

Dolor, experiencia y fronteras

Autoría: José A. Martín Urrialde

Afiliación: Doctor en Fisioterapia y Salud; profesor titular de la Universidad San Pablo CEU

TIPO	PÁGINAS	IDENTIFICADOR
Artículo de ciencias de la salud	241-254	TDL-75-2020-241-254

RESUMEN DOCUMENTAL

Revisión del dolor como experiencia subjetiva que integra dimensiones sensoriales, emocionales, sociales y culturales. El artículo recorre la evolución histórica del concepto, los datos de prevalencia, los mecanismos de dolor y los modelos contemporáneos de clasificación, con especial atención al dolor musculoesquelético. Defiende un abordaje clínico que supere la interpretación exclusivamente tisular y considere al paciente desde una perspectiva biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE

dolor · fisioterapia · modelo biopsicosocial · dolor musculoesquelético · salud · experiencia · clasificación del dolor

CITA BIBLIOGRÁFICA

José A. Martín Urrialde. «Dolor, experiencia y fronteras». Torre de los Lujanes, n.º 75, 2020, pp. 241-254. ISSN 1136-4343.

Dolor, experiencia y fronteras

Por
José A.
Martín Urrialde,
*doctor en Fisioterapia
y Salud y profesor
titular de la Universi-
dad San Pablo CEU*

Hablar del dolor o del placer, como límites alfa /omega de una sensación es hablar de la historia del propio cuerpo, una realidad que hasta el siglo XVIII no adquiere entidad propia, ya que hasta ese momento dolor y placer eran atribuciones del alma, intangibles, ligadas a múltiples creencias religiosas, mágicas etc.

El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño. **El dolor es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele**

Algunos datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017:

- El 30% de la población refiere haber padecido dolor en los días previos.

- El dolor aumenta con la edad, llegando al 42,6% de los mayores de 65 años.
- El dolor crónico tiene una alta incidencia, de la tercera parte de la población que refiere haber tenido dolor, el 60,5% lo padecía desde hacía más de tres meses.
- La mujer está más afectada que el hombre. 1/3
- La población joven padece más dolor de cabeza.
- La población mayor (> 65 años) padece más dolor en las extremidades inferiores.
- El 61,7% de las personas con dolor toman algún fármaco.
- Hay un 29% de auto prescripción ante la presencia de dolor.
- Incide en las relaciones de la vida diaria, 56%

Galeno en el siglo II a.d.C, nos habla del dolor pulsátil o inflamatorio, el dolor gravativo, o pesadez de órganos internos, y el dolor tensivo, expresión de la distensión de tejidos, o el dolor pungitivo, o dolor punzante de herida, una clasificación que aun hoy se usa con otros términos

Descartes indica que el dolor es una percepción del alma, y San Agustín asocia el dolor al pecado como castigo propio: el dolor de la Pasión, el dolor de los martirios el dolor de las agonías llevaba más rápidamente a la Gloria y a la redención de los pecados, los Misterios de Dolor de la Semana Santa son una prueba de la manipulación ideológica de un síntoma.

Surge una primera cuestión: debemos hablar de dolor o de sufrimiento: Si Paul Ricoeur nos recomienda el uso del término DOLOR para las afecciones de órganos corporales y SUFRIMIENTO para a la reflexión individual sobre el dolor, el filósofo Lavitalle refiere que el sufrimiento se puede ver, siendo la cara social del dolor, y este es un ente espacial y referido a un órgano o región.

El dolor es una conmoción sensitiva, es una experiencia subjetiva y personal, es una construcción social y cultural generada desde la infancia, un suceso que labra la memoria del cuerpo individual y por ende su historia y la de su propietario.

