

EL CULTURAL

Publicado el 28/03/2008

Sección: CIENCIA NINGUNA



Clemente Muriel Villoria "El dolor constituye un grave problema sanitario"

El dolor. Pocas cosas aterrizan más al ser humano como el dolor. Su tratamiento, sus síntomas y sus prevenciones constituyen uno de los principales desafíos de la sanidad contemporánea. ¿Cuántos tipos existen? ¿Cuáles son sus soluciones? ¿Es una enfermedad? ¿Puede asumirlo la sanidad pública? Clemente Muriel Villoria, director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca y presidente de la Sociedad Española del Dolor, contesta a EL CULTURAL todas estas cuestiones, de vital importancia para la medicina y su desarrollo administrativo. No en vano, las partidas presupuestarias dedicadas al tratamiento de esta enfermedad rondan los 800 millones de pesetas anuales.

El profesor Clemente Muriel Villoria dedica también su estudio al tratamiento y prevención del dolor desde el servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Desde allí habla con EL CULTURAL sobre un tema de interés tanto individual como colectivo.

—¿Se puede definir el dolor? ¿Tiene el dolor entidad por sí mismo?

—Bueno, pese a que resulta bastante sencillo describir el fenómeno doloroso, inmediatamente se presentan numerosos problemas y excepciones que han llevado a afirmar a la IASP (International Association for the Study of Pain) que "hasta el momento no existe una teoría unificada del dolor". Sin embargo hemos de tomar una definición común para que sepamos a qué nos estamos refiriendo. De las numerosas definiciones con las que nos encontramos prefiero quedarme con la propuesta por la propia IASP, que en 1979 definió el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica, presente o potencial, o descrita en términos de la misma". Esta definición pone de manifiesto la superación de una concepción lineal del dolor, que ahora es entendido como una experiencia aversiva perceptual y afectiva compleja, determinada tanto por las respuestas biológicas a los estímulos nociceptivos como por el significado de esos estímulos para cada sujeto. En definitiva, se trata de aceptar los aspectos subjetivos del dolor, entendiéndolo como una experiencia codificada y memorizada por el individuo que va más allá de una mera transmisión de impulsos sensoriales. Ello nos lleva a considerar el dolor como una experiencia subjetiva de gran complejidad en la que actúan interrelacionando numerosos factores (biológicos, psicológicos y sociales), que hacen del dolor uno de los fenómenos médicos y psíquicos más complicados de estudiar. Además, la concepción del dolor varía substancialmente dependiendo de si lo entendemos como un síntoma asociado a alguna patología determinada (dolor agudo) a si lo entendemos como una entidad clínica diferenciada con características y tratamiento particulares (dolor crónico).

—¿Cree que se puede estudiar independientemente de la enfermedad que lo causa?

—Se puede y se debe estudiar por sí mismo, ya que el dolor crónico per se representa lo más importante en el paciente donde, sin ignorar la etiología que genera el proceso, éste pasa a una situación secundaria, ya que al paciente hay que resolverle la situación que le delimita, el dolor. En resumen, hay que mejorar la calidad de vida.

Profundo desconocimiento

–¿En qué situación se encuentra el estudio del dolor? ¿Cómo se enfrenta el mundo médico a esta disciplina?

–En la actualidad existen lagunas importantes derivadas principalmente del desconocimiento en profundidad de los mecanismos que generan la causa, la investigación básica debe proporcionar los elementos que definan la realidad y consecuentemente los tratamientos para resolver los problemas del dolor crónico, del dolor como enfermedad. Podemos decir que en estos momentos con los medios y los conocimientos actuales se puede mitigar el dolor en el 99 por ciento de los casos, siendo su resolución definitiva en el 68 por ciento de los pacientes. El planteamiento del dolor crónico como un grave problema sanitario y económico ha estimulado el desarrollo de programas de formación y estructuras nuevas para hacer frente a las crecientes demandas de la Medicina del Dolor. En Estados Unidos y en Francia han proliferado nuevos centros multidisciplinarios que prestan servicios apropiados para el tratamiento de los problemas relacionados con el dolor crónico asumido como enfermedad. La terapéutica del dolor en el mundo se organiza de formas muy variadas según la cultura, la estructura sanitaria y la disponibilidad de medios de cada país. Frente a las clínicas del dolor norteamericanas, fuertemente lideradas y compuestas por médicos anestesiólogos, con un enfoque multidisciplinario en el que los enfermos son estudiados por médicos de diferentes áreas, se presenta el modelo francés, formado por médicos de distintas disciplinas y por personal paramédico entrenado en el campo de la lucha contra el dolor, y el hipotético modelo español, por lo general unipersonal prioritariamente asumido por la especialidad de anestesiología y con escasa infraestructura salvo en situaciones muy puntuales.

