

**Laura Gavalda**

«Los microbios no se han hecho resistentes a la desinfección» • **4 y 5**



# +salud

**SUPLEMENTO DE MEDICINA Y CALIDAD DE VIDA** Abril del 2019

**el Periódico**

RICARD CUGAT



**ESPECIALISTA.** Antonio Montes, jefe de sección de la Unidad del Dolor del Hospital del Mar.

## El suplicio del dolor crónico

**El 20% de la población** convive a diario con este mal, especialmente los mayores de 60 años, un colectivo en el que el porcentaje puede alcanzar el 50%. Las infiltraciones, los parches de analgésicos opiáceos y los estimuladores sirven como paliativos. Además, los especialistas también inciden en la importancia de tratar la ansiedad como medida curativa.



**TRATO CERCANO.** El médico Antonio Montes y la enfermera Susana García atienden a una paciente en la Unidad del Dolor del Hospital del Mar.

# El 20% de la población vive con dolor crónico

Infiltraciones y parches de analgésicos opiáceos, estimuladores medulares y tratamientos de radiofrecuencia son, en manos de especialistas, remedios del suplicio continuo. Las clínicas no descuidan la atención psicológica de emociones asociadas a este mal

Carme  
**ESCALES**

**E**l dolor, algo que todos conocemos, es el motivo más habitual de consulta médica. Avisa de que algo no va bien, pero en el 20% de la población se cronifica. Al margen de solucionar la anomalía que dio lugar a él, el malestar permanece. En los mayores de 60 años, el dolor crónico alcanza al 50% de la población. Una de cada dos personas mayores convive con algún tipo de dolor. Día tras día, o día y noche, sienten un dolor que va y viene o continuado, en mayor o menor grado. «No existe un termómetro que mida el dolor. Su percepción es muy individual y subjetiva», puntualiza Miquel Domènech,

médico especialista en cuidados paliativos adjunto al Servicio de Geriatría del Pius Hospital de Valls (Alt Camp, Tarragona). «Influyen muchos factores en la mayor o menor tolerancia del dolor. Intervienen los receptores del dolor de nuestro cuerpo», prosigue. Se refiere a los nociceptores: terminaciones de las células que detectan el daño al organismo y envían la señal al sistema nervioso central, la médula y el cerebro, inhibiendo más o menos la sensación de dolor. «Pero también el factor cultural y la idiosincrasia de cada uno tienen que ver a la hora de sentir en mayor o menor grado un mismo dolor», precisa.

Gran parte del dolor lo tratan los médicos de familia. Analgésicos comunes, como el paracetamol, son los medicamentos más indicados para aliviar el dolor leve o moderado. Pero cuando

**Los nociceptores activan la alarma ante cualquier anomalía y transmiten la señal a la médula espinal que, a su vez, la envía al cerebro**

el malestar limita claramente la funcionalidad habitual de una persona, las clínicas del dolor profundizan en él.

**TRATAMIENTOS** // En los últimos años se han desarrollado metodologías para luchar contra el dolor, administrando de manera diferente fármacos, como parches de morfina e infiltraciones, o utilizando nuevas herramientas, como la electroanalgesia y las corrientes eléctricas. En esto último consiste el llamado TENS, que es la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea mediante electrodos aplicados sobre la piel para inhibir el dolor.

Además de las infiltraciones directas sobre los puntos de dolor o la administración endovenosa de calmantes, también se realizan intervenciones quirúrgicas como la que describe el jefe de la Unidad de Cirugía Mayor Am-

bulatoria (CMA) y de la Unidad del Dolor del Hospital del Mar de Barcelona, Antonio Montes. «Accedemos al espacio epidural que rodea la médula espinal y colocamos electrodos para que actúen –como estimuladores medulares– en las vías de transmisión de la información del dolor, creando así un efecto analgésico que logra disminuirlo», explica. «Como un marcapasos para el corazón, pero para controlar el dolor. El estimulador medular se acompaña de un mando a distancia que lo activa y desactiva, en función de si se siente o no dolor. Por ejemplo, si el paciente durante la noche no siente dolor, apaga el estimulador».

