

# 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 con 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.



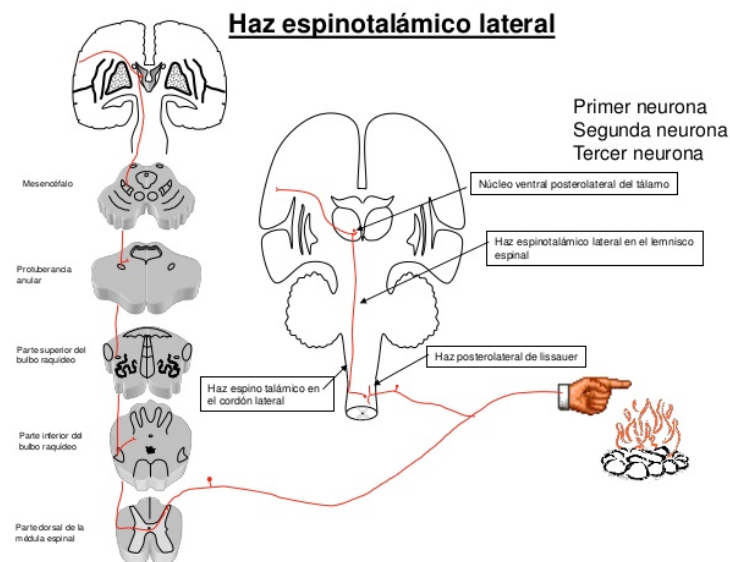
# Dolor. Moseley (2015)

- ▶ 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 teoricos 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

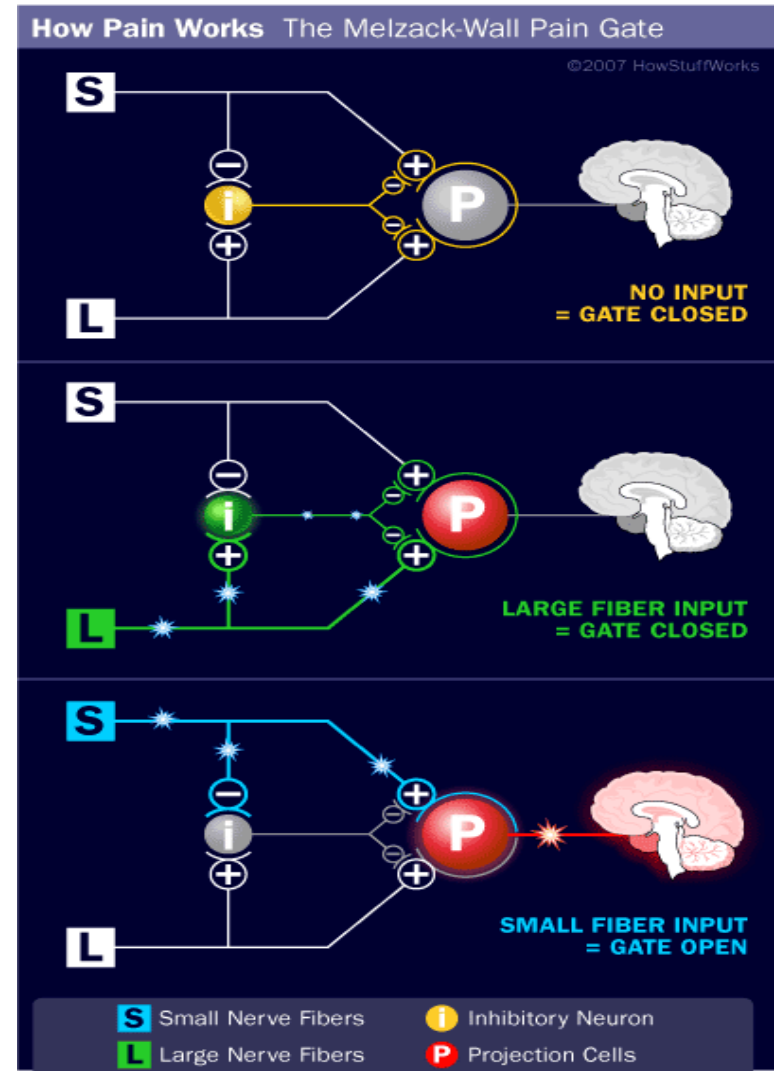
- ▶ Modelo simple, input- respuesta, es clásica respuesta en el dolor agudo.



