

¿POR QUÉ SIGUE DOLIENDO?

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Breve guía para pacientes



Texto e ilustraciones por Elena Giménez (@doto_eg)

¿POR QUÉ SIGUE DOLIENDO?

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

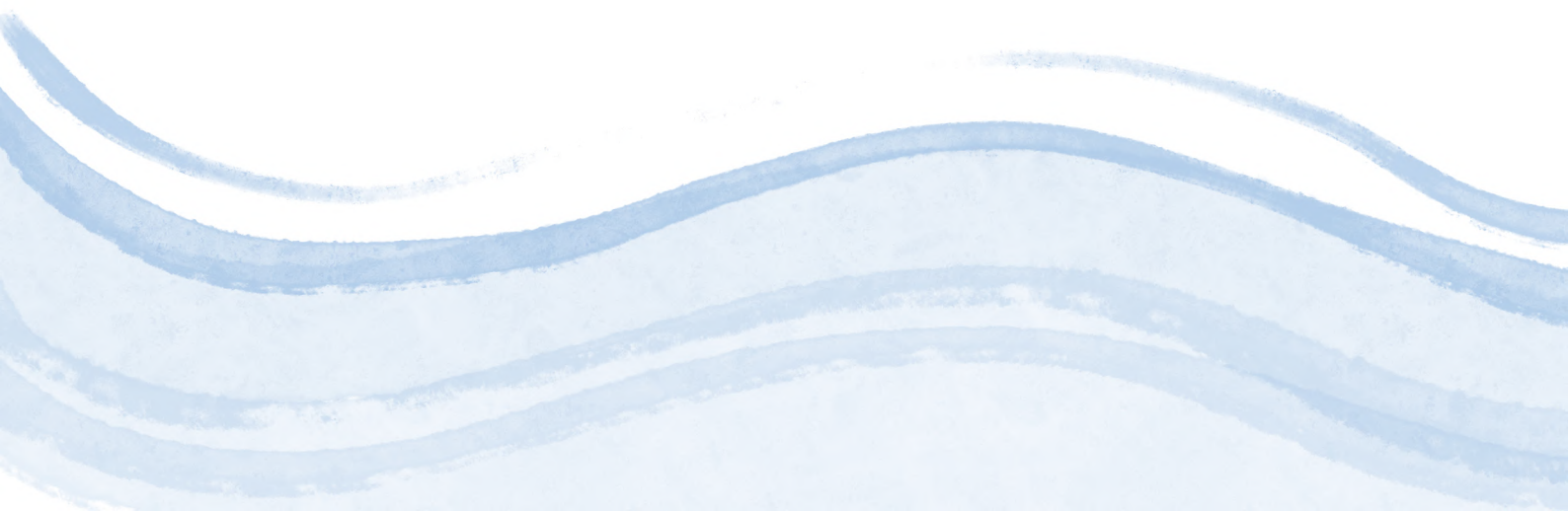
Breve guía para pacientes

AUTORA: Elena Giménez Girona

TFM dirigido por Juan Sánchez-verde Bilbao.

Máster en Medicina Gráfica de la UNIA

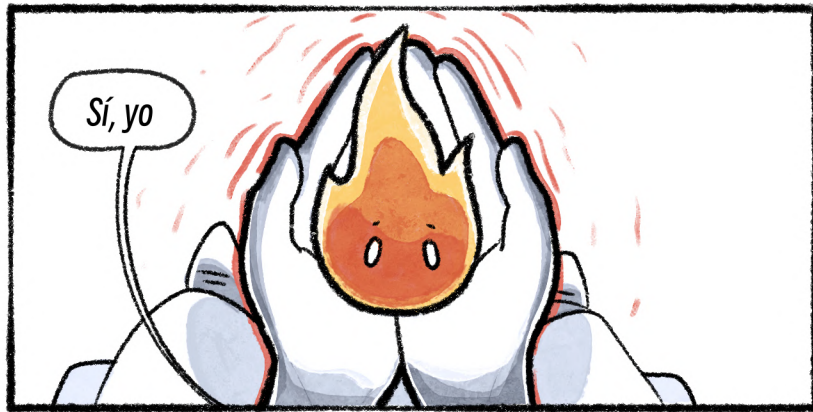
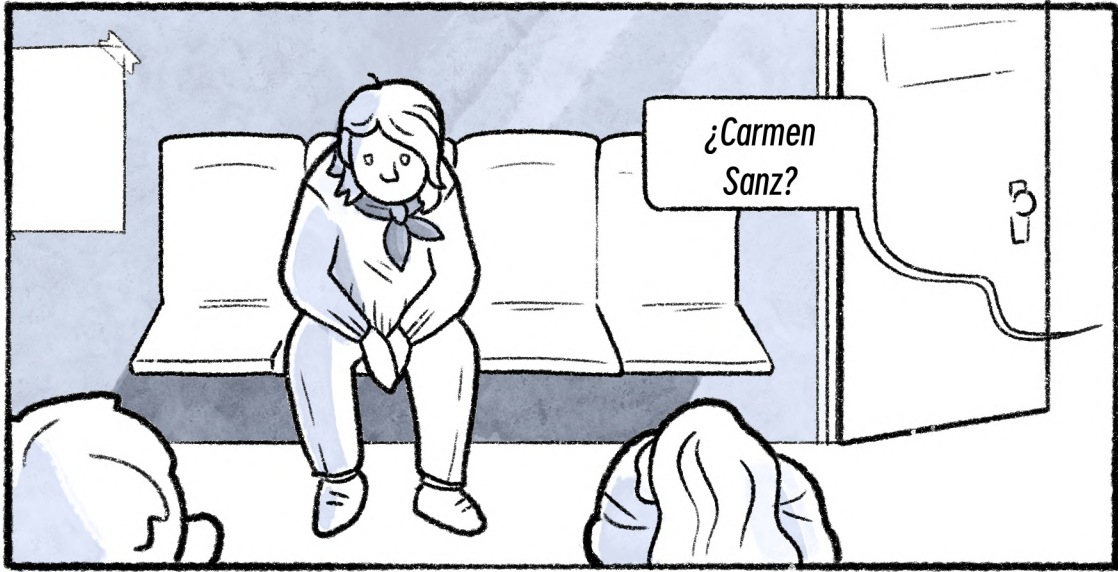
*Gracias al equipo de Medicina gráfica y todo
el profesorado que ha trazado el camino
hacia este trabajo.*



