



# EL DOLOR CRÓNICO

Lo conocemos bien?

El **17 de octubre** recuerda a las personas que sufren **dolor crónico**, a sus familiares, cuidadores, asociaciones y la labor de los profesionales de la salud que procuramos ayudarles **utilizando el hashtag**

**#diamundialdolor**



**Más de 10 millones de personas sufren dolor en España**

Haz que sean visibles el 17 de octubre  
**#DiaMundialDolor**

# El Dolor (definición oficial) Merskey 1986.

Revisión concepto de Merskey et al. (Seattle , 1994)

- ▶ **Experiencia sensorial desagradable** asociada a un daño tisular real o **potencial** o que es vivida como tal daño.

Esto es lo que pasa cuando se retrasa la edad de jubilación!!!



# Dolor

(Clifford Wolf) 2007

- ▶ La respuesta dolorosa producida por estímulos nocivos es un mecanismo protector fisiológico clave, e **incluye reflejos motores y autónomos**, además de la sensación desagradable.

# Dolor.

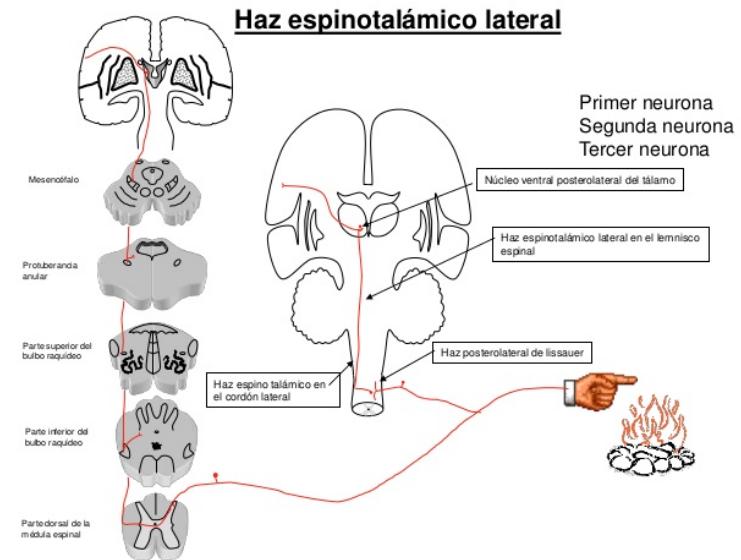
Moseley (2015)

- ▶ El dolor existe cuando tu evidencia de peligro es mayor que la evidencia de seguridad.
- ▶ El dolor NO existe cuando la evidencia de seguridad es mayor que la evidencia de peligro.



# Modelos teóricos del dolor

- ▶ Modelo Cartesiano.
- ▶ Teoría de la compuerta (GCS). (Mellzack y wall).
- ▶ Teoría de la Neuromotriz.
- ▶ Neuromotriz de la relevancia.
- ▶ Conectoma Dinámico.
- ▶ Sensibilización central.
- ▶ Analgesia condicionada.



# Modelo Cartesiano

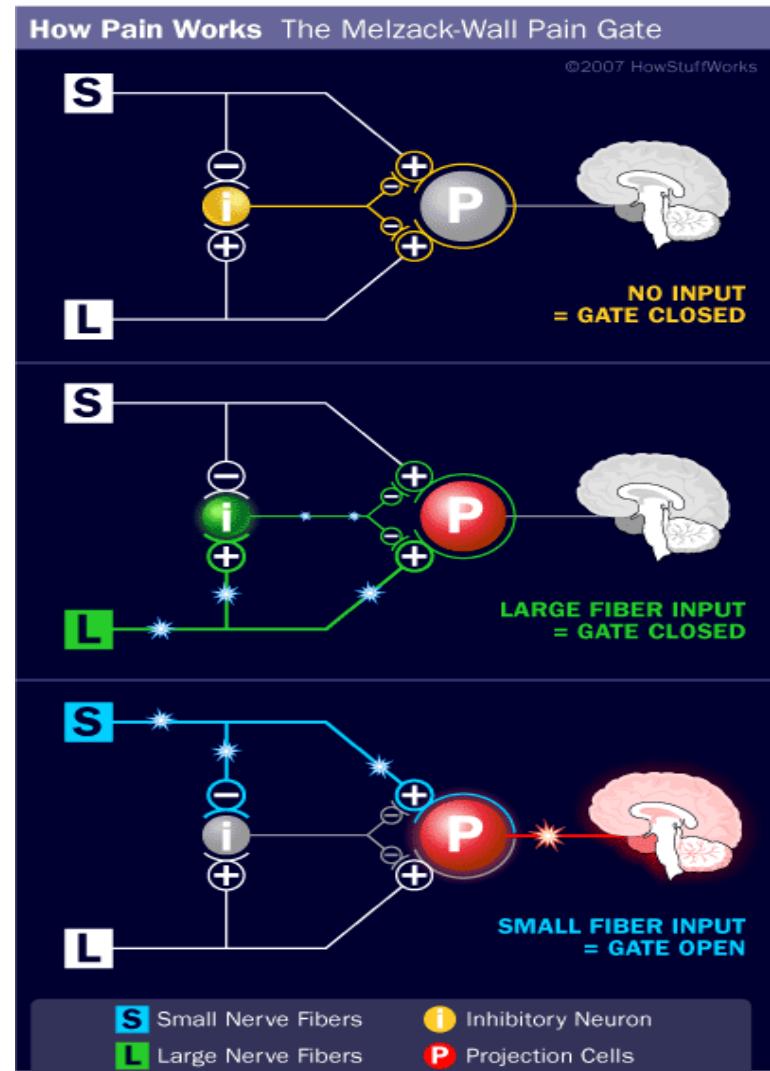
- Modelo simple, input– respuesta, es clásica respuesta en el dolor agudo.



