

Abordaje Integral No Farmacológico en la Enfermedad de Parkinson

Manejo del dolor y Enfermedad de Parkinson.

Comenzaremos con la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. Cuando uno habla de dolor, está hablando de una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular, real o potencial. La experiencia sensorial tiene que ver con los receptores que son las terminales nerviosas que tenemos en todas las partes del cuerpo, que se activan con diferentes estímulos. Cuando son estímulos dolorosos como una quemadura, como un corte o cualquier otro tipo de lesión, se activa toda una cascada de respuestas que genera la sensación de dolor que todos sentimos en algún momento. Pero además la reacción se compone también de las emociones de la persona que está sufriendo junto a toda esa serie de reacciones neuroquímicas que se dan cuando hay daño de un tejido o cuando puede llegar a haber un daño. Es decir, no es necesario que haya un daño para que haya dolor; muchas veces y en muchas condiciones de dolor no se objetiva el daño físico pero existe el dolor. Entonces, es una definición que evidencia que hay muchos factores interviniendo en eso que nosotros sentimos como dolor.

Hay dos aspectos importantes que hay que diferenciar cuando uno dice dolor:

1. Dolor agudo: es un síntoma que todos sentimos a lo largo de nuestra vida que, a su vez, nos protege. Si no tuviéramos dolor, estaríamos constantemente expuestos al daño. El dolor, por un lado, es protector, protege de daños y, por otro lado, hay muchos dolores que nos están avisando que algo malo está pasando y tenemos que ver cómo tratar de solucionarlo. El dolor como síntoma es el dolor agudo, que es biológicamente útil, es beneficioso que exista.
2. Dolor crónico: ya ha perdido utilidad, y hablamos de él como la enfermedad en sí misma. No es solo un criterio temporal, 3 a 6 meses de dolor permanente, sino que ya estamos ante una condición, que se manifiesta en síntomas físicos, pero que a su vez produce múltiples consecuencias en la persona como la disminución de la calidad de vida, la alteración de todas las actividades, cambios en el estado de ánimo y alteraciones del sueño. Mucho hemos avanzado en los últimos años en el reconocimiento del dolor crónico como una entidad en sí misma, mas allá de lo que lo ocasione. A veces hay una enfermedad que persiste, otras hubo una enfermedad que ya se resolvió pero sigue el dolor y en una gran cantidad no la hay, o la que hay no explica todo el sufrimiento del paciente.



Todos los pacientes con dolor crónico tienen, en mayor o en menor medida, alteración en todas estas esferas (ver figura anterior), que pueden estar tanto en la génesis como en la perpetuación del dolor.

Para poder comprender lo que implica la patología del dolor crónico debe haber un cambio de paradigma ya que la causalidad lineal, o dicho de otro modo, la relación entre la lesión y el dolor, no explica por sí sola el cuadro.

Lo importante es que este dolor está compuesto por los factores biológicos, que son lo que pasa en el cuerpo, lo físico, que es lo que el médico tradicionalmente va a buscar y a tratar de diagnosticar, pero también entran a jugar los factores que involucran a la persona en su totalidad. Están los factores psicológicos: cuál es el momento emocional que está viviendo el paciente, cuáles son los temores que tiene ese paciente, cuál es la amenaza que siente cuando tiene el dolor. Tenemos también los aspectos espirituales, todas las personas tenemos diferentes formas de concebir las cosas y eso también juega en el momento de integrar la experiencia dolorosa; los aspectos familiares y la reacción de la familia ante ese dolor, los socio laborales, los asistenciales; situaciones que se dan en el sistema de salud que también muchas veces intervienen para que la persona tenga más dolor. Todos factores, cuando una persona tiene un dolor crónico hay que tenerlos en cuenta. Y es muchas veces este dolor el que acompaña la EP. Muchos son los pacientes que dicen haber tenido dolor crónico mantenido en el tiempo a lo largo de la enfermedad.

Más de la mitad de los enfermos con Parkinson sufren dolor crónico, es dos a tres veces más frecuente que en la población en general y por lo general es un síntoma infravalorado. Eso pasa en general con el dolor crónico. Los médicos por lo general estamos formados para atender el dolor como síntoma de alarma como sucede por ejemplo en un dolor en el pecho. Una vez que se descarta el infarto y otras situaciones graves como la neumonía, nos quedamos tranquilos porque no tiene nada grave, aunque al paciente le sigue doliendo mucho. Se atiende a la utilidad del dolor, y cuando ya no es útil queda infravalorado. Sin embargo, puede no ser médicamente grave, pero sí implica una alteración significativa de la vida de la persona en todas las esferas. En la esfera personal, en lo familiar, en lo laboral, en lo social; entonces eso es lo que hay que valorar.