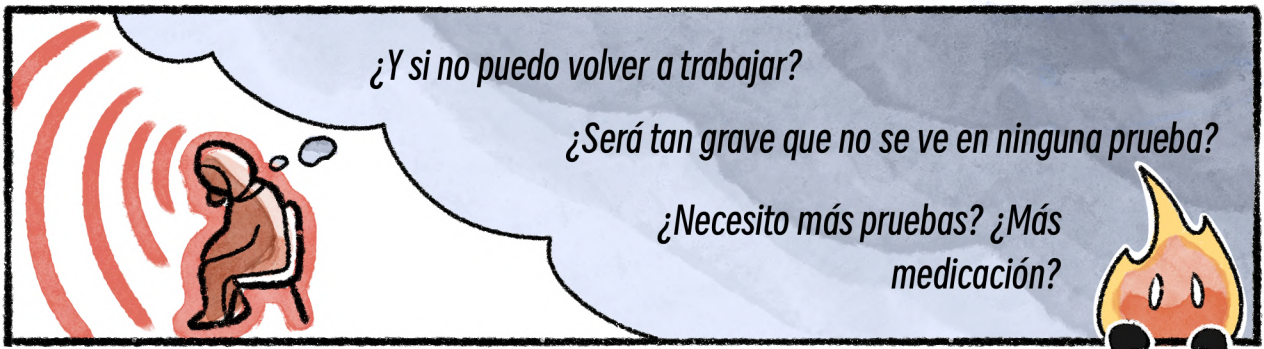
Revisado y avalado científicamente por la Sociedad Andaluza de Médicos de Familia (SAMFYC)