Y es que el dolor hoy en el siglo XXI se sigue expresando y midiendo por la experiencia individual, social, profesional, tejida de variables culturales y prejuicios, véase una muestra de la socialización del dolor:

Aquí una pequeña muestra a lo largo de los siglos:

- Donde hay mucho sentimiento, hay mucho dolor. Leonardo da Vinci
- Dad palabra al dolor: el dolor que no habla gime en el corazón hasta que lo rompe. William Shakespeare
- Déjame mi dolor, que alimenta mi pensamiento y fortalece mi alma. Jean Moréas
- El dolor, cuando no se convierte en verdugo, es un gran maestro. Concepción Arenal
- El dolor no es malo, a menos que nos conquiste. George Eliot
- El dolor que se calla es más doloroso. Jean Racine
- El hombre se acostumbra fácilmente al dolor. Es nuestra fuerza, por eso vivimos. Vicente Blasco Ibáñez
- Temía al dolor, hasta que aprendí que éste es necesario para crecer. Ernest Hemingway

Breve recorrido histórico del Siglo XVIII al XXI

El siglo XVIII fue el siglo de la medición de la sensación a partir de los avances en el conocimiento del Sistema nervioso que permiten entender el mecanismo de la sensibilidad y nocicepción.

Durante el siglo XVIII aparecen dos corrientes originales frente al dolor:

El **mesmerismo**, también conocida como la doctrina del «magnetismo animal», se refería a un supuesto medio etéreo postulado como agente terapéutico por primera vez en el mundo occidental por el médico Franz Mesmer proveniente de Alemania.

El vitalismo: Vivir es sentir, siendo frecuente las narraciones sobre el dolor y el sufrimiento del individuo como expresión de una fuerza vital en francés, que no es ni física, ni química, es identificada frecuentemente con el alma del que hablan muchas religiones., siendo Bichat su principal defensor.

El dolor/castigo que forja el carácter o el valor implícito al que soporta el dolor, hace de este siglo un periodo estéril y sobre todo negro en el entendimiento del dolor.

Sin embargo, se perfila otra corriente, que persigue reducir la sensación y por tanto el sufrimiento, precursor de la anestesia moderna

El padre **José Gumilla**, misionero jesuita y escritor, exploró la cuenca del río Orinoco y , además de otras obras, escribió en 1745, un libro, fundamental y de gran valor histórico sobre dicho río: «*El Orinoco ilustrado y defendido*», en el cual, dio una primera descripción del «veneno sutil llamado *ourari* (curare), su curiosa preparación y su acción casi instantánea».

En 1770 el sacerdote inglés, Joseph Priestley, descubre la mezcla de oxígeno y óxido nitroso (éter) por vía traqueal, y nace, así, la neumoterapia, difundiéndose por toda Europa durante este fin de siglo, no sin muchas muertes por las infecciones sobrevenidas.

Durante más de 20 años, se considera mortal el óxido nitroso, pero en 1796, Humprey Davy, ayudante de cirugía, decide aspirar el gas. En vez de fallecer, experimentó una serie de sensaciones pla-

centeras y extraordinarias, siendo reconocido como un precursor de la técnica.

El siglo XIX marca el definitivo asentamiento de la anestesia como solución para evitar el dolor y el sufrimiento, en una visión global del hombre. Este avance no fue fácil pues la teología imperante de corte vitalista, imponía la mortificación como una vía de perfeccionamiento individual y el dolor como herramienta, tan de moda a en el Renacimiento dieciochesco.

El desarrollo de los derechos humanos, la elevada mortalidad de la cirugía legitiman el desarrollo de la anestesia y la clase médica, la acepta no sin resistencias: la Academia de Medicina de París en 1828 ordena detener el uso de la anestesia, por la presión de médicos vitalistas como Magendie, que opinaba que «su pericia jamás podría competir con los beneficios de la anestesia la cual era degradante para el paciente, pues le robaba sus sensaciones y sus recuerdos»

Europa pierde el liderazgo y toma el relevo Estados Unidos, que perfecciona la técnica con destacados investigadores en Massachusetts y Boston, William Morton usa «*letheon*» (éter sulfúrico), en vez del ya conocido NO_2

El éxito se difunde por el mundo:

- Diciembre 1846; de Lamballe, Hospital Saint-Louis, París, Francia.
- Enero 1847: primera anestesia con éter en Alemania (J. F. Heyfelder).
- Febrero 1847: anestesia con «*letheon*» en Moscú (F. I. Inozemtsev).
- Febrero 1848: T. Billroth, primer cirujano que operó el abdomen abierto con anestesia general. Este hecho hizo de Viena la capital de la cirugía mundial.