«Los avances tecnológicos permiten cubrir más patologías», precisa Susana García, enfermera de la Clínica del Dolor del Hospital del Mar. Ella llega a atender al año a unos 2.500 o

RICARD CUGAT

3.000 pacientes. «Vienen a diario, semanal o puntualmente para recibir el tratamiento epidural, que suelen ser de tres sesiones en tres semanas diferentes», detalla. Los dolores de cadera o de espalda son los motivos más frecuentes.

«Hay dos grupos básicos de pacientes. Por un lado, personas de 60 a 70 años con una dolencia básicamente degenerativa, con enfermedades de columna o espalda y poca funcionalidad. Y por otro, personas más jóvenes, de 30 a 40 años, a veces operadas de la columna o de una hernia inguinal, aparentemente banales, pero que desarrollan dolor crónico después de la intervención», explica.

Precisamente porque la percepción y tolerancia del dolor son algo tan subjetivo, en las clínicas del dolor el tratamiento de cada paciente es personalizado. Y no so-

**«La ansiedad es un gran amplificador. A veces, solo tratando eso, se mejora mucho», afirma el médico Antonio Montes**

lo contempla cómo se sobrelleva y hasta qué punto limita las funciones diarias, sino también qué huella está dejando ese dolor a nivel anímico, cómo se vive y si hay factores psicoemocionales adyacentes que puedan estar dificultando su disolución. «Sabemos que la ansiedad es un gran potenciador, un amplificador, del dolor. A veces, solo tratando ese aspecto, ya se mejora mucho, y en paralelo también se sigue el tratamiento sobre el físico del paciente».

**BAJÓN EMOCIONAL** // «Normalmente, el dolor va asociado a emociones negativas. Puede acarrear limitaciones, discapacidad, tristeza, bajones del ánimo, mucha irritabilidad, impotencia, sensación de injusticia y frustración», explica el psiquiatra y psicoterapeuta Juan Castaño, quien interviene en el tratamiento de pacientes de la Clínica del Dolor del Hospital del Mar. «Las vías del sistema que canaliza la sensación de dolor están relacionadas con las vías neuronales y nerviosas de las emociones. De ahí el vínculo entre la vivencia y la percepción del dolor».

Además del abordaje individual, la evaluación y el seguimiento de cada paciente, Castaño trabaja cómo afrontar el dolor a nivel grupal. «Los resultados son espectaculares», afirma. Son unas 10 sesiones, una por semana, de tres horas y con un máximo 10 pacientes. «Trabajamos las emociones y su gestión y aceptación con métodos de relajación. Y se establece una influencia positiva mutua». ≡

## FACTORES FÍSICOS Y PSÍQUICOS, Y HÁBITOS

1

EL SISTEMA INHIBITORIO ESPINAL, DETERMINANTE

### El umbral de la tolerancia

El umbral del dolor es el valor mínimo a partir del cual una persona empieza a entender una sensación como dolorosa. «El umbral del dolor se estudia desde hace muchos años, con informes neurofisiológicos que siguen protocolos estandarizados en los que se aplica temperatura que se va aumentando», explica el doctor Antonio Montes, desde la Clínica del Dolor del Hospital del Mar. «Así se puede determinar si una persona inhibe mejor o peor el dolor que el resto. Pero son baremos mucho más presentes en investigación que en la práctica diaria del tratamiento del dolor», añade el especialista.

La función fisiológica del dolor es avisar al sistema nervioso



de una amenaza. Las alarmas que el cuerpo activa por pura naturaleza de supervivencia disparan los nociceptores, que son receptores sensoriales que responden a cualquier estímulo que lesione, manipule o interfiera en los tejidos. Los nociceptores –situados al final del axón de una neurona– envían la señal a la médula espinal y, de ella, al cerebro. En la médula hay interneuronas inhibitorias, que inhiben las señales de dolor para que no lleguen al cerebro. El estado y el funcionamiento del sistema inhibitorio espinal de cada individuo clarifica por qué hay un 20% de población con un umbral del dolor mucho más bajo que el resto: porque esas personas inhiben mal el dolor.