Fig. 2. Teoría Cartesiana de la conducción del sistema nervioso. Esta teoría fue planteada por René Descartes en su libro "L'homme". Melzack 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 traves de la medula inputs nociceptivos (filtraje)





# Teoria Neuromatriz Melzack 1999

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

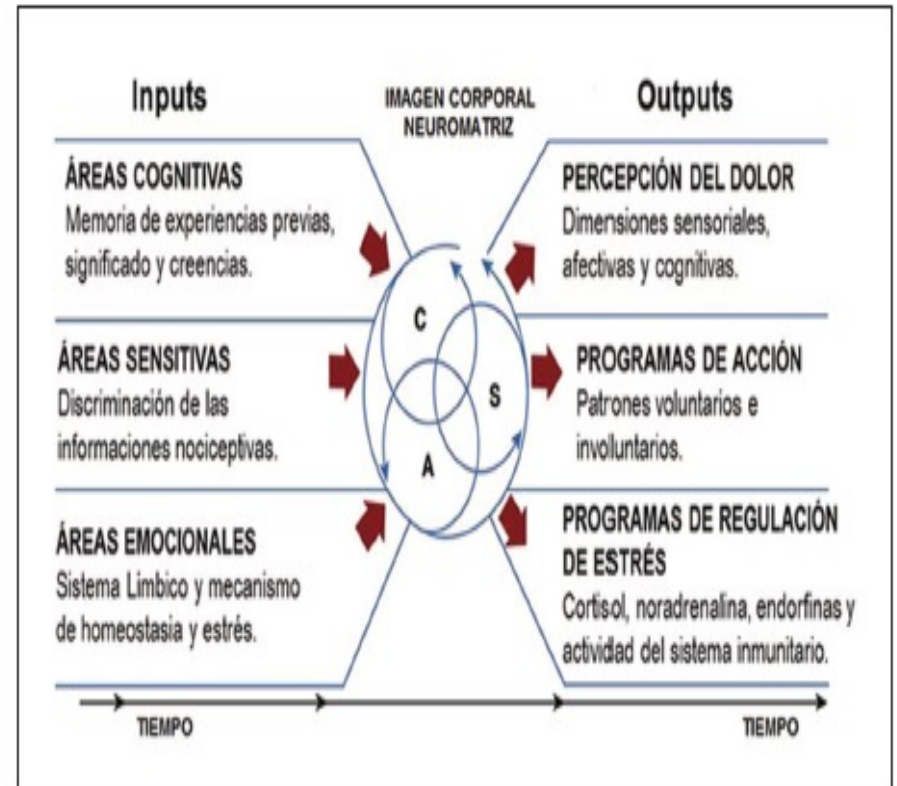


Figura 3. Modelo de la Neuromatriz de Melzack. Adaptado del libro *La columna Cervical* Torres R, 2008. p. 450)

# 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)

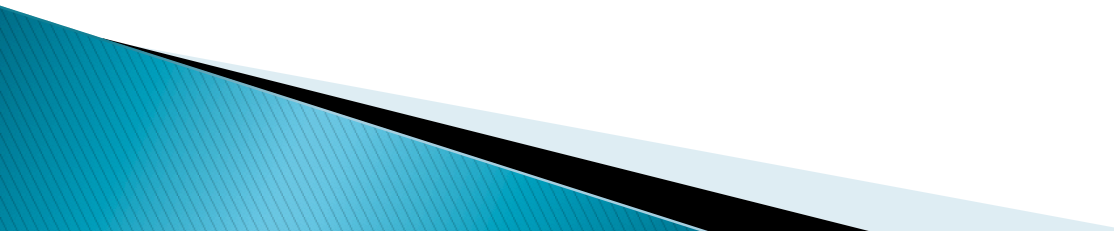
- ▶ El sistema nervioso se modifica con **el paso del tiempo a si mismo**, un mismo estimulo con mismas variables controladas hace que el SNC responda de forma distinta, por la variabilidad del SNC.
- ▶ Se acerca si se aleja del umbral de activación de forma variable.

