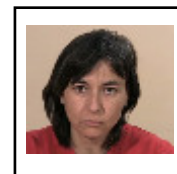


SALA 5

YOLANDA CASTELLOTE CABALLERO

Fisioterapeuta. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España



INNOVACIÓN Y MEJORA EN LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS INTEGRALES EN FISIOTERAPIA

Dra. D^a Yolanda Castellote Caballero
Fisioterapeuta.
Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"
Granada
España

La fisioterapia en los últimos años ha experimentado un salto cualitativo como disciplina dentro de las ciencias de la salud gracias a la búsqueda de evidencia científica en sus actuaciones.

El dolor musculoesquelético es el campo de actuación fundamental del fisioterapeuta, y el conocimiento actual acerca de los procesos que subyacen en la experiencia de dolor, aporta un importante cambio en la visión de la evaluación y tratamiento del paciente.

Gracias a los nuevos avances en neurociencias, sabemos que el dolor no siempre está acompañado de alteración estructural en un tejido, y que además, una lesión estructural en un tejido, que estimule a los nociceptores no es condición suficiente para provocar dolor.

La visión mecanicista del proceso doloroso y la aplicación de técnicas pasivas más o menos especializadas por parte del fisioterapeuta, provocan resultados desalentadores cuando nos enfrentamos a pacientes con cuadros complejos de dolor.

Es necesario un nuevo paradigma, tanto en la concepción del dolor como en los planteamientos evaluadores y terapéuticos.

Comencemos definiendo el dolor experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a daño real o potencial en un tejido o descrito en términos de dicho daño
Esta definición, en ningún caso establece la asumida causa inequívoca patoanatómica en la génesis del dolor.

Pero sigamos avanzando con algunos datos epidemiológicos:

Aproximadamente el 20% de la población europea sufre dolor crónico, en la mayor parte de los casos, dolor lumbar crónico si el dolor es de moderado a severo.

Aproximadamente el 20% de la población europea sufre dolor crónico, en la mayor parte de los casos, dolor lumbar crónico si el dolor es de moderado a severo según el estudio de Brevik de 2006.

Por otra parte, ya en el 1997, Becker publica que el dolor crónico es un trastorno multifactorial que abarca componentes tanto físicos como psicológicos, como ansiedad, movilidad reducida, alteraciones del sueño y del apetito y depresión. Trabajos como los de McDermott, Dunn o Carmona, muestran que los pacientes con dolor crónico, presentan reducciones mesurables de su calidad de vida así como una importante limitación laboral y de la función social, además de ser una carga socioeconómica muy importante para los sistemas sociales.

En el caso de nuestro país, un importante estudio publicado en el Journal of Medical Economics en 2011 muestra los siguientes datos:

El 17,25% de la población (más de 6.000.000 de personas) sufre algún tipo de dolor crónico

Por sexos: 51,53% son mujeres y 48,4% son hombres.

Las más afectadas son mujeres entre 51 y 57 años que viven en entornos urbanos y suelen tener sobrepeso.

La duración del dolor varía entre 6 y 14 años.

A pesar de haber sido atendidos, hasta en un 60% de los casos, los pacientes no están satisfechos con el tratamiento recibido ni con el resultado obtenido.

Existe una alta comorbilidad en estos pacientes.

Dolor musculoesquelético 49% del absentismo laboral y 60% de las incapacidades permanentes

El más prevalente el dolor lumbar crónico

En función de los datos mostrados en las dos últimas diapositivas, podemos afirmar que:

El dolor es una condición común que es la principal fuente de sufrimiento y discapacidad en los pacientes en todo el mundo y tiene un impacto considerable en la calidad de vida. Esta condición tiene directas consecuencias sociales y también los costes directos socioeconómicos.

La diferenciación entre los conceptos agudo y crónico en el caso del dolor, no puede ser exclusivamente una cuestión de tiempo. Si consideramos que un esguince de tobillo produce dolor agudo, directamente relacionado con los cambios tisulares y el proceso inflamatorio, el cerebro concluye que hay estructuras vulnerables y en peligro y actúa en consecuencia, poniendo en marcha además mecanismos de reparación. Si pasado el tiempo necesario para la resolución del proceso inflamatorio y la reparación del tejido afectado, nuestro paciente sigue teniendo dolor importante que se va ampliando a otras zonas, miedo a realizar determinados movimientos y dificultades para seguir con sus actividades habituales, descartando cualquier otra causa estructural que lo justifique, podemos plantearnos que algo no va bien en el procesamiento de la información de ese sujeto por parte de su cerebro.

En qué términos podemos definir al dolor crónico:

- Afectación de la capacidad funcional del individuo
- Impacto en sus relaciones afectivas y sociales
- Suponer dificultad en su tratamiento
- Gran consumidor de recursos
- Dolor de carácter severo
- Que se generaliza
- Complejidad
- Comorbilidad existente

Los cambios en los tejidos, son una consecuencia en muchos casos del paso del tiempo, y no tienen por qué doler. Si hacemos resonancias magnéticas a pacientes de edades similares, de contextos sociales similares, observaremos que no habrá grandes diferencias en los hallazgos con respecto a la situación de sus discos intervertebrales, pero nos encontraremos con pacientes sin dolor con daño discal y pacientes con mucho dolor que no tienen más afectación que los anteriores, y lo mismo ocurre con la afectación meniscal y el dolor de rodilla.

Ya comenté al principio de esta exposición, que dolor no es igual a daño. El dolor tal y como dice L. Moseley, es una respuesta normal ante cualquier estímulo que el cerebro interpreta como una amenaza: es el cerebro el que decide siempre si algo duele o no duele.

A partir de las pinceladas que acabo de dar con respecto a criterios relacionados con el dolor, también es momento de recordar otro hecho importante, y es que el sistema nervioso puede ser fuente de dolor en sí mismo, y por tanto tendremos que hablar de dolor neurogénico.

La mayor parte de los autores consideran que todo el dolor neurogénico periférico es neuropático (disestésico), ya que el considerado dolor neurogénico periférico troncular, consecuencia de la estimulación por vía mecánica, térmica o química de los receptores de un tronco nervioso periférico, es de características nociceptivas.

¿Cómo diferenciar clínicamente un dolor nociceptivo de uno neuropático periférico y del dolor relacionado con procesos de sensibilización central? Básicamente, en un dolor nociceptivo existe proporción entre estímulo y respuesta, tanto en intensidad como en tiempo de duración del dolor.

En el dolor neuropático, la percepción es de dolor punzante, quemante, lancinante, y además, intenso. El mecanismo de producción, aunque no siempre es previsible, está relacionado con la puesta a tensión del tejido nervioso implicado.

Un paciente con sensibilización central o con alteración en sus mecanismos de procesamiento, presenta un cuadro de dolor generalizado, con alodinia e hiperalgesia, impredecible en su mecanismo de producción, de carácter severo, con acompañamiento de otros factores psicosociales (catastrofismo, angustia) y escasa respuesta al tratamiento fisioterápico convencional.

BIBLIOGRAFÍA

Breivik, H et al (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10, 287-333.

Langley, PC et al (2011). The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *Journal of Medical Economics*, 14 (3), 367-380.

Becker, N et al (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 79, 393-400.

McDermontt, AM et al (2006). The burden of neuropathic pain: results from a cross-sectional survey. *Eur J Pain*, 10, 127-135.

Dunn, KM and Croft PR (2004). Epidemiology and natural history of low back pain. *Eur Medicophys*, 40, 9-13.

Carmona, L et al (2001). The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*, 60 (11), 1040-1045