2

¿POR QUÉ PERMANECE EN CIERTAS PERSONAS?

### Molestia que nunca desaparece

¿Por qué determinadas personas con un problema agudo de dolor, como puede ser una lumbalgia, pueden desarrollar dolor crónico? Esta es una de las dianas de la investigación en torno al dolor y su tratamiento. Un estudio realizado en 23 hospitales (20 de Catalunya y tres de la Comunidad Valenciana), del 2009 hasta el 2013 (tres años de reclutamiento y dos de seguimiento), analizó a 4.000 pacientes que habían sido operados de pulmón, hernia u otras intervenciones quirúrgicas. De cada paciente se estudiaron múltiples variables antes de la operación, como su funcionalidad, su calidad de vida, su estado anímico, si tenían



depresión (la esfera psicológica se considera muy importante y es una de las variables en la percepción del dolor de las que más pesan) y su genética.

«En el caso de la hernia inguinal, por ejemplo, se vio que en el 13% de los intervenidos el dolor se cronificó. Y de ese 13%, el 20% [el 4% aproximadamente] por ese dolor crónico continuaban tomando fármacos y conviviendo con limitaciones en su día a día», informa el doctor Antonio Montes. Otra de los ejes de investigación es ver cómo ciertas zonas del cerebro se comportan de manera diferente en pacientes con ansiedad o con actitud catastrofista, clave en la vinculación del dolor con la psique.

3

EJERCICIO FÍSICO, ALIMENTACIÓN Y RELAJACIÓN

### Prácticas que mitigan el malestar

Uno de los errores en el acompañamiento del dolor es dejar que la vida gire en torno a él. «El objetivo es que, pese al dolor, la persona, salga o no de casa, pueda mejorar su estado de ánimo, su calidad de vida, su sueño y su funcionalidad», señala el psicólogo Antoni Castel, de la Unidad del Dolor del Hospital Joan XXIII de Tarragona. También allí trabajan en sesiones grupales el empoderamiento de los pacientes con dolor crónico. «Les facilitamos herramientas y les enseñamos a utilizarlas con tareas muy eficaces para modificar su conducta ante el dolor», detalla. «Sabemos que la vida familiar, los problemas económicos y muchas otras variables hacen que el



impacto del dolor en el sujeto sea muy diferente», añade Castel.

«El Día Mundial del Dolor, el 17 de octubre, organizamos actividades de las que los pacientes con dolor crónico pueden sacar mucho beneficio. Puede ser musicoterapia, relajación, *mindfulness*... Invitamos a expertos, por ejemplo en meteorología, para que expliquen la influencia de la situación atmosférica en nuestra percepción del dolor», explica la enfermera de la Clínica del Dolor del Hospital del Mar Susana García. «Si se logra que la persona aumente los alicientes en su vida diaria, la percepción del dolor puede disminuir», detalla el psicoterapeuta del mismo hospital Juan Castaño.

## CATASTROFISMO, LA PEOR ACTITUD

«Aceptar la discapacidad no es una derrota, sino que es algo liberador», subraya el psicoterapeuta del Hospital del Mar Juan Castaño. «Tener una discapacidad no te convierte en discapacitado para todo. Hay que dosificarse y, pese a la limitación, intentar un propósito ilusionante de vida es posible y trabajable», añade. A los asistentes a sus sesiones grupales, les suele decir para levantarles el ánimo y hacerles pensar en algo que no sea su dolor crónico: «Hay que decirse: 'Yo soy más que un dolor con piernas'». Los especialistas como él saben que la actitud catastrofista, como rasgo de la personalidad, predispone a no vencer al dolor. «La esfera psicológica se retroalimenta y el paciente con actitud catastrofista tiene en ello una barrera que le impide llevar mejor el dolor», dice por su parte Antonio Montes, jefe de la Clínica de Dolor del Hospital del Mar. Tal como apunta también el psicólogo Antoni Castel, «el dolor crónico pide flexibilidad». «La desesperanza, el 'no saldré de esto nunca', lo sobredimensiona. El catastrofismo es una variable psicológica importantísima en el manejo del dolor», concluye.