

El dolor es una paradoja

TAL VEZ la medicina nació para aliviar los dolores de nuestros antepasados nómadas del pleistoceno. Desde entonces y por siempre han existido el dolor y la enfermedad. Los evolucionistas piensan que el dolor ya existía en las fases más primitivas de la vida, en los océanos, mucho antes de la aparición del hombre sobre la Tierra. El bíblico “parirás con dolor” se renueva cada día como un castigo divino para creyentes, ateos y agnósticos.

El dolor ocupó un lugar preponderante en el pensamiento de griegos y romanos. Para ellos el dolor era un castigo de los dioses. Los griegos pensaban que si pasaban una noche en el templo de Esculapio, dios de la medicina, aliviarían el dolor. Por el contrario, ya en el Lejano Oriente los chinos habían inventado la acupuntura, la anestesia, la cirugía, la cerámica, la pólvora, el grabado y la cosmética.

En América los Incas utilizarían las hojas de coca como analgésico.

Hipócrates (377 a.C.) consideró el dolor como un síntoma que obedecía a un proceso biológico y no al designio de los dioses. Sin embargo, la cultura místico-religiosa siguió influyendo sobre la ciencia hasta el siglo XIX.

ANATOMÍA DEL DOLOR

Las estructuras anatómicas involucradas en la fisiología del dolor son: el hipotálamo, el tálamo medio, el sistema límbico y sus conexiones simpáticas con el tracto paleoespinal.

Los nociceptores son los nervios periféricos que procesan y transmiten el estímulo nervioso al sistema nervioso central. Según su localización son: cutáneos, musculares, articulares, viscerales y silenciosos; estos últimos se distribuyen en la piel, las articulaciones y las vísceras.

Las sustancias mediadoras de la inflamación generan eventos bioquímicos que estimulan el nociceptor y producen cambios en la membrana neuronal. El proceso nociceptivo

es el único común a todas las personas y tiene cuatro pasos: transducción, transmisión, modulación y percepción. Como correlación Loeser propone cuatro dimensiones del dolor: nocicepción, percepción, sufrimiento y comportamiento del dolor.

LA VIVENCIA DEL DOLOR

Está claro que el dolor tiene muchas connotaciones. El agudo tiene una función defensiva, y el crónico forma parte de una enfermedad.

Hay estímulos imperceptibles que desencadenan un dolor de alta intensidad como en la neuralgia del trigémino, en la que el solo roce de un labio genera un dolor suicida o una corriente de viento puede desencadenar una sucesión de descargas dolorosas, fenómenos conocidos como alodinia, o los dolores crónicos que se vuelven parte de la vida con sus secuelas funcionales y psicológicas que no solo afectan a quien lo padece sino a su entorno vital.

LA ESCALERA ANALGÉSICA

Ante las múltiples causas del dolor y el modo disímil en que cada uno lo vive, se hizo necesario abordar su manejo de forma universal y para ello la OMS creó la escalera analgésica, que tiene tres escalones de medicamentos que van de menor a mayor potencia.

Primer escalón: Analgésicos periféricos.

Segundo escalón: Analgésicos centrales, opioides débiles.

Tercer escalón: Analgésicos centrales, opioides centrales.

Hay además medicamentos y terapias coadyuvantes en el manejo del dolor; algunos actúan como antiinflamatorios, otros dan sensación de bienestar o producen indiferencia ante el dolor o son relajantes musculares o anestésicos. Ya sabemos que cuando hay tantas cosas es porque ninguna es suficiente.

LA POSTURA ANTE EL DOLOR

José Luis Barrios Lara escribe que el dolor es ante todo una paradoja: "Prefiero morirme antes que volver a sentir este dolor", nos dice el enfermo, pero pasada esa magnitud infinita y momentánea del dolor, el cuerpo toma conciencia de la vida y aparece el miedo a la muerte.

Séneca decía que "hay cierto decoro hasta en el dolor y quien es sabio debe guardarlo"

Uno es consciente de sus órganos en la medida en que le empiezan a doler, pero hay también otros dolores muy profundos que el hombre lleva consigo y que solo se mitigan cuando se convierten en recuerdo.

Carlos Horacio González
Armenia