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

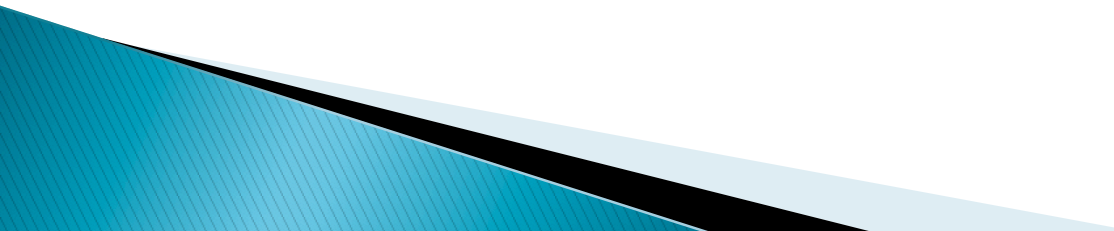
- ▶ Hipersensibilidad al dolor como resultado de un procesamiento central (SNC) anormal ante un input normal.
  - ▶ Con un input repetitivo, constante, podemos hipersensibilizar la segunda neurona sensitiva (sensibilización central) que en ausencia de input se manifestara el mismo dolor. Hay dolor en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

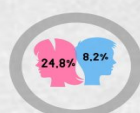
FUENTE: Observatorio del Dolor / Fundación Grünenthal - Universidad de Cádiz / Fundación Española del Dolor  
Tamaño de la muestra (N=1957)



En **1 de cada 4 hogares españoles** hay un adulto que padece DOLOR crónico



¿Quién sufre DOLOR CRÓNICO y a qué edades?



\* Entre 18 y 44 años



\* Entre 45 y 64 años

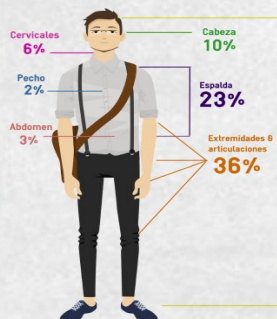


\* + de 65 años



Duración MEDIA del DOLOR = **10 AÑOS**

Localización del DOLOR



Dolor generalizado 19%

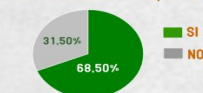


El DOLOR en el estado emocional del paciente...

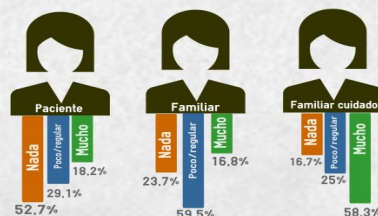
El DOLOR provoca TRISTEZA en el paciente



El DOLOR provoca ANSIEDAD O ANGUSTIA en el paciente



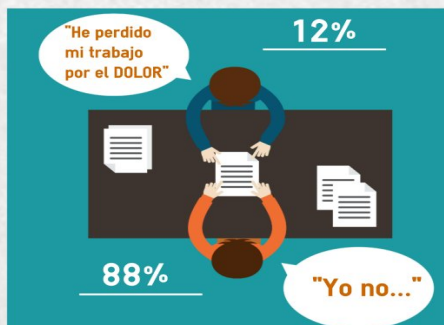
¿Cómo afecta el DOLOR al entorno familiar?



¿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?