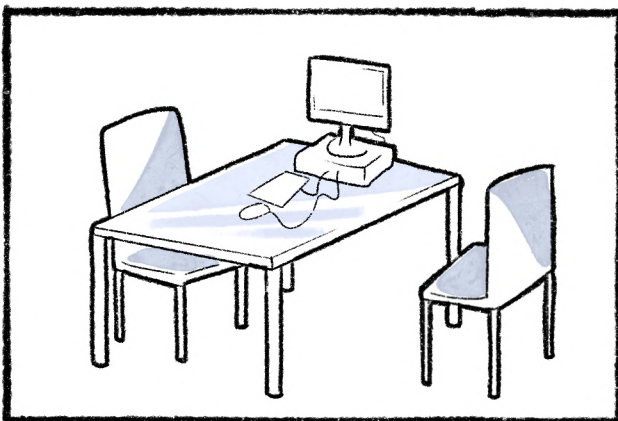
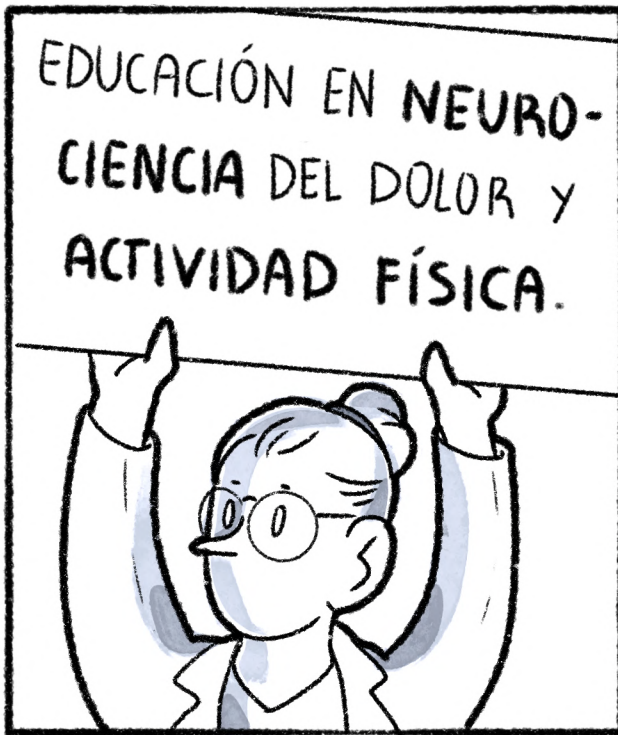
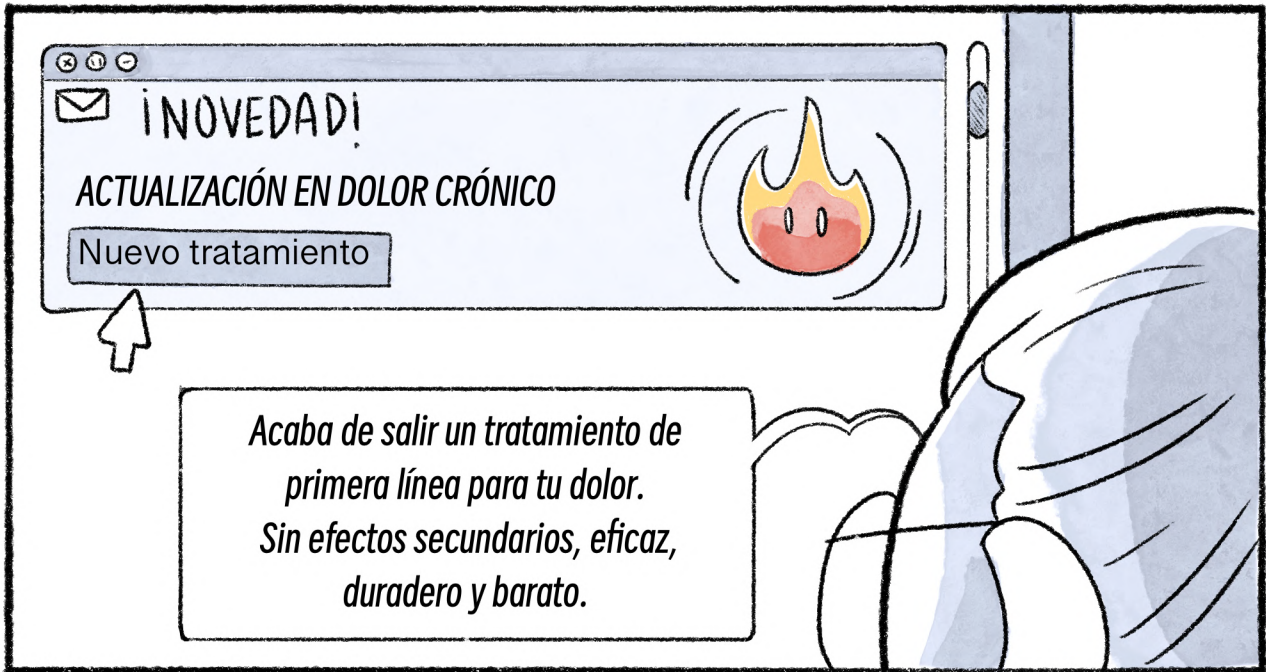


¿POR QUÉ SIGUE DOLIENDO? Dolor Crónico No Oncológico. Breve guía para pacientes © 2024 by Elena Giménez Girona is licensed under **CC BY-NC-SA 4.0**. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



CONSULTA
8





1- EDUCACIÓN EN NEUROCIENCIA DEL DOLOR

1.1- ¿Cómo funciona el dolor?



Si un soldado puede seguir luchando a pesar de las heridas... ¿por qué un pequeño golpe en un dedo duele tanto? Eso es porque el **dolor es una respuesta de tu cerebro para protegerte.**

Si el cerebro detecta una **amenaza**, puede generar dolor para apartarte de ella. Pero si cree que lo mejor para tu **supervivencia** es salir corriendo, anulará esa respuesta y no lo sentirás.



¿Entonces mi dolor es psicológico?

No, tu dolor siempre es real.



Significa que tiene muchísimos componentes y que el daño en el tejido solo es uno de ellos (y ni siquiera el más importante).

1.2- ¿Cómo se percibe el dolor?

Por un lado tenemos **El Circuito Sensorial**, la autopista por la que viajan todos los estímulos desde los sensores hasta el cerebro, pasando por la médula.



SENSORES

Reciben estímulos por todo el cuerpo y están muy especializados.



¡SONIDO!



¡TACTO!



¡LUZ!

¡A más sensores, más sensibilidad!



CEREBRO

Recoge información de sensores y médula, la interpreta y la integra.



MÉDULA

El cerebro puede modular cómo recibe y transmite información.



Los **sensores** están en todo el cuerpo, puede variar su número (tu sensibilidad) según las necesidades. Algunos recogen información de tejidos periféricos (piel, músculos...) y de órganos de los sentidos (luz, sonido...).

La transforman en **impulsos eléctricos** y la envían a la médula. La **médula** puede enviar información al **cerebro** y recibir información y señales del mismo.



SENSORES



No tenemos **“sensores del dolor”**, pero si un sensor detecta un estímulo potencialmente peligroso (por ejemplo, un ruido fuerte o un golpe) mandará una señal de **alarma** a la médula.