Fig. 2. Teoría Cartesiana de la conducción del sistema nervioso. Esta teoría fue planteada por René Descartes en su libro: "El hombre". Melzach y Wall la utilizan en su artículo para ilustrar los conceptos de la teoría específica en la cual se considera que la conducción del dolor se realiza a través de vías específicas y exclusivas para la nocicepción, tal como lo ilustraba Descartes en el siglo XVII.

# Teoria de la compuerta Melzack-Wall(1965)

- ▶ Modulamos a través de la medula inputs nociceptivos (filtraje)



# Teoria Neuromatriz

Melzack 1999

- ▶ La activación de determinada áreas cerebrales va a provocar una determinada respuesta.
- ▶ Activación de áreas sin input.
- ▶ La neuromatriz del dolor no difiere demasiado de la del placer.

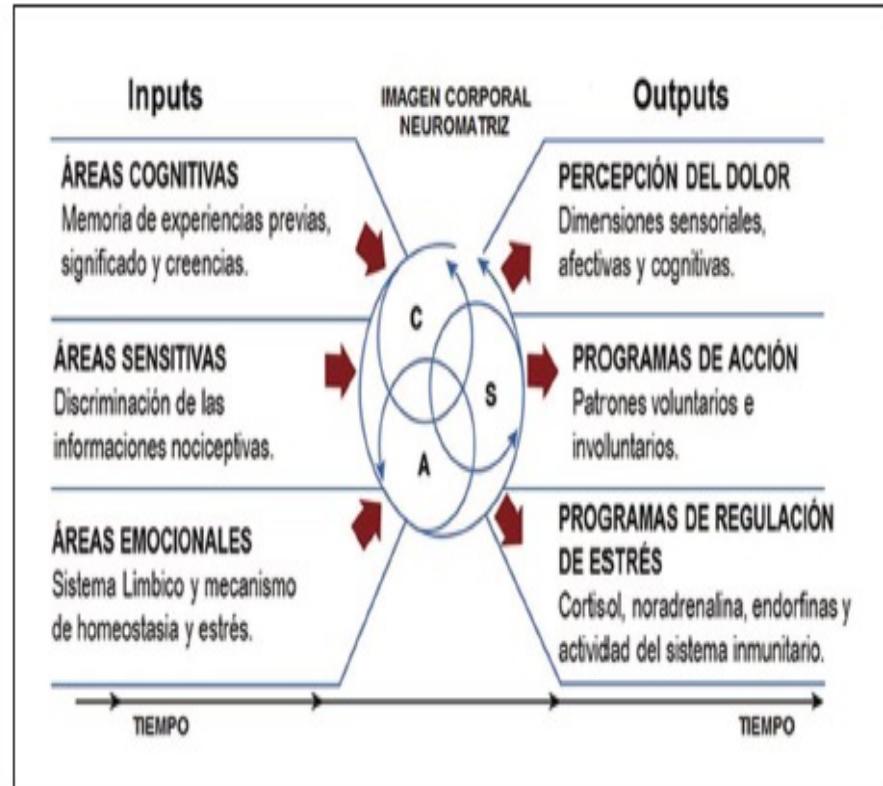


Figura 3. Modelo de la Neuromatriz de Melzack. Adaptado del libro *La columna Cervical* Torres R, 2008, p. 450)

# Teoria neuromatriz de la relevancia

- ▶ Incluye la Neuromatriz+ el contexto.
- ▶ La capacidad que tiene un estimulo de destacar entre el entorno. El estimulo **Novedoso** y el que genera **Incertidumbre**.