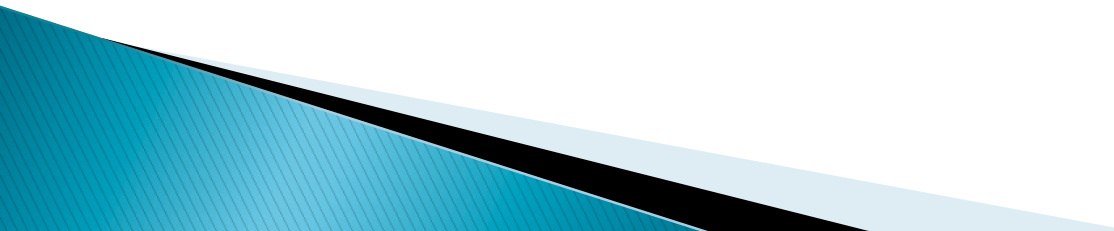


Número medio de consultas médicas relacionadas con el DOLOR al año : **3.5**

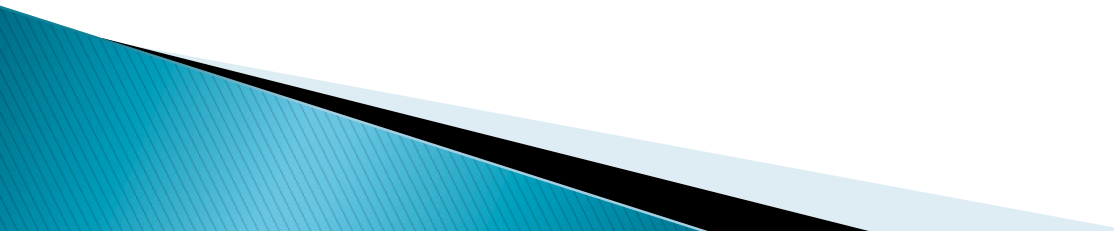




# DOLORES CRONICOS EPIDEMIOLOGIA

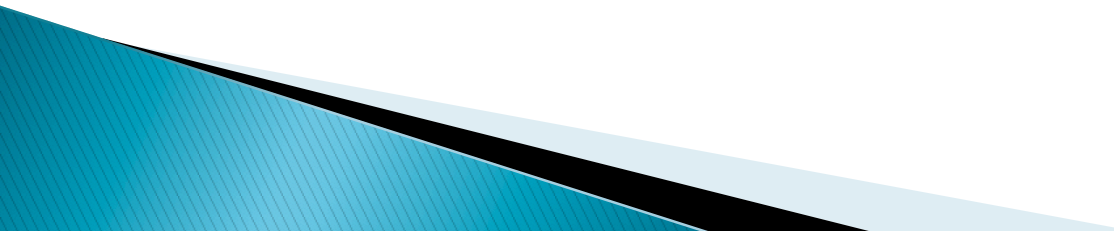
- ▶ El 10% del dolor crónico es Fibromialgia.
  - ▶ El 40% es dolor de la región pélvica (ginecología, urología)
  - ▶ Cefaleas / Migrañas (2ª causa D.C.).
  - ▶ Dolor lumbar, talalgia, fascitis plantar.
- 

# Dolor crónico (criterios diagnósticos)

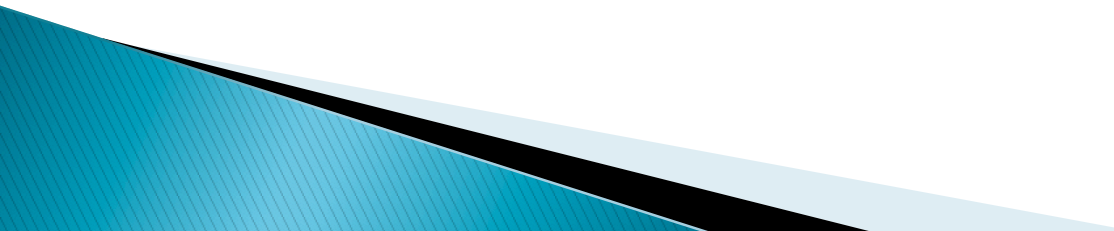
- ▶ – Más de 3 meses de duración (6 meses estudios)
  - ▶ – Dolor que perdura mas allá del tiempo de curación de los tejidos.
  - ▶ Historia natural de la HD (la media de reabsorción es de 6 meses)
  - ▶ – Radiculopatía mejoría después de 1– 5 años del debut
  - ▶ – Tendinopatias .Al cabo de 15 años,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