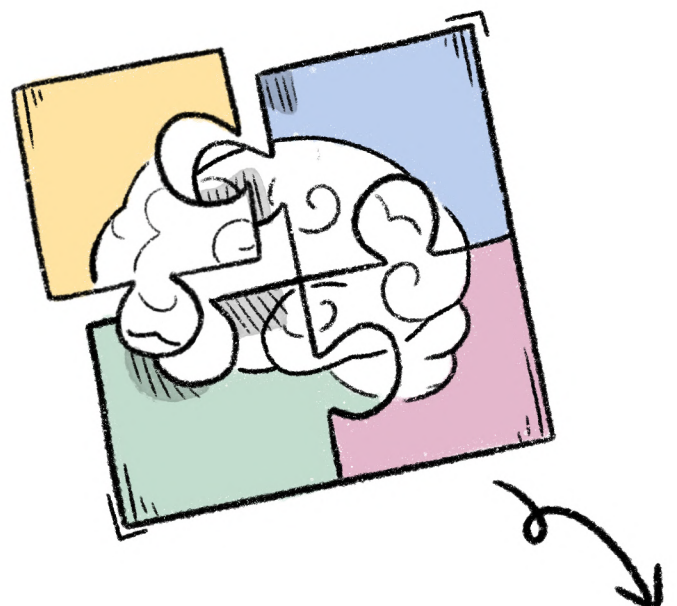
Unas pocas “alarmas” no son suficientes para activarla. La médula sigue la **ley de “todo o nada”**, es decir, si el estímulo es tan fuerte como para activar a muchos sensores y el número de “alarmas” de los sensores supera el umbral, la médula sí se activará y mandará señales de **“alarma” al cerebro** para avisar del peligro.

MÉDULA



CEREBRO

El cerebro está formado por células conocidas como **neuronas**, conectadas en una red inmensa. Cada **área cerebral** es un grupo de neuronas especializadas en determinadas funciones (sensibilidad, vista, emociones...).

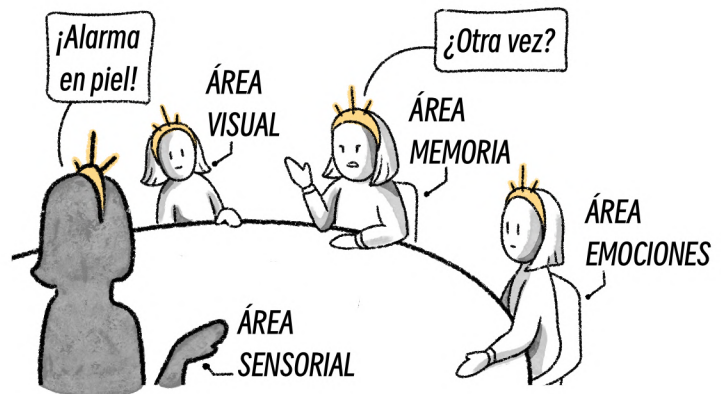




El cerebro puede recordarte a un puzzle con muchas piezas, pero funciona más bien como una reunión. Las **áreas cerebrales** se relacionan y comparten la información que reciben para crear una **historia común** de lo que ocurre.

Cuando te lesionas, ese mensaje de los tejidos **se integra** en el cerebro con otra información importante (recuerdos, miedo...).

Todo eso **influye en tu dolor**, sea cual sea el daño.



Aunque la **percepción de amenaza** (la historia común que construye tu cerebro) es **subjetiva**, el **dolor** (la respuesta protectora) siempre es **real**.

Sobre esa historia común, tu cerebro tomará decisiones para protegerte.



1.3 - ¿Amenaza sí o no?

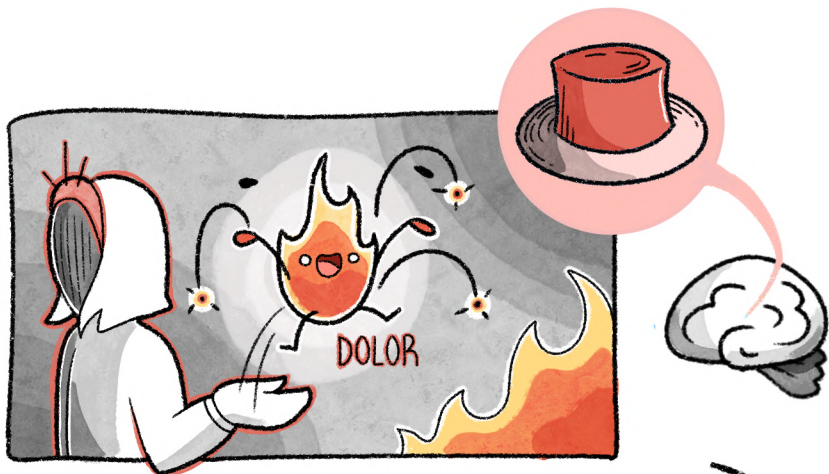
SI NO PERCIBE PELIGRO:

Enviará señales de calma a la médula para desactivar el circuito y no sentirás dolor.



SI PERCIBE PELIGRO:

Y decide que generar dolor es lo mejor para tu **supervivencia**, generará dolor. La **percepción de amenaza** (y el dolor) dependen de muchos factores.



El dolor se construye con tu pasado, tu presente y tu futuro.