–¿Es todavía el dolor un vacío en la medicina?

–No cuando se interpreta como síntoma, sí cuando se interpreta como enfermedad. Lógicamente, el tratamiento difiere de forma importante de uno a otro supuesto. De hecho, sólo tres universidades españolas (la Complutense de Madrid, Cádiz y Salamanca) tienen en sus planes de estudios una asignatura de Anestesiología y Reanimación y Terapéutica del Dolor, y sólo una, la de Salamanca, contempla una cátedra extraordinaria de Dolor tras el acuerdo con la Fundación Grünenthal.

Avances evaluativos

»En las últimas décadas se ha producido un gran avance en la evaluación y manejo del dolor tanto en nuestro país como en el resto del mundo. Organizaciones tan prestigiosas como la Organización Mundial de la Salud y la Agencia para la Investigación y Política Sanitaria de EEUU han puesto en marcha 13 áreas de análisis de los aspectos y costes específicos relacionados con el manejo del dolor.

–¿Puede catalogarse el dolor?

–Desde el punto de vista clínico es necesario diferenciar el dolor agudo del crónico. Para la IASP, el dolor agudo se caracteriza porque remite a medida que lo hace la causa que lo ha producido y es de breve duración (menos de seis meses). Su finalidad principal es alertar al individuo de que algo va mal en su organismo. Por eso se conoce también como dolor señal o dolor síntoma. Esta función es importantísima y su carencia o mal funcionamiento puede provocar graves trastornos en el sujeto. Sin embargo, el dolor puede perder su sentido protector y convertirse en un problema en sí mismo. En el caso del dolor crónico (más de seis meses) el síntoma se convierte en la propia enfermedad y aunque las causas que lo produjeron desaparezcan, éste se mantiene. El dolor que se cronifica pierde su sentido protector y se convierte él mismo en enfermedad. En este tipo cabe distinguir el dolor agudo recurrente, el dolor crónico agudo y el dolor crónico no maligno.

–¿Podría hablarse del dolor psicológico?

–Prácticamente a todos los pacientes que sufren dolor crónico se les administran o bien fármacos antidepresivos o ansiolíticos. El componente psicológico es fundamental a la hora de la resolución del problema. En la actualidad muchos procesos con dolor crónico no se resuelven con analgésicos y sí con antidepresivos.

–¿Hasta qué punto es un tema tabú?

–No creo que sea un tema tabú sino un problema de educación sanitaria. Los que trabajamos en unidades de dolor tenemos una máxima que viene determinada por pensar que cuando el enfermo está diagnosticado no hay razón para que siga teniendo dolor.

–¿Cuáles van a ser los primeros pasos de actuación de la Cátedra Extraordinaria del Dolor de la Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca?

–Para este año hemos planteado un curso internacional de formación en dolor para reumatólogos,

una reunión con expertos donde se tratará el tema de las Fibromialgias y dos grupos de premios. En la actualidad se están desarrollando tres proyectos de investigación, dos de ellos conjuntamente con el Instituto de Neurociencias de Castilla y León.

La sanidad pública

–¿Hay sensibilidad en la sanidad pública ante el problema del dolor?

–Los contactos realizados como presidente de la SED (Sociedad Española del Dolor) me hacen ser optimista en el interés por salir del estado actual en que se encuentran las Unidades de Dolor en España, dando el apoyo y el protagonismo que tienen que tener, asumiendo que el tratamiento del dolor crónico forma ahora una parte integral e importante de la práctica clínica de muchos países. El planteamiento del dolor crónico como un grave problema sanitario y económico ha sido asumido ya en muchos países de nuestro entorno. Es muy probable que antes o después el ejemplo francés se extienda por razones científicas, humanas y también de rentabilidad. En la actualidad, está comprobado que el tratamiento adecuado del dolor permite reducir costes, disminuir el tiempo de ingreso hospitalario, reducir las tasas de complicaciones y aumentar el grado de satisfacción del paciente.

Javier LÓPEZ REJAS