- Marzo 1850; éter en Holanda por A. C. van Woerden.
- Abril 1851: primera anestesia, México,

El 28 enero 1847 Diego de Argumosa y de Obregón narra la primera anestesia con éter en Madrid, para drenar un absceso parotídeo.

Diego de Argumosa y Obregón nació el 7 de julio de 1792 en Puente de San Miguel, Santander. Su padre era cirujano. Realizó sus primeros estudios en la escuela del pueblo y el bachillerato en el Colegio de los Padres Escolapios de Villacarriedo.

Durante la guerra de la independencia estuvo atendiendo a soldados como practicante de la Sección Militar del Hospital de San Rafael, de Santander. Formó parte del Batallón Tercero de Tiradores de Cantabria. De esta etapa le quedó una lesión en el pie que le acompañaría el resto de su vida.

Tras la guerra, en 1814, obtuvo el título de bachiller en Alcalá de Henares. Ingresó después en el Colegio de San Carlos, de Madrid, licenciándose en cirugía médica. En 1820 obtuvo el título de doctor.

Fue el primero que utilizó en España la anestesia por inhalación. Sólo tres meses después de que los americanos William T.G. Morton y John C. Warren aplicaran este procedimiento en Boston, él ya contaba con cuatro casos de pacientes operados con anestesia de éter sulfúrico.

El 28 de enero de 1847 Argumosa daba noticia en el semanario médico *La Facultad*, de sus primeros casos en los que ensayó el éter sulfúrico para «adormecer» a los que habían de ser operados: un absceso parotídeo, un absceso en la parte anterolateral izquierda del tórax; una herida en la parte media del brazo izquierdo, y una oftalmía crónica, que había intervenido con anestesia etérea.

Para la administración del anestésico utilizó una vejiga de vaca que contenía una onza de éter unida a la boca del enfermo mediante una cánula metálica. Al paciente se le hacía respirar por la boca y para ello se le taponaban los orificios nasales con algodón. Argumosa no tardó en mejorar este aparato tan simple, de lo que dio noticia en el mes de abril también en *La Gaceta*: «Nuevo aparato para la inhalación etérea inventado por el Sr. Argumosa».

John Snow, publica su libro «Sobre la inhalación del vapor de éter», en Londres y escribió otro, llamado «Sobre cloroformo y otros anestésicos». Anestesió a 77 pacientes obstétricas pero fue el día 7 de abril de 1853 cuando J. Snow administra cloroformo a la Reina Victoria para dar a luz su octavo hijo, el príncipe Leopoldo, eliminando así el estigma relacionado con el alivio del dolor durante el parto.

Sin embargo, el cloroformo tenía grandes contraindicaciones y una elevada mortalidad, siendo sustituido por el uso de los opiáceos y sobre todo la morfina.

El auge de la morfina

Erróneamente se tiende a asociar el opio a la cultura china. El opio fue utilizado por el Imperio Británico como moneda de cambio en la importación de té durante el siglo XVIII

Sobre el año 1830 los británicos habían recaudado cerca de 12 millones de dólares al año y su consumo se disparó en los siglos XVIII-XIX: El rey Jorge IV fue tratado por dolores abdominales frecuentemente. Gente como Charles Dickens y Arthur Conan Doyle eran asiduos a su consumo.

Este periodo también es importante porque aparecen los primeros movimientos paradigmáticos sobre el dolor y su significación:

Schiff (1858), Donaldson (1882) y Von Frey en 1894 defienden que el dolor es una sensación equiparable a cualquier otro de los sentidos, perpetuando así la teoría de Avicena y Descartes dando pie a la **teoría de la Especificidad sensorial**

Otra teoría defendida por formulada por Erasmus Darwin y basada en el pensamiento Aristotélico, proponen como origen del dolor la excesiva estimulación del sentido del tacto, presión, frío o calor, originando la **Teoría de la Intensidad**.

De ambas hoy en día sigue vigente la **teoría de la Especificidad sensorial** revisada en los estudios posteriores de Melzack y Wall (1960).