Puede ser que tu cerebro perciba amenaza porque **recuerde** eventos del pasado de los que quiere protegerte.



Puede influir la **gravedad** del daño en los tejidos o la forma en que se habla de ello (**efecto nocebo**)¹

O que el miedo a las **posibles consecuencias** haga que se anticipe.



El daño en el tejido es algo objetivo, pero el dolor y su intensidad son subjetivos (depende de cada persona). **La intensidad del dolor no es igual a "daño"**, pero sí se relaciona con la "**percepción de amenaza**" que tiene el cerebro.



¹ - **Efecto nocebo**: aparecen efectos negativos solo por creer que van a ocurrir. La forma en que los profesionales de la salud transmitimos información puede empeorar la sensación de amenaza y, con ello, tu dolor. Por ejemplo, describiendo una radiografía con cambios degenerativos asociados a la edad como "catastrófica" o "patológica".

Por otro lado, el cerebro **hiperactivará el circuito** para anticiparse a cualquier amenaza. Tus sensores y tu médula serán expertos en enviar señales y serás **más sensible al dolor**.



La hiperactivación desaparece según se cura la lesión, pero algunos factores pueden mantenerla. Esto se llama **SENSIBILIZACIÓN CENTRAL** y puede influir en tu dolor más que la lesión inicial.

2 - DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Cuando te lesionas, el dolor protege el tejido dañado evitando que lo muevas.



Al principio duele mucho, pero **disminuye según se cura** la lesión hasta desaparecer.

Algunos dolores **persisten**. No duele igual todos los días y no mejora aunque el **tejido haya tenido tiempo de curarse**.

A esto le llamamos **DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO**: cuando ha pasado tiempo suficiente para que tus tejidos se curen (unos **3-6 meses**), pero el dolor sigue ahí.



Esto no significa que la lesión siga o haya empeorado.

Sino que puede haber otros factores (recuerdos, situación vital compleja, emociones...) que lo perpetúan.

2.1 - Hay varios tipos de dolor.



Dolor **bien localizado**, punzante, como cuando te das un golpe.

Es un dolor **difuso**, mal localizado, a veces con náuseas. Como un dolor de barriga o un cólico.

Aunque alguno predomine, pueden coexistir varios tipos de dolor.

Dolor de un nervio. Puede doler toda la zona que inerva aunque la lesión no esté ahí, como una ciática. Hay “**sensaciones raras**”, como hormigueo o quemazón.

Asociado a la **Sensibilización Central**. Puedes notar más dolor en todo tu cuerpo (**hipersensibilidad**) o que estímulos que no deberían doler, como un roce, te causen dolor (**alodinia**).

Catastrofismo

Además, puedes tener **pensamientos negativos** como “no voy a curarme nunca” o “no voy a poder trabajar”.



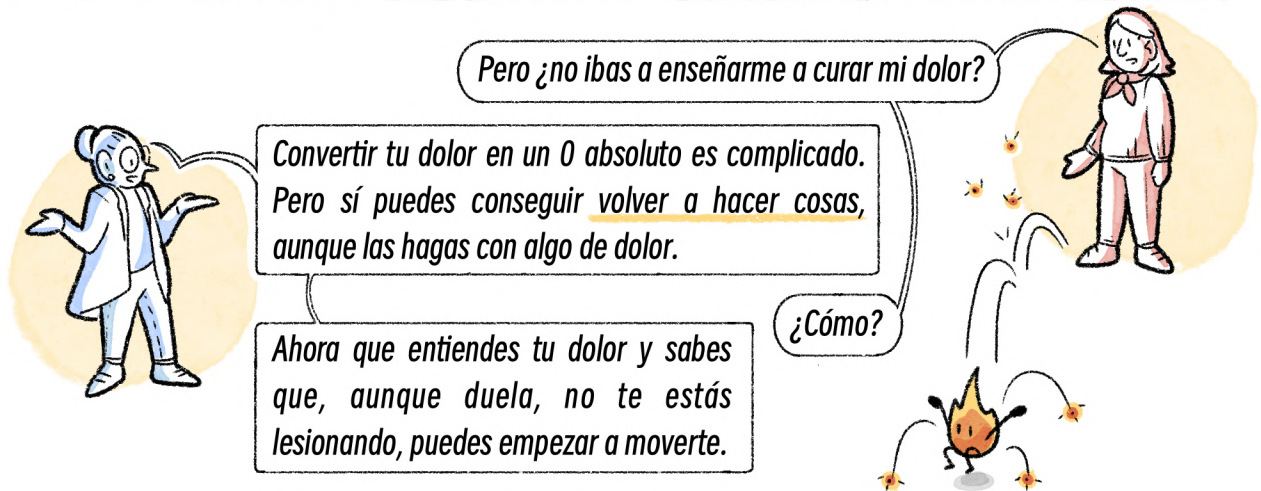
Kinesiofobia

También puedes **dejar de mover** alguna parte del cuerpo por **miedo** a que aparezca el dolor



No solo acompañan a ese dolor tan rebelde, sino que pueden empeorarlo porque **aumentan la sensación de “amenaza”** que percibe tu cerebro.

3- REAPRENDIENDO A MOVERTE



3.1 - Empieza conociendo tu dolor.

