

El médico de atención primaria de Osakidetza Iñaki Aguirrezabal aborda el dolor crónico en una charla enmarcada en el plan Etxean Bai

↪ *Eunate F. Domínguez*

VITORIA – El dolor crónico se ha convertido en los últimos años en un problema de salud de primera magnitud que consume una gran cantidad de recursos económicos y genera un aumento de la discapacidad en las personas que lo padecen. Nuevos conocimientos están facilitando nuevos abordajes del dolor, teniendo un papel fundamental la educación de la persona afectada en neurobiología del dolor. Con el objetivo de dar a conocer este nuevo enfoque, Iñaki Aguirrezabal, médico de familia que actualmente está trabajando en la Unidad de Afrontamiento Activo para el tratamiento del dolor en Atención Primaria, ha impartido esta semana una charla que está enmarcada dentro del plan piloto Etxean Bai, impulsado por la Diputación Foral de Álava y gestionado Cruz Roja en Álava.

¿Cómo se puede reconceptualizar el dolor?

–Desde el modelo biomédico o estructuralista imperante en la medicina de hoy en día, cuando una persona tiene dolor en una parte su cuerpo, se interpreta que allá donde duele hay un daño en los tejidos. Y para ello se utilizan todas los medios diagnósticos disponibles para detectar ese daño y, a su vez, todos los medios terapéuticos para intentar repararlo. Sin embargo, hoy día sabemos que el dolor no es una buena medida del estado de los tejidos. Es decir, que si tenemos dolor en una parte del cuerpo no tiene por qué haber necesariamente un daño o lesión allá donde duele. La reconceptualización del dolor se refiere a que el dolor no se genera allá donde duele, sino que se genera como un contenido de la conciencia gracias a la activación de una compleja red neuronal en el cerebro que conocemos como matriz del dolor. Y la activación de esta matriz del dolor se lleva a cabo cuando el cerebro con toda la información disponible en cada momento llega a la conclusión de que una parte del organismo (o todo él, cuando duele todo el cuerpo, como en la fibromialgia) está en peligro.

Le he oído decir que muchos ciudadanos, incluyendo profesionales sanitarios, no tienen una concepción actualizada sobre el dolor y su tratamiento. ¿A qué se refiere?

–Lo primero, a nosotros nos gusta más hablar de dolor persistente que de dolor crónico ya que la palabra crónico conlleva implícito un significado de *algo que es para siempre*. Sin embargo el dolor, aunque lleve meses o años, no tiene por qué ser para siempre. Y así se titula precisamente el último libro que acaba de publicar Arturo Goicoechea, neurólogo especialista en dolor y que trabajó en el hospital de Santiago de Vitoria-Gasteiz: *El dolor crónico no*

Iñaki Aguirrezabal

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE OSAKIDETZA EN LA OSI DE ARABA

“Una vez que la persona entiende el dolor, comienza a moverse más, comienza a sentirse más fuerte”



Iñaki Aguirrezabal es médico de Atención Primaria de Osakidetza en la OSI de Araba. Jorge Muñoz

es para siempre. Y sí, el dolor persistente se ha convertido en un problema de primera magnitud. En el último *Barómetro del dolor crónico en España de 2022* llevado a cabo por el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz los datos que aporta son realmente preocupantes. Según este estudio, el 25,9% de la población adulta española tiene dolor persistente. Pero lo que es aún más grave, según varios estudios internacionales, la prevalencia del dolor en la sociedad occidental está aumentando, y lo hace además, en todos los tramos de edad. Y otro dato importante, el coste que supone el dolor persistente para la sociedad gira alrededor del 2,5% del PIB. Cuando hablamos de que tanto la población general como muchos profesionales sanitarios no tienen una concepción actualizada del dolor nos referimos a que siguen actuando bajo el prisma del modelo biomédico que he comentado al principio. Es decir, que los profesionales siguen mirando y actuando exclusivamente allá donde duele con una visión excesivamente estructuralista. Sin embargo, hoy día sabemos que, sobre todo en el dolor per-

“Enseñar al paciente cómo funciona el sistema de alarma del dolor le ayuda a entender lo que le pasa”

“En ciertas circunstancias hay que convencer a ese cerebro de lo absurdo de su comportamiento”

“Ofrecer al paciente información actualizada sobre la ciencia del dolor debe ser la primera opción”

sistente, apenas existe una relación entre el dolor y el estado de los tejidos allá donde duele.

¿Hay que ‘educar’ al paciente en el dolor?