También hay un aspecto que muchas veces se pasa por alto en pacientes con la EP: en ocasiones el dolor, la presencia de dolores generalizados, preceden al diagnóstico; puede ser un síntoma precoz de EP

Los cinco grandes grupos de síndromes dolorosos que se presentan en los enfermos de Parkinson son los siguientes:

1) Los dolores músculo-esqueléticos, que son los dolores que tienen todas las personas, miofasciales, articulares, tendinosos, etc. En realidad en la EP, como sabemos, hay una alteración en el movimiento y eso da lugar a posturas viciosas por el trastorno del movimiento que generan este tipo de dolores. El dolor

está ligado también a la pérdida del movimiento de las articulaciones; un dolor frecuente en el Parkinson es el dolor en los hombros porque al moverlos menos, la cápsula que recubre la articulación se vuelve más fibrosa y más dura, lo que produce dolor. Por esa rigidez de la articulación se habla de hombro congelado. También son frecuentes los problemas raquídeos y los dolores lumbares, por la pérdida de las curvaturas fisiológicas de la columna.

2) Los dolores radiculares como las ciáticas, las cervicobraquialgias, que en la EP pueden estar causadas, como en todas las personas, por patología degenerativa de columna. La pérdida de la movilidad y la pérdida de funciones musculares muchas veces predisponen a la aparición de estos dolores. Son dolores que no están directamente relacionados a la EP pero a veces son favorecidos sobre todo por las alteraciones de la movilidad.

3) El dolor por distonía: las distonías son esos movimientos que no son un temblor, sino que son contracciones de grupos musculares que a veces pueden darse cuando recién se toma la medicación y otras veces cuando se está en el período *off* y el efecto de la medicación se está yendo. Son sacudidas musculares muy dolorosas que por lo general sí tienen que ver con la EP y su tratamiento. Es necesario tratar de revisar el tratamiento para poder aliviar este dolor.

4) El dolor acatísico, que es un dolor que acompaña muchas enfermedades neurológicas, entre ellas la EP. La acatisia es una inquietud motora que muchas veces conlleva dolor.

5) Otro síndrome que se define como dolor central, que se da por el daño neurológico, que a veces provoca un estado más sensibilizado al dolor. Puede doler todo el cuerpo o una parte del cuerpo.

Es fundamental en el dolor hacer un correcto diagnóstico de todos los factores involucrados, para plantear el tratamiento. Para la evaluación tenemos que ver todos estos aspectos biomédicos, es decir, donde está localizado el dolor, como son las características (si es punzante, hormigueante, como una electricidad, como una quemazón). Estas características a veces nos orientan hacia donde se origina el dolor, si se está originando en un nervio, en un músculo o en una articulación; cómo se irradia, cuándo ocurre en el día, si ocurre más en alguna actividad o no. Todas estas son preguntas que nos van a ayudar a diagnosticar este tipo de dolores.

Por supuesto que para una correcta evaluación de lo que está pasando en el cuerpo, en la biología de esa persona, hay que hacer un completo examen clínico, osteoarticular y neurológico. Muchas veces hay que hacer exámenes paraclínicos para completar la valoración del dolor.

Hasta ahora hemos atendido al polo de los aspectos más biológicos, el diagnóstico del dolor. Pero cuando el dolor ya es crónico hay otros aspectos que están muy involucrados también. Hay varias líneas de investigación donde se ve que cuando un dolor se cronifica, están más involucrados los factores psicosociales que los factores físicos. Esto es importante saberlo. No estamos diciendo con esto que los dolores crónicos son psicológicos, porque nosotros somos seres que tenemos psiquis, tenemos cuerpo, tenemos historia, vivimos en sociedad y vivimos en un sistema; entonces la alteración de cualquiera de estos aspectos que hacen a la persona, puede estar generando dolor o contribuyendo a la perpetuación de un dolor. Para evaluar el dolor crónico tenemos que abandonar el pensamiento lineal y hay que ir hacia un pensamiento más complejo, a un paradigma de complejidad. El dolor es un fenómeno complejo donde la multicausalidad está en la base. Tenemos que ver todos estos factores biomédicos pero también analizar cómo está influyendo en la psiquis de esa persona el dolor crónico y, a su vez, cómo los aspectos psicológicos influyen para que el dolor se perpetúe.

Las creencias sobre el dolor, entonces, son muy importantes para tratar de pesquisar porqué se está cronificando un dolor. Por ejemplo, si creemos que si al movernos nos va a doler más, nos quedamos

quietos, y está estudiado que para los dolores crónicos la quietud es peor, hay que tratar de moverse para evitar perpetuar el dolor.