¿Qué quieres o necesitas volver a hacer? Puede ser ir a la piscina, jugar con tu hijo...

El objetivo es que vuelvas a hacerlo, aunque haya dolor.

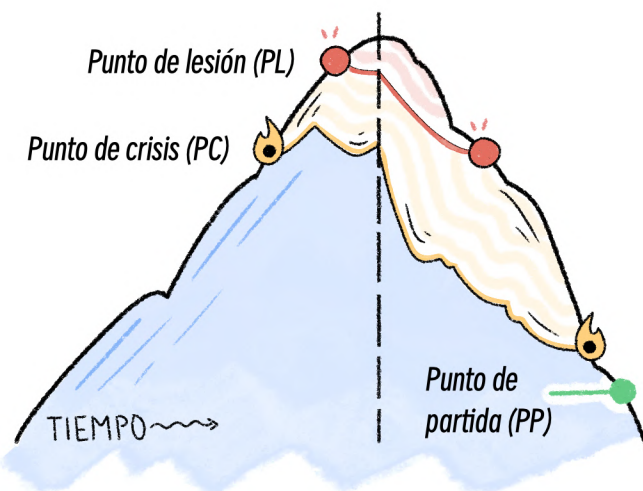
Punto de partida: la actividad que puedes llegar a hacer sin causar una crisis de dolor.

Planifica tu progresión desde ahí: hazlo fácil, de menos a más.



3.2 - Rehabilitación progresiva.

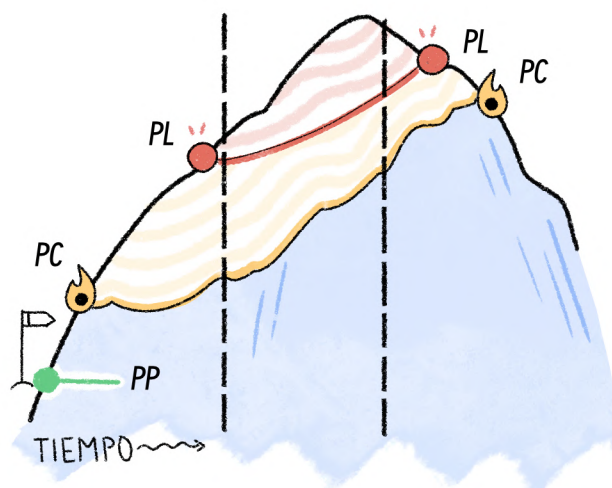
Si una actividad es demasiado intensa, puede dañar tus tejidos (**punto de lesión**). Por eso sientes dolor (**punto de crisis**) si la intensidad se acerca a ese punto.



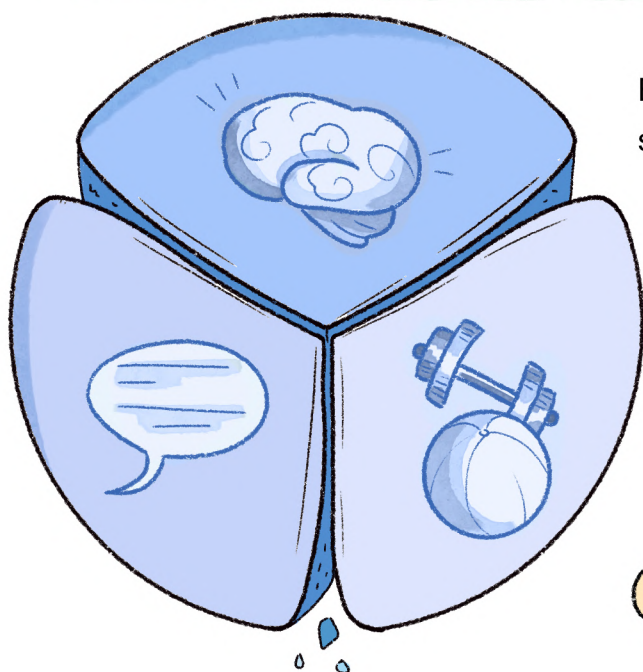
Tu **punto de crisis** y tu **punto de lesión** ahora están muy separados: tu dolor te **avisa mucho antes** de llegar a la intensidad que podría lesionarte, tu **sensibilidad está aumentada**.

Además es más fácil una lesión porque, tras el reposo, los tejidos están **desacondicionados** (tu **PL** "baja").

Con **rehabilitación y ejercicio graduales** puedes **reacondicionar** tu cuerpo (*mejora la tolerancia de los tejidos, “sube” el PL*) y disminuir la percepción de **amenaza** (*disminuye la sensibilidad, el PC se acerca al PL y se reduce la zona de dolor*). Lo importante es ir poco a poco: *“Siempre haz más de lo que hiciste ayer pero no mucho más”*¹.



4 - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



El **tratamiento de elección** se basa en lo siguiente:

Entender cómo funcionan: educación en dolor, psicoterapia.

Volver a moverte: rehabilitación, terapia física.

¡Además, esto mejora el **catastrofismo** y la **kinesofobia**!

Vale pero... ¿Y la morfina?



Los **fármacos son siempre un complemento** del tratamiento principal. Pueden ayudar a veces bajando la inflamación, estabilizando lesiones nerviosas, anulando el circuito del dolor en algún punto...



