

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN LAS CLÍNICAS DENTALES

«Los dentistas deben prepararse para el abordaje del paciente crónico»

El Dolor Orofacial se enfrenta a numerosos desafíos ya que, lejos de ser una prioridad para las facultades de Odontología, se caracteriza en la actualidad por una insuficiente formación tanto médico-sanitaria como farmacológica, situación que se agrava con la complejidad de su tratamiento cuando el dolor pasa de agudo a crónico. Facilitar un enfoque multidisciplinar en el manejo del paciente con Dolor Orofacial, la necesidad de implantar una asignatura de carácter obligatorio sobre el mismo y su tratamiento como especialidad odontológica son solo algunas de las demandas de los doctores reunidos por GACETA DENTAL.

Pese a que el dolor dental es el síntoma más frecuente que lleva al paciente en busca de tratamiento odontológico para su alivio, la comunidad odontológica y las facultades de Odontología no parecen verlo como una prioridad en la actualidad, a tenor

de las opiniones vertidas por los doctores reunidos en un desayuno de trabajo organizado por GACETA DENTAL. Para analizar las claves de su abordaje, así como las complejidades que existen en torno al Dolor Orofacial en estos momentos y las necesidades a

cubrir de cara al futuro, GACETA DENTAL reunió en un desayuno de trabajo a los doctores José Luis de la Hoz, miembro del Comité Examinador del *American Board of Orofacial Pain*. *American Academy of Orofacial Pain* (AAOP); Martín del Avellanal,

De izda. a dcha., José Luis del Moral, (GACETA DENTAL) y Karina Pinedo (Grünenthal, firma patrocinadora del encuentro) junto a los doctores Juan Manuel Prieto, María del Carmen Benito, José Luis de la Hoz, Martín del Avellanal, Rafael Gómez Font y Miguel de Pedro Herráez.





jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Sanitas La Moraleja; Juan Manuel Prieto, vocal de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial de la Comisión Científica del COEM; María del Carmen Benito, presidenta de la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO); Rafael Gómez Font, profesor de Cirugía Bucal en la Universidad Europea de Madrid (UEM), y Miguel de Pedro Herráez, Máster en Medicina Oral y Dolor Orofacial.

“ ES BÁSICO QUE EL DENTISTA TENGA UN CONOCIMIENTO ADECUADO DEL DOLOR Y ESO NO SE ESTÁ CUMPLIENDO
DR. JOSÉ LUIS DE LA HOZ

Inauguró el turno de palabra el Dr. José Luis de la Hoz, quien tras destacar la importancia del tratamiento del dolor en las clínicas dentales, hizo referencia a un cambio de paradigma radical. «Hasta hace quince o vein-

¿REALMENTE SE CONTROLA EL DOLOR?

Esta fue la cuestión planteada por el Dr. Prieto para referirse al buen uso de la Farmacología por parte de los profesionales. «La respuesta debería ser afirmativa, ya que tenemos a nuestra disposición todo un arsenal terapéutico farmacológico. Los opioides son agentes terapéuticos muy útiles en el manejo del dolor y debemos utilizarlos». A este respecto, el Dr. Del Avellanal añadió que «existe miedo a lo desconocido, pero hay que fomentar la formación en este aspecto, porque hay opioides como el Tapentadol, quizás con un perfil más neuromodulador que opioide, y unos efectos secundarios mucho menores, a veces, que el Tramadol y que podría ser de uso común en la Odontología», aseguró. En este punto, la Dra. Benito insistió en que «el problema es que no se prescribe lo que no se conoce y sigue faltando formación a nivel de Farmacología en los alumnos».



LOS INVITADOS, UNO A UNO

Dr. José Luis de la Hoz. Miembro del Comité Examinador del American Board of Orofacial Pain. American Academy of Orofacial Pain (AAOP).

Dr. Martín del Avellanal. Jefe Unidad del Dolor del Hospital Universitario Sanitas La Moraleja.

Dr. Juan Manuel Prieto. Vocal de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial de la Comisión Científica del COEM.

Dra. María del Carmen Benito. Presidenta de la Sociedad Española de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial (SEDCYDO).

Dr. Rafael Gómez Font. Profesor de Cirugía Bucal en la Universidad Europea de Madrid (UEM).

Dr. Miguel de Pedro Herráez. Máster en Medicina Oral y Dolor Orofacial.

