

“El abordaje multidisciplinar y contar con el paciente son fundamentales en la investigación y abordaje del dolor”

MARÍA MADARIAGA MUÑOZ ANESTESIÓLOGA. PRESIDENTE DE LA SED
CARLOS GOICOECHEA FARMACÓLOGO. VICEPRESIDENTE DE LA SED



Tratamiento médico, psicológico, fisioterapeuta, cuidados de enfermería, terapia ocupacional... Todo ello es por lo que lucha la [Sociedad Española del Dolor](#) (SED), pero también sensibilizar a la sociedad, administraciones, gestores y autoridades sobre su impacto sanitario, social y económico y la carga que conlleva quien lo padece; así como, a nivel internacional, fomentar alianzas con la Federación Europea del Dolor (EFIC), y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

Todos hemos sentido dolor, pero este no es el dolor del que estamos hablando...

C.G.- El dolor crónico, el que dura más de 3 meses, es el dolor enfermedad. Pierde su función defensiva-aversiva (avisarnos de una lesión o un daño) y permanece con nosotros diariamente.

Se percibe como una sensación angustiosa, desagradable o insoportable, por encima de cualquier otra sensación, y provoca cambios en nuestro sistema nervioso, que influyen en el afecto o la memoria y al sueño. De ahí que estos pacientes tiendan a sufrir más depresión y ansiedad. Afortunadamente sabemos que, si este dolor es tratado con buen resultado, los cambios cerebrales también revierten.

¿Qué trato da a esta enfermedad?

M.M.- Desgraciadamente el dolor es invisible y la sociedad tiende a minimizar el dolor ajeno. Solo aquellos más próximos a la persona que tiene dolor, comprenden la profundidad de su sufrimiento y el impacto en su vida, porque percute en todas las esferas: familiar, social y también laboral: puede suponer la pérdida tem-

poral o definitiva del puesto de trabajo. El impacto en las relaciones familiares y de amistad es enorme.

¿Qué tratamientos hay en la actualidad?

M.M.- En cuanto a tratamiento farmacológico básico del dolor, seguimos disponiendo de los analgésicos convencionales: antiinflamatorios, analgésicos no opioides, opioides menores y mayores, fármacos específicos para dolor neuropático y para los problemas secundarios al dolor, como insomnio, ansiedad o depresión. En este sentido, disponemos de menos novedades exceptuando la esperada regulación de los cannabinoides de uso medicinal, inminente en nuestro país. Sabemos por su uso clínico terapéutico en otros países, que pueden ser útiles para los pacientes con dolor crónico, especialmente en dolor neuropático y dolor por cáncer.

Pero los tratamientos farmacológicos no son la única opción...

M.M.- La valoración psicológica y psiquiátrica del paciente es fundamental: ayuda de una manera enorme en el proceso de comprensión y adaptación a su proceso doloroso y sus limitaciones y pérdidas. Y las terapias cognitivo-conductuales, o de aceptación y compromiso, son algunas de las más efectivas.

La fisioterapia en dolor crónico tiene un respaldo científico considerable y ha mostrado ser segura y efectiva en la recuperación del dolor y la funcionalidad de los pacientes con dolor crónico.

Por otro lado, las técnicas intervencionistas o de bloqueo nervioso con fármacos o radiofrecuencia tienen un papel clave en el tratamiento de reagudización de determinados cuadros de

dolor crónico bien seleccionadas como parte de un abordaje multimodal coordinado.

Otras estrategias como la estimulación nerviosa y cerebral, y la infusión intratecal están en creciente desarrollo.

Pero supongo que algo básico es la investigación. ¿Cómo tratamos el dolor en España? ¿Se puede mejorar?

C.G.- En los últimos 20 años, la cantidad de información que hemos obtenido de la investigación es ingente, descubriéndose muchas dianas que en breve darán a lugar a nuevos abordajes.

La mayoría de las personas con dolor crónico acuden inicialmente a Atención Primaria.

El acceso a las unidades de dolor es muy lento y farragoso, aunque hay unidades en hospitales públicos y privados. Debemos mejorar la coordinación, la derivación y el acceso a estas unidades y fomentar la formación sanitaria en dolor de todos los profesionales de la salud desde Atención Primaria a Hospitalaria y Unidades de dolor.

También debemos mejorar tanto la investigación como la formación en dolor de todos los profesionales y lograr que el dolor se vea como lo que es: una enfermedad crónica muy incapacitante que habitualmente dura toda la vida.

¿Y cómo están contribuyendo a ello desde la Sociedad Española del Dolor?

M.M.- La SED fomenta la investigación y la formación mediante reuniones, grupos de trabajo multidisciplinarios y congresos de los que, por cierto, celebramos la [XX edición](#) en León en el mes de Mayo. En el último año hemos implementado una [plataforma propia](#) para hacer esa formación más accesible a los profesionales de cualquier especialidad que tengan interés en actualizarse en dolor. Además, la SED elabora consensos y guías para mejorar los tratamientos y la calidad de vida de las personas con dolor. Contamos con [RESED](#), la Revista de la Sociedad Española del Dolor, que es nuestro órgano oficial de difusión científica.

A nivel internacional, además de mantener las alianzas con EFIC y la IASP, tratamos de mejorar el apoyo político del impacto social del dolor, la visibilidad del paciente con dolor crónico, y formamos parte de la plataforma SIP (The Societal Impact of Pain) de EFIC.

Tenemos muchísimo trabajo por delante, pero lo afrontamos con decisión e ilusión.