayoría de las personas padecen como dolor crónico”*. Asimismo, *“encontramos una serie de síndromes dolorosos. Es decir, hay dolores crónicos que están bien catalogados y tienen diagnósticos propios y otros que no, por lo que son de más difícil tratamiento”*.

Sin embargo, el especialista aclara que no es que haya dolor sin causa aparente, *“sino que no contamos con los medios necesarios para dar con ella desde el punto de vista molecular, genético, biológico, etc.”* Recalca, por tanto, que ahí hay mucho trabajo por hacer. *“De hecho, existen muchas enfermedades inmunológicas o moleculares de las que conocemos sus síntomas, pero no así la causa que las genera o su etiología principal. Estoy seguro de que, a medida que vaya pasando el tiempo y conozcamos cómo funciona la fisiopatología de estas enfermedades, podremos ir hallando las causas, y consecuentemente, los remedios de estas enfermedades”*.

Por fortuna, hay muchas maneras de ayudar a una persona con dolor crónico. *“Una de ellas es hablando con esa persona y haciéndole ver que con la enfermedad que tiene no generamos un tratamiento curativo, pero puede no limitarle tanto”*. Para ello, considera fundamental darles una expectativas realistas de lo que puede conseguir, puesto que *“poco podemos hacer para que el trastorno degenerativo no se deteriore, y que el envejecimiento no se frena; eso no podemos solucionarlo”*.

Por otro lado, recuerda que existen fármacos diseñados para tomarlos a lo largo del tiempo. *“Si no se superan las dosis establecidas se pueden tomar de forma crónica; analgésicos y fármacos coadyuvantes, fundamentalmente”*, señala.

Y como última alternativa se dispone del tratamiento intervencionista, lo que la población general entiende como infiltraciones. Eso sí, matiza el experto que no se aplica a todas las personas que sienten dolor, sino a aquellas que han probado la terapia farmacológica pero les ha resultado insuficiente. *“Así se evitan otros fármacos que puedan generar adicción, como los opioides mayores”*. *“También cabe señalar que las infiltraciones no están exentas de riesgos, de modo que hay que compensar el riesgo con el beneficio que se va a obtener y conocer las alternativas a este tratamiento”*, esgrime.

Lo que está claro es que la calidad de vida de los pacientes ha mejorado muchísimo en las últimas décadas. Aparte de los avances terapéuticos, Agustín Mendiola piensa que la alimentación ha sido el factor determinante de la mayor esperanza de vida. *“Es mucho más rica, hay mucho más conocimiento, y una abundancia que no tuvieron en su juventud esas personas que hoy tienen 70, 80 o 90 años”*.

Una “obligación” de todos los profesionales sanitarios

En este sentido, hace hincapié en que *“el tratamiento del dolor no es una cuestión específica de las unidades del dolor. Es una obligación de toda aquella persona cuya ocupación sea la sanitaria: el enfermero, el auxiliar, los psiquiatras, los neurólogos, los traumatólogos, los cardiólogos... Y el más importante, el médico de Atención Primaria”*.

Bajo su experiencia, *“a las unidades del dolor nos llegan las personas que sufren un dolor refractario a todo lo anterior, pero el tratamiento del dolor es obligación de todo el personal sanitario. Por eso son muy importantes el tratamiento nutricional y psicológico”*. Igual que establecer unas expectativas reales de lo que se puede conseguir. *“Una persona de 90 años no va a correr la maratón de Nueva York, otra cosa es que le puedas generar mayor bienestar para que pueda dormir tranquilamente, dar sus paseos o tener una actividad social adaptada a su edad y a su condición física”*.

“Sobre todo hay que ser conscientes de las expectativas, de las enfermedades que uno padece, de que uno tiene su propia realidad y que no tiene sentido compararse a los demás. Eso es lo

importante”, insiste A su modo de ver, *“uno debe entender la enfermedad que padece para poder establecerse unas expectativas reales y poder beneficiarse del mejor tratamiento. Por ejemplo, una persona diabética tiene unas condiciones distintas a una persona que no lo es. Igual que una persona hipertensa”*.

El mensaje más importante a transmitir es *“que el dolor crónico es la fuente de sufrimiento más importante de las personas”*, subraya Mendiola. Por tanto, la obligación de su tratamiento es un deber de todos los profesionales sanitarios. *“Ahora están muy de moda las unidades multidisciplinarias... Eso está muy bien. Pero sin olvidar que el tratamiento del dolor crónico es cuestión de todos los profesionales sanitarios, mientras que el médico más importante en la atención de una persona con dolor crónico y de cualquier otra enfermedad, es el de AP”*. *“Luego, las unidades del dolor tienen medios para proporcionar un tratamiento refractario a la habitual. Y no todas las personas necesitan acudir a las unidades del dolor, solo aquellas que requieran de un tratamiento refractario”*, manifiesta.

Explica al respecto que *“utilizando fármacos opioides menores a unas dosis que estén por el 50% de las dosis máximas somos capaces de tratar al 70% de la población con dolor crónico”*. Otra cosa distinta, opina el facultativo, es que haya personas que no quieran estar tomando pastillas para siempre. *“En esos casos hay que trabajar otras vías, porque no hay un remedio salvador curativo en esta enfermedad, es paliativo para que el paciente tenga menos sufrimiento”*.

Por lo que se refiere a los retos del abordaje del dolor crónico, el experto hace mención al infradiagnóstico. A su juicio, uno de los problemas *“es la canalización del sufrimiento de los demás”*. Por otro lado, *“hay personas que asumen que por tener un trastorno degenerativo tienen que sufrir dolor. Y eso es así, pero no es así. Es decir, una personas con un trastorno degenerativo puede tener un dolor crónico, sin embargo, debemos aplicar un tratamiento refractario, y si con él no lo podemos ayudar, lo hemos intentado”*.

Además, concluye, la situación psicológica de los pacientes también influye. *“Hay personas que muchas veces se quedan aisladas porque el dolor disminuye la movilidad. Y esto a su vez conlleva que no hablemos con ella y no seamos conscientes del sufrimiento que tiene. Eso pasa mucho en pacientes envejecidos”*. +