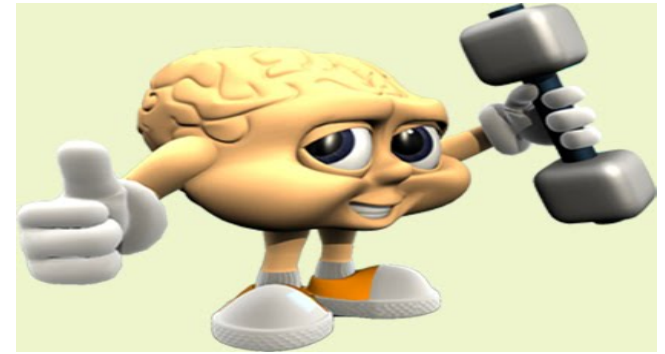
- ▶ El que presenta un carácter **intenso**, que se mantiene en el tiempo, alterando la vida del individuo, que deja de tener una **función protectora** y que, por el contrario, deteriora la salud y las **capacidades funcionales**, convirtiéndose en fuente de **Sufrimiento** y de discapacidad.
- 





# VISION DEL FISIOTERAPEUTA EN EL DOLOR

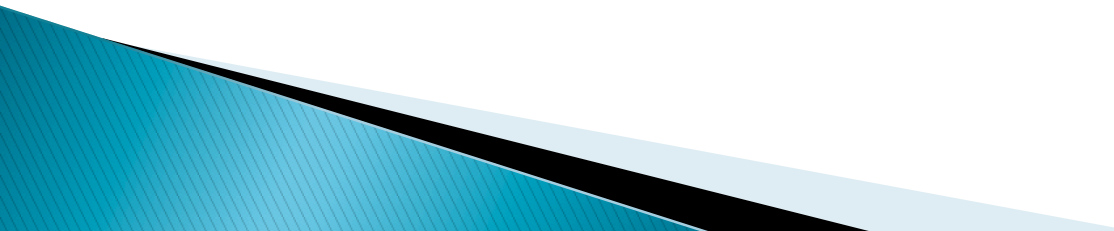
# Evidencia Científica neurofisiología y RHB



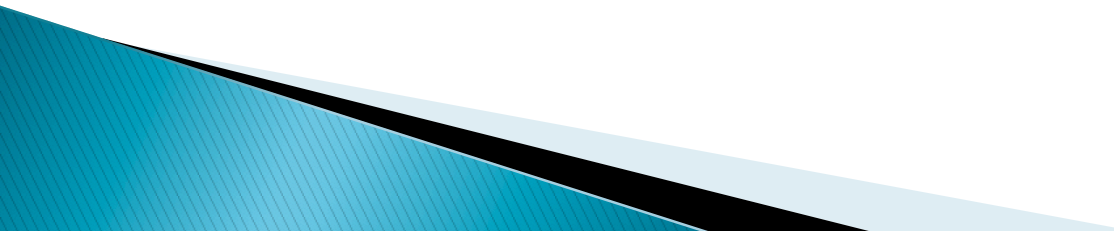
- ▶ **MOVIMIENTO = PRIMER ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO.** regula/modula el cuerno posterior medular (filtra mejor la información).
- ▶ **LA MOVILIZACION** (técnicas), estimula la vía moduladora descendente, genera la respuesta **PLACEBO** (neuromodulación)
- ▶ Con el ejercicio físico terapéutico (**progresivo, 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)

Amigos Fisioterapia

- ▶ **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).

Enemigos Fisioterapia



# Realismo = vivirlo con mejor actitud optimista posible.

EL DOLOR CRÓNICO PUEDE SER UNA REALIDAD EN TU PRESENTE  
PERO NO TIENE POR QUE 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: **arraigado**.
4. adj. Que **viene de tiempo atrás**.

*No es para siempre :D*

#diamundialdolor #realasethepain

#planBe  
FISIOTERAPIA

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

#diamundialdolor  
#releasethepain

@davidphisios