Los opioides (como la Morfina) **no son muy útiles** en este tipo de dolor, ni la primera opción de tratamiento. La decisión de usarlos se individualiza con cada persona según sus necesidades, riesgos y deseos.



Pero si sientes que no te ayudan o hay efectos secundarios... mejor retirarlos.

5 - OTRAS HERRAMIENTAS

También puede ayudarte buscar información y apoyo a través de sociedades sobre el dolor, grupos de pacientes y webs de interés.

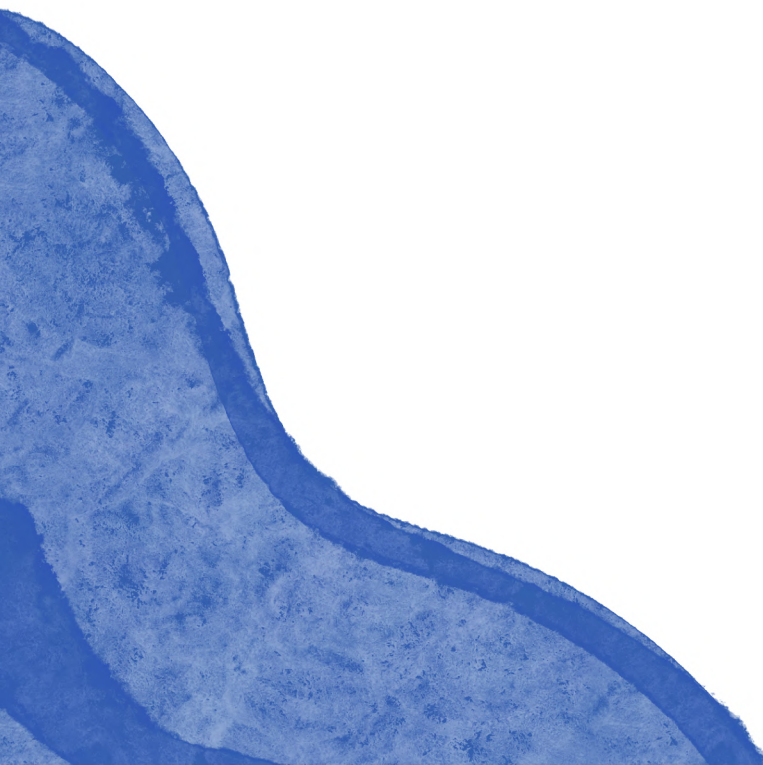


www.osatzen.com/grupos-trabajo/fibromialgia-migrana-y-dolor-cronico/ - Grupo de trabajo de la sociedad vasca de médicos de familia. En su apartado “recursos” ofrece material sobre neurociencia y dolor persistente.

www.arturogoicoechea.com - neurólogo y divulgador sobre neurociencia y dolor persistente. En su web ofrece recursos y una lista de correo sobre dolor persistente.

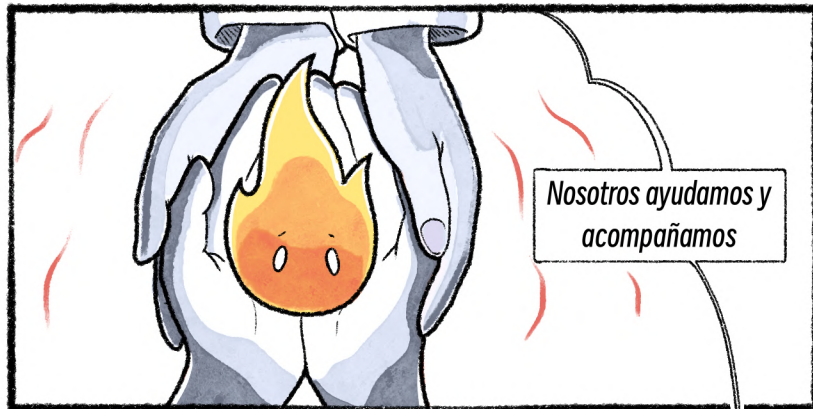
Guía del dolor, por Greg Lehman - Información sobre neurociencia del dolor y recuperación de la funcionalidad.

Explicando el dolor. “Explain pain” D Butler, L.Moseley - Información ilustrada sobre neurociencia del dolor, dolor persistente y recuperación de la funcionalidad.



¿Y no vas a decirme qué hacer?