También inciden los temores que podemos tener frente a determinados dolores. Muchas veces a nosotros nos duele una parte del cuerpo y tenemos un familiar muy allegado que tuvo un problema de salud muy grave por un dolor similar. Estos temores pueden exacerbar los dolores y con una buena consulta, un buen examen físico, algún examen paraclínico, se completa un diagnóstico que ayuda a solucionar el problema.

Está estudiado también, que las personas que tienen afrontamiento activo (afrontamiento es ese esfuerzo que hacemos por superar cualquier problema que se nos presenta, y el dolor es un problema) tienen mejor pronóstico que la gente que tiene una actitud más pasiva que hace que el dolor sea más permanente, es decir, dificulta su resolución.

Cuando el dolor comienza a provocar cambios a nivel de las diferentes esferas de la persona, interfiriendo en el descanso, en el disfrute, en las relaciones interpersonales, en las relaciones laborales, nos sentimos más preocupados porque hay algo que nosotros hacíamos y ahora no podemos hacer, lo que retroalimenta el dolor.

Las reacciones del entorno, a veces, pueden perpetuar el sufrimiento. Tener muchas expectativas y esperar que esté todo solucionado para volver a hacer algo puede repercutir negativamente. Adaptarse al problema e intentar seguir con las actividades favorecerá la solución del tema del dolor.

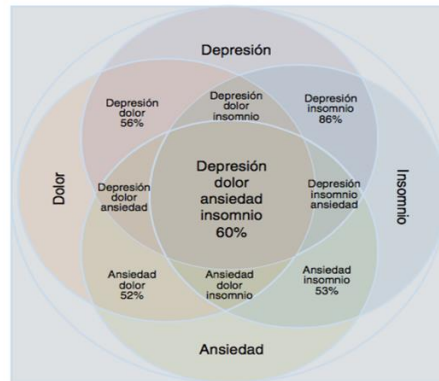
Los trastornos del sueño, la depresión o la alteración del estado del ánimo, la ansiedad y el dolor (frecuentes en la EP) son cuatro manifestaciones que están solapadas. Las personas con depresión o trastornos del sueño tienen una tendencia a tener más dolores crónicos.

Está también muy estudiado que la presencia de sucesos vitales estresantes, sobre todo en el último año previo a la aparición del dolor, también son perpetuadores del mismo.

Hay unas líneas muy interesantes de investigación, desde hace ya muchos años, de las neurociencias que muestran cómo el cerebro de la persona que tiene dolor crónico está modificado. Por estudios de resonancias magnéticas funcionales se ve que las personas que tienen dolores crónicos tienen captaciones diferentes en el cerebro que las personas que no tienen. Todo lo que vivimos desde el nacimiento influye en la forma en que nosotros somos y en cómo estamos reaccionando ante las diferentes situaciones.

En pacientes con dolor crónico, la presencia de abuso o maltrato en la infancia es casi del 40%, lo que no es así en la población general, es decir, que hay una relación entre todos esos aspectos que nosotros vamos aprendiendo que nos hacen más o menos predispuestos a sufrir de un dolor crónico o a que un dolor agudo se cronifique.

El apoyo familiar, laboral o social también es muy importante a la hora de ver por qué una persona está en la situación en la que está.



Arango et al – Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común Rev. Colomb. Psiquiat. 2016.

Este gráfico muestra cómo la depresión, ansiedad o insomnio frecuentemente se interrelacionan con los dolores crónicos. Se desprende de esta interrelación que la única forma de abordar el problema y de tratar de mejorarlo es desde un abordaje interdisciplinario. De lo que se trata es de mejorar a la persona, no de mejorar el dolor.

Tratamiento

Muchas veces, la mejoría de la persona no se produce tanto por bajar la intensidad del dolor sino por hacer que esa persona pueda tener más actividades, dormir mejor, sentirse menos ansiosa, etc.

En los equipos interdisciplinarios hay profesionales de diferentes áreas, como terapeutas del dolor, fisiatras o fisioterapeutas, junto con psiquiatras o psicólogos, a veces, anestesistas o neurocirujanos dedicados al dolor, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales. Cuando una persona consulta por algún dolor crónico, recetamos algún analgésico pero también se le pauta una rehabilitación física, se hace alguna intervención psicológica para modificar algún aspecto de su vida. Consiste en un tratamiento con varios pilares: farmacológico, terapias físicas, psicológicas e intervencionistas.

