

Editorial

La importancia del dolor en los Servicios de Rehabilitación

El dolor es un síntoma conocido desde tiempos inmemorables; es uno de los problemas médicos más complejo en su manejo subjetivo, su concepción ha ido cambiando a través del tiempo. En sus inicios al dolor se le atribuía a una causa exógena o mágica. Posteriormente se establece la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor. En 1894, Von Frey y Goldscheir, expresan la teoría sensitiva o específica y la teoría de la intensidad respectivamente. Estas dos teorías se basan en el modelo médico lineal simple que planteaba que todas las alteraciones físicas, cuyas consecuencias son el dolor, se originaban como resultado de una afectación orgánica del cuerpo.

Estas dos teorías pierden importancia a partir de los siguientes descubrimientos. Los estudios efectuados en 1959 por Becheer, sobre el comportamiento de los heridos durante la Segunda Guerra Mundial, los cuales presentaban escasas peticiones de analgésicos, en comparación con pacientes postoperados, concluye que tales diferencias de comportamiento eran algo más que un hecho nociceptivo y consideró que factores psicológicos o simplemente contextuales influían en la experiencia del dolor. También descubrió que el dolor tenía múltiples vías de expresión, no solamente el sistema nervioso central, sino además los sistemas simpático y parasimpático que influyen en el sistema límbico en el control de las emociones, y el hecho de que pacientes con dolores aparentemente similares tendían a responder de forma diferente a los mismos tratamientos.

A partir de las anteriores evidencias se cuestionó la linealidad de la experiencia dolorosa y se creó la necesidad de formular modelos más completos. Una respuesta a tal necesidad fue la creación del modelo multidimensional. Este modelo concibe al dolor como un fenómeno complejo multidimensional, mediatizado por la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Uno de los innovadores más importantes en el campo del dolor es J. Bonica (1917-1994), creador de la primera clínica del dolor con intervención multidisciplinaria, estas clínicas del dolor supusieron el primer reconocimiento de que el dolor es una experiencia compleja y polivalente.

También organizó el Primer Simposio Internacional del Dolor en 1973, como resultado de este simposio se creó en 1974, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. En 1979, la IASP define: «el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica real o potencial o que se describe como ocasionada por dicha lesión».

En 1989, Penzo, analiza la definición y comenta que contiene implicaciones importantes en la concepción del dolor, ya que lo considera como algo subjetivo, lo presenta como una experiencia compleja, otorga importancia al informe verbal del paciente en la definición del cuadro, y considera la asociación entre la experiencia sensorial y los estados afectivos.

El síntoma dolor es el motivo más frecuente de consulta, de pérdida laboral y salud horas-vida; representa un alto costo en los sistemas de salud y del país; el dolor del sistema musculoesquelético es la razón más habitual de atención en los Servicios de Rehabilitación, el origen más común es la inflamación del sistema musculoesquelético. Tiene repercusión en todas las esferas del paciente: personal, laboral y social.

El tipo de dolor más frecuentemente visto en los Servicios de Rehabilitación es el crónico o inespecífico (lumbalgia, cervicalgia). Se considera que el 80% de las consultas médicas en países industrializados es por dolor. 30% de estas consultas es por dolor crónico. En los Estados Unidos se calcula que en el año 10 a 15% de los trabajadores sufre incapacidad laboral por dolor lumbar. En esta población las causas de dolor crónico son: articulares (10%) y lumbares (9%).

El manejo del dolor debe fundarse en su naturaleza multidimensional. Teniendo como metas: eliminar la causa del dolor, controlar los impulsos de nociceptores, reducir el grado de deterioro, maximizar la función dentro de las limitaciones impuestas por el dolor, el tratamiento debe basarse en la fisiopatología del dolor.

Los agentes físicos y el ejercicio son las herramientas terapéuticas en la medicina física, los cuales tienen mínimo o nulo efecto adverso, no hay interacciones ni dependencia física. Actúan modulando el dolor a nivel de la médula espinal, alterando la conducción nerviosa, incrementando los niveles de endorfina, y de forma indirecta por disminución de la sensibilidad del huso neuromuscular. Por su naturaleza multidimensional es necesario el tratamiento holístico en el dolor crónico. Finalmente cada paciente y problema doloroso es único y requiere un abordaje individualizado. Sin embargo, algunos principios comunes se pueden aplicar en el manejo de los diferentes tipos de dolor. Es necesario cambiar la idea errónea de aprender a vivir con el dolor.

Puesto que no es aprender a vivir con el dolor, sino aprender a controlar el dolor, alterando o eliminando la conducta y pensamiento que desencadena el mismo.

Dra. María de la Luz Montes Castillo
Editora de la Revista