–Hoy en día ya no hay duda de que ofrecer al paciente con dolor persistente información actualizada sobre la ciencia del dolor debería ser la primera opción terapéutica. Lorimer Moseley, fisioterapeuta e investigador australiano, uno de los *padres* de la Educación en Neurociencia del Dolor, así lo remarca en un artículo reciente: *Años de directrices clínicas afirman que la educación sobre el dolor debe ser la atención de primera línea para las personas con dolor crónico*. También la OMS en su última *Guía para el tratamiento no quirúrgico del dolor lumbar primario crónico en adultos en entornos de atención primaria y comunitaria* aconseja la educación y/o asesoramiento estructurado y estandarizado como primera línea de intervención con el mayor nivel de evidencia. Enseñar al paciente cómo funciona el organismo, cómo funciona el sistema de alarma del dolor le ayuda a entender lo que le pasa y a perder miedo al dolor, algo que resulta fundamental como primer paso para empezar a mejorar.

Porque como decía Marie Curie *Dejamos de temer aquello que hemos aprendido a entender*. Y una vez que la persona entiende el dolor, comienza a moverse más, comienza a sentirse más fuerte y con control sobre su cuerpo, disminuye el miedo al movimiento, lo que conlleva un aumento de la resistencia y de la confianza, comienza a volver a la vida normal y el dolor comienza a disminuir.

¿Qué papel desempeñan el sistema nervioso y el cerebro en el dolor?

—El sistema nervioso y el cerebro son claves en la generación del dolor. Como se dice en inglés *No brain, no pain*, es decir, sin cerebro no hay dolor. Y esto es así porque para poder tener la experiencia de dolor es necesario que se active a nivel cerebral la matriz del dolor. Pero además, desde varias zonas del cerebro y del tronco cerebral se regula la información que llega desde el organismo. Hay un sistema de control del flujo de información que puede hacer que en un determinado momento se de prioridad a una información sobre otra. Por ejemplo, cuando un surfista es atacado por un tiburón que le arranca la pierna de una dentellada, el surfista puede no sentir dolor hasta que se pone a salvo y se da cuenta de que le falta la pierna. En este caso, el cerebro decide bloquear a nivel de la médula espinal la información de daño, así esa información no llegará al cerebro, no se activará la matriz del dolor, el surfista no sentirá dolor y podrá dedicar toda su energía a salir de esa situación tan peligrosa y salvar la vida.

¿Es posible, entonces, engañar de alguna manera al cerebro?

—No, no se trata de engañar al cerebro, sino de cambiar la información de que dispone para que las decisiones que tome estén más de acuerdo con la realidad del organismo. No tiene sentido desde el punto de vista biológico que una persona tenga una crisis de migraña porque haya viento sur, porque ha comido chocolate o porque sea sábado. Ninguna de estas circunstancias supone una amenaza real para la cabeza de la persona que padece migraña. Sin embargo, es suficiente que, por el motivo que sea, su cerebro los tenga catalogados como peligrosos para que active la crisis de migraña. Por eso hay que convencer a ese cerebro de lo absurdo de su comportamiento y convencer a la persona de que si evita comer chocolate estará reforzando ese comportamiento. Hace ya más de 20 años que varios investigadores proponían que la estrategia de evitar los desencadenantes en la migraña era una estrategia equivocada; sin embargo, es lo que se sigue recomendando. Y lo mismo ocurre, por ejemplo, con el dolor de espalda. Cuando a una persona con dolor lumbar se le hace una resonancia magnética es bastante probable que se le encuentren cambios estructurales como abultamientos, protrusiones o incluso hernias discales o artrosis. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esos hallazgos no tienen por qué ser la causa directa del dolor. ●



El centro de salud de Salburua, donde se ubica la Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor. Foto: Jorge Muñoz

Nuevos avances contra el dolor

LA NUEVA UNIDAD DE AFRONTAMIENTO ACTIVO DEL DOLOR EN SALBURUA ABORDA EL DOLOR DESDE DISTINTAS PERSPECTIVAS

Un reportaje de Eunate F. Domínguez

Iñaki Aguirrezabal ha trabajado durante 22 años en el centro de salud de San Martín y desde hace 2 meses forma parte de la nueva Unidad de Afrontamiento Activo del Dolor localizada en el centro de salud de Salburua. Esta nueva unidad la forman nueve fisioterapeutas, una enfermera y él. Su objetivo es atender a pacientes con migraña, fibromialgia y dolor de espalda persistente. La intervención va a consistir en sesiones grupales de Educación en Neurociencia del Dolor. Además a los pacientes con fibromialgia y dolor de espalda también se les ofrecerán sesiones de Ejercicio Terapéutico. “Nuestro objetivo también será dar formación en este nuevo paradigma del dolor a todos los profesionales que quieran actualizarse en este tema y, en una fase posterior, salir a la comunidad”, explica el profesional.

