

Vinicio Granados Soto
editor huésped



PRESENTACIÓN

EL DOLOR

Para Hipócrates, Platón, Demócrito y Aristóteles (400-300 a. d. n. e.), el dolor era una sensación que estaba asentada en el corazón. Este pensamiento de los griegos antiguos prevalece hasta hoy; por ejemplo, es común escuchar canciones con expresiones como “ese hombre me rompió el corazón” o “me duele el corazón por su partida”. Sin embargo, actualmente sabemos que el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial al tejido.

Tomó 24 siglos llegar a esta definición, en la cual se pone de manifiesto que el dolor tiene un componente fisiológico y uno emocional. El componente fisiológico comprende la detección de un estímulo doloroso, así como su conducción a la médula espinal y posteriormente al cerebro. El componente emocional hace que el dolor sea una sensación desagradable que genera angustia y motiva al paciente a ir al médico. Por ello, el dolor tiene una función vital como señal de alarma. No obstante, cuando el dolor se vuelve crónico, se considera una enfermedad *per se* y no un síntoma de otro padecimiento.

Según su origen, el dolor se clasifica como dolor nociceptivo (fisiológico), inflamatorio (lesión de tejidos), neuropático (lesión de nervios) y funcional (no hay lesión de tejidos ni nervios). Esta gama de dolores ha afligido a la humanidad desde los primeros tiempos. Los seres humanos de nuestra época somos privilegiados porque contamos con un arsenal para tratar el dolor, pero no siempre ha sido así.

Los primeros humanos (neandertales) trataban su dolor de muelas masticando álamo, una planta que contiene el mismo ingrediente de la aspirina. Otros *sapiens* antiguos creían que el dolor era causado por demonios malignos que se introducían al cuerpo a través de las heridas. Por lo tanto, se intentaban aliviar mediante hechizos y brebajes. Por ejemplo, los primeros tatuajes que se conocen tenían la finalidad de ahuyentar a los demonios causantes del dolor. En contraste al dolor por heridas, el dolor en diversas áreas del cuerpo se trataba simplemente con agua fría, agua caliente, masajes o emplastes con plantas. Algunos de estos “tratamientos” siguen vigentes hasta nuestros días.

Más adelante, la morfina se utilizó por primera vez en 1817. Previamente se había usado una preparación conocida como láudano (mezcla de vino blanco, aza-

frán, clavo, canela y goma de opio), que se introdujo en 1522. Asimismo, en 1900 se reportó el efecto analgésico del ácido acetilsalicílico (aspirina). Tanto la morfina como la aspirina se han empleado ampliamente para aliviar el dolor inflamatorio de leve a severo.

A finales de 1969 se empezó a utilizar la carbamazepina (un fármaco para el control de las convulsiones en pacientes epilépticos) para el tratamiento del dolor neuropático. Asimismo, en 1998 se introdujo la gabapentina para este tipo de dolor. Antes de eso, no había tratamiento para el dolor neuropático. Por otra parte, a la fecha no existe un tratamiento específico para el dolor funcional; lo que se recomienda en ese caso es hacer ejercicio.

En los últimos 20 años hemos sido testigos de un avance impresionante en el entendimiento de los mecanismos que generan el dolor. Sin embargo, esto no se ha traducido en un mejor tratamiento, pues se siguen utilizando fármacos como la morfina, la gabapentina y los analgésicos tipo aspirina para aliviar el dolor, los cuales tienen una serie de efectos adversos que limitan su uso.

Muchos médicos en México están renuentes al empleo de morfina y otros opioides (opiofobia), lo

que repercute en la calidad de vida de los pacientes con dolor por cáncer. En general, el médico mexicano sabe poco acerca de cómo tratar el dolor de sus pacientes. A pesar de la prevalencia del dolor, las escuelas de medicina del país no cuentan con una materia que cubra el tratamiento del dolor. Por ello, en este número temático de la revista *Ciencia* hemos analizado estos temas.

Es un honor para mí haber coordinado esta publicación, en la cual se aborda la percepción del dolor desde una perspectiva biopsicosocial; la automedicación con analgésicos, el estrés y el dolor, el dolor por cáncer, la alteración del sueño y el dolor asociado, la oxitocina como una hormona del amor y del dolor, las plantas medicinales para el alivio del dolor, la epidemia de opioides y, finalmente, el tratamiento del dolor en México.

Quiero agradecer a los investigadores que se tomaron el tiempo para hacer este ejercicio de divulgación. Esperamos que sea del agrado de los lectores y contribuya a esclarecer dudas que todos podemos tener acerca de este tema. Por último, quiero agradecer a Miguel Pérez de la Mora por la invitación para coordinar este número temático y a Martha Lorena Soria Licona por todo el apoyo editorial.