# Teoria Conectoma Dinamico. (Kucyi2016)

- ▶ El sistema nervioso se modifica con **el paso del tiempo a si mismo**, un mismo estimulo con mismas variables controladas hace que el SNC responda de forma distinta, por la variabilidad del SNC.
- ▶ Se acerca si se aleja del umbral de activación de forma variable.

# Dolor funcional/Sensibilización central – C. Wolf 2004/1983

- ▶ Hipersensibilidad al dolor como resultado de un procesamiento central (SNC) anormal ante un input normal.
- ▶ Con un input repetitivo, constante, podemos hipersensibilizar la segunda neurona sensitiva (sensibilización central) que en ausencia de input se manifestara el mismo dolor. Hay dolor en ausencia de daño.
- ▶ Dolor en espejo.
- ▶ Dolor en proximidad.
- ▶ Dolor amplificado.

# Analgesia condicionada.

- ▶ Es debida a la modulación descendente, es el fenómeno que una persona no puede tener el mismo dolor si aparece un nuevo estímulo doloroso.
- ▶ Los pacientes que no aparece este fenómeno tiene peor pronóstico de mejora.

# Nociones básicas de neurofisiología.

- ▶ Concepto de red neuronal.
- ▶ Concepto de Long Term potentiation.
- ▶ Circulo Botom Up - Botom Down.
- ▶ Sistema límbico en dolor.
- ▶ Sistema modulador descendente (areas Rexet).
- ▶ Cel.lulas espejo.

# Tipos de Dolor

- ▶ **Agudo:** respuesta de defensa ante el daño.
- ▶ **Dolor persistente:** el que esta presente cada dia.
- ▶ **Dolor Crónico:** aparece cuando hay dolor de mas de 6 meses de evolución y no **evidencia** de daño.

# EL DOLOR CRÓNICO EN ESPAÑA

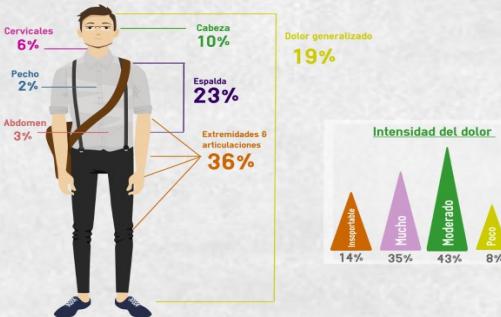
FUENTE: Observatorio del Dolor / Fundación Grünenthal – Universidad de Cádiz / Fundación Española del Dolor  
Tamaño de la muestra (N=1957)



## ¿Quién sufre DOLOR CRÓNICO y a qué edades?



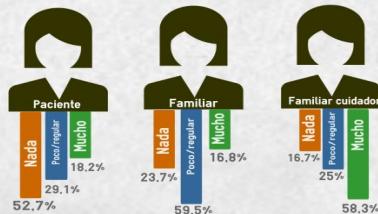
## Localización del DOLOR



## EL DOLOR en el estado emocional del paciente...



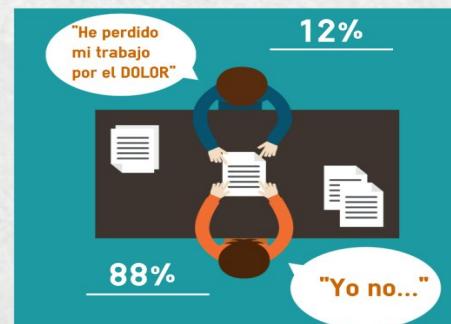
## ¿Cómo afecta el DOLOR al entorno familiar?



## ¿Resultado final?

## IMPACTO NEGATIVO

### ¿Cuántos pacientes han perdido o abandonado su puesto de trabajo a causa del DOLOR?



## ¿Cuántos pacientes pidieron una baja laboral a causa del DOLOR?

Los pacientes piden baja 24.4%

Los pacientes no piden baja 75.6%

## ¿A qué profesional sanitario acuden los pacientes con DOLOR?



Número medio de consultas médicas relacionadas con el DOLOR al año: 3.5



# DOLORES CRONICOS

## EPIDEMIOLOGIA

- ▶ El 10% del dolor crónico es Fibromialgia.
- ▶ El 40% es dolor de la región pélvica (ginecología, urología)
- ▶ Cefaleas/Migrañas (2<sup>a</sup> causa D.C.).
- ▶ Dolor lumbar, talalgia, fascitis plantar.