Melzack y Wall publicaran la teoría del Gate Control en 1965, reconociendo al sistema nervioso como un modulador de la información sensorial tanto en las sinapsis primarias como en el cerebro. Describieron también las vías nerviosas del dolor y establecieron la existencia del sistema nervioso central y periférico.

Siglo XX

El siglo XX marcará el final del uso de la morfina ya la llegada de nuevos fármacos y paradigmas en el control del dolor

En 1900. Schlosser inicia la «fenolización» de nervios periféricos como analgesia y sintetiza el primer anestésico local sintético: la novocaína en 1904.

Sera un siglo convulso con varias guerras mundiales y regionales, que sacuden al ser humano, pero que instigan a los científicos a avanzar en la investigación de nuevas modalidades de atajar el cruento dolor de las heridas bélicas y sus secuelas.

En 1921, el cirujano español, Pagés, propone bloqueos peridurales lumbares, dándoles el nombre de «anestesia metamérica» y en

1932, Delorme ensambló el primer aparato de anestesia con vaporizadores para éter, cloroformo y cloruro de etilo, tanques de O₂ y CO₂, y una marmita para cal sodada: es el primer paso de los administradores automáticos de anestesia en uso hoy en día.

Debido a la catastrófica II Guerra Mundial, Beecher investigó la respuesta al placebo (1946), así como observaciones sobre el dolor en los heridos: sus publicaciones abren el debate sobre el dolor como un producto de factores físico-psíquicos

En 1953 Bonica publica un libro de 1.500 páginas exclusivamente sobre tratamiento del dolor «The Management of Pain», permaneciendo hoy en día como referencia a nivel mundial, al tiempo que inaugura la primera unidad dedicada al tratamiento del dolor en el Madigan Army Hospital en Tacoma, Washington

España tendrá un papel destacado en el avance del abordaje del dolor con las aportaciones de Arroyo que, introduce la neuroleptoanalgesia, combinando fentanilo y dehidrobenzoperidol, allá por el año 1959, actividad que se continuará con los trabajos de Madrid Arias en el Servicio de Anestesiología y Reanimación de la Clínica de la Concepción, Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

En el año 1982 se crea una Unidad Piloto para el Estudio y Tratamiento del Dolor en el Hospital 12 de octubre, Madrid. Las unidades de dolor surgieron como un intento de afrontar las diferentes formas de presentación del fenómeno «dolor agudo» especialmente por el problema que plantea el dolor postoperatorio.

Siglo XXI

El dolor ha sido un problema que el estamento sanitario ha minimizado pues no existen intervenciones seguras y eficaces para su

control fuera de la anestesia: el Dolor crónico es una realidad no solo clínica sino social que ha ido incrementando su protagonismo a lo largo del siglo actual.

El dolor hoy se le define como Una **experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, es una enfermedad por sí misma.** Esta definición, promovida desde la IAP (International Association of Pain) contempla no solamente aspectos sintomáticos, sino que establece condiciones para que el dolor constituya una enfermedad «per se», sentando las bases para el reconocimiento del Tratamiento del Dolor como un Derecho Humano Fundamental,

La Federación Europea del Dolor que representa a 20.000 profesionales de la salud e investigadores en el campo del dolor, propone definir el dolor crónico como una enfermedad desde 2001.

Sin embargo, el dolor Crónico, en este siglo se ha ligado, ante el desconocimiento inicial, a explicaciones pseudocientíficas relacionadas con entender el síntoma doloroso como expresión de conflictos irresueltos o tipos de personalidad, desarrollándose una innumerable gama de terapias no convencionales, sin evidencia alguna y con elevada peligrosidad.

¿Cuáles son los actuales enfoques del dolor que, desde la evidencia científica, se deben oponer a otras tendencias de moda acientíficas en este siglo?:

- Investigación en desarrollo de nuevos moduladores como la proteína Nav1.7, que regula la apertura o cierre de canales nociceptivos, es decir, captadores de dolor.
- Uso de capacidades cognitivas del individuo para el control del dolor: es sin duda la gran revolución.