Este profesional ha ofrecido esta semana una charla sobre el dolor persistente y el papel que cumple el cerebro. En este sentido, ¿cómo decide el cerebro si tiene que proyectar dolor o no? Según explicó en esta charla, para que el cerebro llegue a la conclusión de si es necesario o no generar dolor necesita poner en una balanza toda la información disponible sobre la seguridad del organismo. “Para ello, utiliza, por un lado, la información que

llega en cada momento a través de los múltiples sensores distribuidos por todo el cuerpo”, explica. Estos sensores le aportan información no sólo de las posibles amenazas que pueden poner en riesgo la integridad de los tejidos (nocicepción), sino también información de la posición del cuerpo en el espacio (propiocepción) o del estado interno de las vísceras (interocepción). “También recibe información del entorno en el que se encuentra la persona en ese momento a través de los sentidos. Y toda esta información junto con la información ya disponible en el cerebro acerca de las creencias sobre el dolor, las memorias de experiencias de dolor previas propias o ajenas, las expectativas y significados generados por esas creencias, las emociones... la utiliza el cerebro para evaluar el grado de amenaza. Si después de esta evaluación el cerebro llega a la conclusión de que el grado de amenaza es mayor que el de seguridad activará la matriz del dolor y el individuo percibirá el dolor”. Si por el contrario, la conclusión de ese proceso evaluativo es que la seguridad es mayor que la amenaza, “no activará la matriz del dolor y la persona no percibirá dolor”. No obstante, Aguirrezabal también puntualiza que también podría ocurrir que si existiese una amenaza real importante pero que en ese

momento activar la matriz del dolor podría suponer un mayor riesgo para la supervivencia y entonces el cerebro no activaría la matriz del dolor.

En este sentido, para entender el concepto del dolor este profesional utiliza la metáfora de la alarma. “Es decir, contamos que el dolor funciona como una alarma para avisarnos de que algo peligroso puede estar ocurriendo en el cuerpo. Entonces, lo que tenemos que hacer si el dolor es muy intenso o persis-

El Post-it



● **Metáfora.** “Contamos que el dolor funciona como una alarma para avisarnos de que algo peligroso puede estar ocurriendo en el cuerpo. Entonces, lo que tenemos que hacer si el dolor es muy intenso o persiste en el tiempo, acudir a un profesional sanitario para que evalúe si esa alarma corresponde con un daño real o no. Si el profesional encuentra un daño tendrá que poner todos los remedios para reparar o minimizar el daño. Pero también puede ocurrir que el dolor no se corresponda con un daño”.

te en el tiempo, acudir a un profesional sanitario para que evalúe si esa alarma corresponde con un daño real o no. Si el profesional encuentra un daño tendrá que poner todos los remedios (fármacos, cirugía...) para reparar o minimizar el daño. Pero también puede ocurrir que el dolor no se corresponda con un daño y se trate de una falsa alarma. Y existen muchas falsas alarmas. Y aquí será también labor del profesional explicar al paciente cómo y por qué se producen las falsas alarmas”, detalla.

REFERENTE ESTATAL Iñaki Aguirrezabal es un referente a nivel estatal sobre el abordaje del dolor crónico y hace una importante labor divulgativa sobre esta nueva conceptualización del dolor que pone al Sistema Nervioso Central y, en especial, al cerebro en el centro del mensaje. Los conceptos que suele desarrollar son: dolor no es igual a daño; el dolor (al igual que cualquier otra percepción) se genera en el cerebro; el cerebro responde a la valoración de amenaza, no a la situación real; el cerebro genera dolor en base a la valoración de amenaza a los tejidos, no a la situación real de los mismos; el cerebro necesita información que la obtiene, entre otros, del sistema nociceptivo; el cerebro necesita aprender las situaciones amenazantes, por lo que el dolor también se aprende (memorias del dolor).

Asimismo, Etxean Bai busca que las personas sean atendidas en sus hogares, con los apoyos necesarios, el mayor tiempo posible, retrasando su entrada en una residencia. Está dirigido a personas con dependencia grados 2 y 3, tanto personas mayores como personas con discapacidad o problemas de salud mental, que conviven con el dolor de manera habitual. Aguirrezabal ha presentado este nuevo enfoque del dolor en el que el sistema nervioso y el cerebro desempeñan un papel fundamental. ●