# Dolor crónico (criterios diagnósticos)

- ▶ - Más de 3 meses de duración (6 meses estudios)
  - ▶ - Dolor que perdura mas allá del tiempo de curación de los tejidos.
- 
- ▶ Historia natural de la HD (la media de reabsorción es de 6 meses)
  - ▶ - Radiculopatía mejoría después de 1- 5 años del debut
  - ▶ - Tendinopatias .Al cabo de 15 años, puede dar sintomatología .

# Dolor Crónico complejo

( criterios asociación medica americana)

- ▶ Duración
- ▶ Dramatización.
- ▶ Dilema diagnostico.
- ▶ Polifarmacología.
- ▶ Dependencia.
- ▶ Depresión.
- ▶ Desuso (Kinesiofobia).
- ▶ Disfunción.

# Dolor crónico – Complejo (mal adaptativo)

- ▶ El que presenta un carácter **intenso**, que se mantiene en el tiempo, alterando la vida del individuo, que deja de tener una **función protectora** y que, por el contrario, deteriora la salud y las **capacidades funcionales**, convirtiéndose en fuente de **Sufrimiento** y de discapacidad.



# VISION DEL FISIOTERAPEUTA EN EL DOLOR

# Evidencia Científica neurofisiología y RHB



- ▶ **MOVIMIENTO = PRIMER ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO.** regula/modula el cuerno posterior medular (filtra mejor la información).
- ▶ **LA MOVILIZACION** (técnicas), estimula la vía moduladora descendente, genera la respuesta **PLACEBO** (neuromodulación)
- ▶ Con el ejercicio físico terapéutico (**progresivo, Intenso, regular**) aumenta el límite de seguridad = **aumenta el umbral** del dolor. (población activa + protegida a los sedentarios).
- ▶ El **Reposo** es facilitador del dolor. La inactividad es uno de los mayores aliados del dolor. El **reposo absoluto** debe tener causa muy justificada.

# Bases tratamiento FSTP en dolor crónico complejo /global

1.- **Educar** (normas generales de salud, Descanso terapéutico):

- ▶ a) Conocer enfermedad.
- ▶ b) Conocer patrón alterado de interpretación del dolor crónico.
- ▶ c) Modificar significado del dolor.
- ▶ d) Responsabilizar/implicar al paciente.

# Bases tratamiento FSTP en dolor crónico complejo/global

- ▶ 2.- No provocar Nocicepción.
- ▶ 3.- Pactar Objetivos claros funcionales a recuperar.(Autoestima somática).
- ▶ 4.- Adherencia terapéutica/alianza profesional-paciente.
- ▶ 5.- Empoderar al paciente (dar estrategias de movimiento).
- ▶ 6.- Colaborar con el dolor .Asumir aparición de dolor en RHB. Desdramatizar o disminuir cogniciones negativas del dolor.
- ▶ 7.- No renunciar nunca a la mejora del organismo. Todo esfuerzo obtiene recompensa.

# Fármacos Colaboradores FSTP

- ▶ **AINES**(aguda/subaguda)
- ▶ **Paracetamol** (actúa a nivel central para modulación, pocos efectos secundarios, buena ayuda pretratamiento).
- ▶ **Fármacos de uso local** (efecto modulador, facilitan movilización /manipulación, pocos efectos secundarios)
- ▶ **Antidepresivos** (ayuda a motivación).
- ▶ **Opioides** (a dosis baja y uso local)
- ▶ **AINES** (frena respuesta inflamatoria) inhibe reparación tisular.
- ▶ **Corticoides** (cristalización en superf. Articulares, afecta integridad de tejidos blandos, efectos deletéreos duraderos)
- ▶ **Opiáceos** (alteran modulación, conducta, desmotivan, adicción, sistema inmune alterado, sd hiperalgesia)
- ▶ **Anticonvulsivantes** + drogas de acción central
- ▶ **Antidepresivos** (por efectos secundarios)
- ▶ **Opioides** (enlentecimiento del movimiento, efectos psicótico, adicción no proactivo).

Amigos Fisioterapia

Enemigos Fisioterapia

# Realismo = vivirlo con mejor actitud optimista posible.

EL DOLOR CRÓNICO PUEDE SER UNA REALIDAD EN TU PRESENTE

PERO NO TIENE POR QUÉ SERLO EN TU FUTURO

CRÓNICO:

1. adj. Dicho de una enfermedad: **larga**.
2. adj. Dicho de una dolencia: **habitual**.
3. adj. Dicho de un vicio: **arrugado**.
4. adj. Que **viene de tiempo atrás**.

No es para siempre :D

#diamundiadolor #realasethepain



A veces para aliviar ese dolor crónico solo hay que "soltar" antiguas costumbres e ideas

#diamundiadolor  
#realasethepain

@davidphisios