- El dolor crónico genera un gasto cercano al 3% del PIB, y principalmente se ha tratado siempre con fármacos, en muchas ocasiones con resultados muy pobres. La comprensión del dolor como respuesta cerebral a un posible daño real o potencial es una de las primeras informaciones que recibe el paciente.
- Estos nuevos métodos se centran en describir los cambios que ocurren en el sistema nervioso de los pacientes y que son responsables de la cronificación, los cuales repercuten en la funcionalidad, generando en muchas ocasiones altos niveles de discapacidad.
- La intervención activa del paciente es fundamental porque se convierte en protagonista de su recuperación a través de la educación sanitaria y ejercicio físico adaptado por el fisioterapeuta a su situación.

Con estos avances el clásico modelo pato-anatómico clásico, basado en la patología, ha dado paso a un nuevo modelo biopsico-social del dolor y de la discapacidad como una interacción dinámica entre el sujeto individual y factores contextuales.

El dolor es, por tanto, la consecuencia de la interacción entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales en respuesta a una situación de distrés.

El modelo más referenciado es el de Waddell: la experiencia dolorosa abarca 5 niveles interrelacionados:

- Dolor
- Creencias
- Distrés psicológico
- Conductas de dolor
- Entorno social

Por ello el dolor se considera hoy como una experiencia subjetiva vivencialmente compleja, que abarca tres dimensiones:

- • Sensorial Discriminativa: transmite la estimulación dolorosa, describe su intensidad y características espaciotemporales.
- • Afectiva Motivacional: vivencia del dolor como desagradable y aversivo, capaz de provocar ansiedad y alteraciones de las respuestas emocionales del sujeto, así como de motivar conductas de huida.
- • Cognitivo Evaluativa. El papel que pensamientos, creencias, atribuciones, significado y valor tienen sobre el dolor.

Aspectos Éticos del dolor

Sin duda los avances actuales han abierto un gran debate ético sobre los límites permisibles o no en la terapia del dolor, puesto que el mismo no solo debe ser considerado como un síntoma, sino como una enfermedad y por lo tanto un sufrimiento individual.

La humanización de los sistemas sanitarios permite ajustar la práctica del profesional sanitario teniendo en cuenta la interseccionalidad de factores que intervienen en la toma de decisiones tanto por su parte, como por la de su paciente, siendo este último el centro del proceso

De esta forma, hoy se asumen algunos principios éticos:

- No es ético dejar sufrir a alguien por ignorancia, temor, creencias erróneas o mala teología.
- No es ético instruir a las nuevas generaciones de sanitarios en el tratamiento del dolor sólo desde el punto de vista científico,

sin considerar dimensiones culturales, sociales, psicológicas y humanas,

- No es ético que las autoridades e instituciones pongan trabas para la consecución, distribución y entrega de las drogas necesarias para aliviar el dolor, sobre todo los morfínicos.
- No es ético causar más dolor que el estrictamente necesario con el fin de corroborar diagnósticos o resultados investigativos.
- No es ético engañar, con la administración de placebos, al paciente que sufre.
- No es ético dedicar la mayor parte de los recursos a la investigación de las enfermedades, dejando de lado el alivio del dolor y la asistencia a los enfermos terminales.

Lecturas complementarias

Gifford L, Thacker M, Jones M. Physiotherapy and pain. En: McMahon S, Koltzenburg M, editores. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5 ed. Philadelphia: Philadelphia; 2006. p. 603-617. 3.

Torres-Cueco R. Aproximación biopsicosocial del dolor crónico y de la fibromialgia. En: Salvat IS, editor. Fisioterapia del Dolor Miofascial y de la Fibromialgia. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía; 2009. p. 78-110.

OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001

Weisberg MB, Clavel AL, Jr. Why is chronic pain so difficult to treat? Psychological considerations from simple to complex care. Postgrad Med 1999; 106(6): 141-2, 145-8, 157-60;

- Smart KM, Blake C, Staines A, Thacker M, Doody C.** Mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain: part 3 of 3: symptoms and signs of nociceptive pain in patients with low back pain. *Man Ther* 2012; 17(4): 352-7
- Schotsmans PT.** Integration of bio-ethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies. *Acta Bioethica* 2005;11