Lo decidimos juntas,
eres protagonista en tu
tratamiento



Nosotros ayudamos y
acompañamos

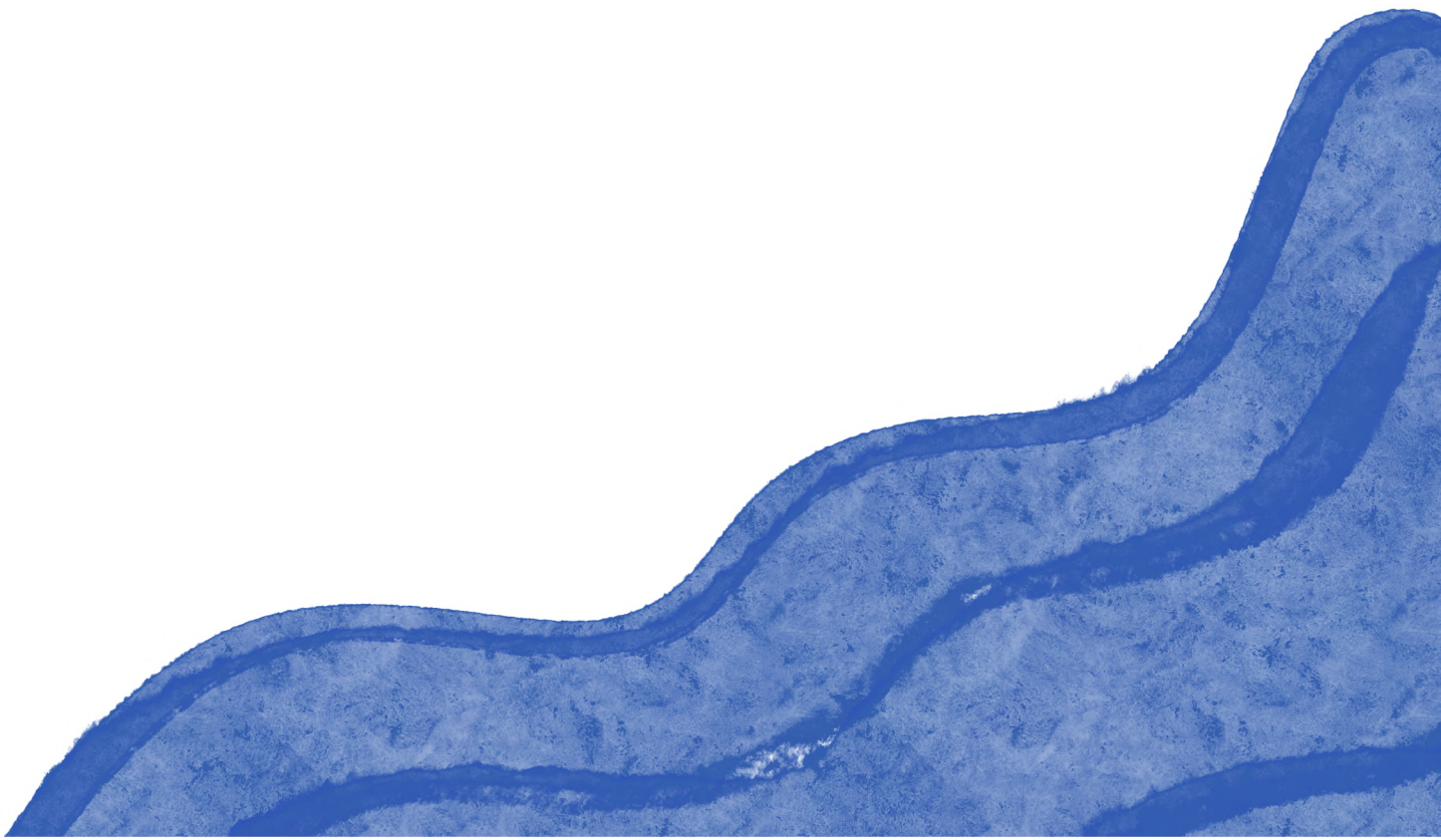


TÚ,
GUÍAS.



6 - BIBLIOGRAFÍA

- 1- L.Moseley, D.Butler; Explicando el dolor; 2010.
- 2- V.García Espinosa, M. Muñoz Capron-Manieux. Abordaje no farmacológico del dolor persistente. SemFYC; 2023.
- 3- A. Morral Fernández, J.Martín Royo, A. Perelló Bratescu. Abordaje del dolor persistente mediante ejercicio físico terapéutico y educación en neurociencia del dolor; revista DOLOR; 2023.
- 4- Lon-Huei Lin et al. Pain neuroscience education for reducing pain and kinesiophobia in patients with chronic neck pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials; 2024.
- 5- Seungwoo Shin et al. Carryover Effects of Pain Neuroscience Education on Patients with Chronic Lower Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis; 2023.
- 6- Miguel Ángel Galán Martín. Federico Montero Cuadrado. Educación en neurociencia del dolor. Dossier para pacientes. Junta de Castilla y León; 2018
- 7- Luis Suso-Marti et al. Effectiveness of Pain Neuroscience Education in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis; 2023.
- 8- David Tauben. Brent R. Stacy. Abordaje del manejo del dolor crónico no oncológico en adultos. En: UpToDate, Scott Fishman (Ed), UpToDate. (Consultado en Agosto 23, 2024.)



El dolor “*inexplicable*” sigue y limita a millones de personas en el mundo. Puedes sentir que el dolor, poco a poco, ha ocupado el centro de tu vida.

Entender *cómo funciona tu dolor*, junto con *actividad y terapia físicas*, mejoran tu funcionalidad y estado físico. Promueven una vida activa en lugar del sedentarismo asociado al dolor crónico. Se prioriza que, en el centro, vuelvas a estar tú.

El abordaje del dolor persistente es complejo y, a menudo, requiere de varios profesionales de la salud. Esta guía es un recurso para acompañarte en el camino.



@DOTO_eg