La edad y la comorbilidad del paciente son muy importantes. No es que a tal afección tal fármaco, sino que es a tal persona ver qué fármaco se le puede prescribir; todos somos diferentes y hay personas que les da más resultados una medicación que otra. Siempre hay que tratar de usar el mínimo número posible de fármacos porque todos interactúan. Todos, por lo general, tienen efectos secundarios por lo que es empezar con dosis bajas para que se toleren.

Al tratarse de un dolor crónico, es decir, que el paciente va a tener que tomar fármacos mucho tiempo de su vida; entonces tenemos que tratar que el paciente no dependa de otros para medicarse, que lo pueda solucionar solo, por lo que el analgésico vía oral es el más recomendado. Los antiinflamatorios intramusculares están, según nuestro criterio, contraindicados ya que la forma de absorción por vía intramuscular es mucho más errática y mucho más incierta que la vía oral y está expuesta a complicaciones. Siempre hay que reevaluar la efectividad del tratamiento y los efectos secundarios.

Los grupos farmacológicos más utilizados son: Analgésicos comunes, AINEs (antiinflamatorios no esteroideos), opioides, antidepresivos, gabapentina, pregabalina y agentes tópicos como la lidocaína, capsaisina. Los analgésicos comunes son el paracetamol, los AINEs son los antiinflamatorios como el diclofenaco, ketoprofeno, el meloxicam, el celecoxib y el (etoricoxib). Los opioides son los derivados de la morfina que, muchas veces, se usan en el dolor crónico como el tramadol, la codeína y la morfina. Lo importante es usarlos bajo un control médico estricto y valorando bien riesgos y los beneficios.

Los antidepresivos son fármacos que se usan mucho en el dolor crónico porque hay antidepresivos como la duloxetina, la amitriptilina que tienen efecto analgésicos por sí mismos, independientemente de si la persona está deprimida o no. El sistema del dolor es muy complejo, muchas veces estos antidepresivos mejoran la serotonina y la noradrenalina y mejoran el estado del dolor. Se usan, a veces, para el síndrome de dolor central que puede aparecer en los enfermos de EP. La gabapentina y la pregabalina que son antiepilépticos se usan, sobre todo, para los dolores de origen neuropático y la fibromialgia. Esos son los fármacos que más usamos.

Respecto a las terapias físicas: en el dolor crónico, por lo general, siempre se piensa en las terapias físicas activas.

¿Y cuál terapia? La que le guste a la persona, porque solo lo que nos gusta hacer, lo mantenemos en el tiempo para lograr la mayor funcionalidad posible. Si nos gustaba, por ejemplo, andar en bicicleta tenemos que tratar de ver de qué forma adaptarlo con la limitación actual, quizás es una bicicleta fija. Si nos gustaba caminar, se puede seguir haciendo, aunque sea más lentamente, con un apoyo, ver de qué forma hacer pequeñas caminatas. Lo mismo con los ejercicios en el agua que nos tiene que gustar, tiene que ser algo que entusiasme a la persona.

En las terapias psicológicas hay diferentes encuadres, diferentes marcos teóricos para abordar el problema del dolor crónico. Desde la terapia psicoanalítica, así como las psicoterapias cognitivo-conductuales o las sistémicas. Diferentes intervenciones que se pueden hacer para tratar de ver estos aspectos psicológicos que siempre están involucrados en la experiencia del dolor. A veces a las personas les cuesta mucho pedir ayuda, o no se comunican muy asertivamente. Aprender a comunicarse, a solicitar ayuda, a tratar de identificar cuáles son las causas que exacerbaban el dolor y cuáles son las que lo atenúan. Para ello, es importante realizar un análisis de uno mismo.

Las terapias intervencionistas, ya sea la cirugía o los bloqueos anestésicos en sus diferentes modalidades para el tratamiento del dolor crónico, tienen un lugar bastante limitado. Dado que hay múltiples variables a tener en cuenta en relación a la terapéutica del dolor crónico, es importante tratar de no generar demasiadas expectativas ya que puede no dar el resultado que esperamos y provocar una frustración mayor. Entonces hay que tener muy en cuenta la indicación para adecuar bien las expectativas sobre cada procedimiento y después seguir acompañando al paciente en todo este proceso que, como vemos, es muy complejo.

Hablamos de un tratamiento multimodal -con todas estas modalidades- construido para cada persona. Cada persona tiene un tratamiento diferente, por más que tenga la misma EP, el mismo dolor de columna, la misma hernia y la misma edad, etc.; es una persona diferente. Entonces hay que construir el tratamiento para esa persona con las diferentes herramientas que tengamos teniendo en cuenta todas estas vertientes del tratamiento.

Dra. Irene Retamoso.

Médico Internista, especialista en dolor y en cuidados paliativos.
Charla realizada vía Plataforma Zoom, 25 de mayo de 2021.