“ LA ODONTOLOGÍA SE RESISTE A INTERACTUAR CON OTRAS DISCIPLINAS MÉDICO-SANITARIAS DR. MARTÍN DEL AVELLANAL



te años el dolor se entendía como una sensación, mientras que según la definición actual de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, éste ha dejado

de ser únicamente una sensación y ha pasado a ser una experiencia, una vivencia existencial que indudablemente tiene un componente sensitivo o sensorial, pero también otro tan importante, o más, que es el afectivo y emocional, es decir, cómo la persona vive ese dolor. Por ello, los profesionales de la salud en general debemos realizar ese cambio de concepto y entender que basta que el paciente nos refiera un episodio de dolor para que aceptemos que está viviendo esa

experiencia. Otra cosa es que se trate de un dolor neuropático o tenga un origen psicógeno. No debemos abandonar al paciente nunca. Nuestro papel es referirle a un especialista en salud mental, que será quien le trate adecuadamente. Nosotros pasamos a formar parte de un equipo multidisciplinario, cada uno con nuestras misiones y responsabilidades para buscar la mejoría integral del paciente».

Definiéndolo de una manera sencilla, el Dr. Juan Manuel Prieto añadió en este punto que «el dolor es todo aquello que el paciente dice que le duele, y debemos de ser conscientes de ello independientemente de cuál sea el origen y el tipo de dolor».

DOLOR AGUDO Y CRÓNICO

Para el Dr. Martín del Avellanal, «existe un dolor agudo, que eso sí que es una percepción, y un dolor crónico que ya es una vivencia,

«¿POR QUÉ NO UNA CLÍNICA DENTAL SIN DOLOR?»

Otra de las áreas en las que se ha producido una transformación, según el Dr. Del Avellanal, es en la de «la calidad percibida por el paciente. Antes uno asumía que iba al dentista y que había que sufrir un poco, hoy cada vez quiere sufrir menos, hay una mayor sensibilidad en ello, lo que repercute en nuestro trabajo, en nuestros ingresos y en la calidad percibida. Creo que por esa vía también hay que realizar una divulgación. El concepto de hospital sin dolor, que en la actualidad es una exigencia de la organización de acreditación sanitaria más exigente que existe en el mundo, la *Joint Commission*, se podría extender a la práctica dental. Tendría que haber una clínica sin dolor en la que un paciente no pudiera pasar de un punto de dolor sin que generase una serie de actuaciones para reducirlo en un tiempo lo más corto posible. ¿Por qué no una clínica dental sin dolor?», apostilló. Por su parte, el Dr. Gómez Font quiso matizar que «una clínica sin dolor no es lo mismo que una clínica del dolor, es decir una cosa es una consulta donde no te hacen daño en sus actuaciones y otra que en esa clínica sepan tratar un tipo de dolor determinado». Para el Dr. De la Hoz, «en este momento existen las técnicas necesarias para que el paciente no experimente ningún dolor en la clínica dental».

una enfermedad, algo que implica a la persona. Pero hay que destacar que un dolor agudo, si no se trata se transforma en un dolor crónico, que son los más complejos de abordar».

A este respecto, el Dr. Miguel de Pedro afirmó que «podríamos decir que el 90% del dolor dental va a ser de origen pulpar o periodontal, al que los odontólogos estamos muy acostumbrados a tratar porque nos han formado para atacar directamente ese dolor agudo. El problema es cuando empieza a haber dolores dentales cuyo origen no es el propio diente, ahí nos vemos más perdidos». En este sentido, el Dr. De la Hoz se mostró tajante al asegurar que «ni los dentistas ni la Medicina en general están formados para el abordaje del paciente crónico que cada vez es más abundante». En la misma línea, el Dr. Gómez Font añadió que «el problema de la Sanidad son los pacientes crónicos, pero si nos centramos en la



Odontología, mi pregunta es: ¿tenemos tantos pacientes con dolor crónico?».

«PACIENTES INVISIBLES»

Planteado el interrogante, la respuesta del Dr. De la Hoz no se hizo esperar: «Sí, la inmensa mayoría de los pacientes que veo son crónicos».

Más allá fue el Dr. Prieto, al referirse al hecho de que «existe una invisibilidad del Dolor Orofacial en las unidades del dolor en general, no porque no existan, sino porque no se tiene la formación

ES FUNDAMENTAL CONOCER LA FISIOPATOLOGÍA DE LOS MECANISMOS DEL DOLOR QUE SE PUEDEN PRESENTAR DR. JUAN MANUEL PRIETO

para percibir que esa sintomatología puede pertenecer a otro ámbito. No se le da el valor que tiene, pero los pacientes crónicos existen y son muchos. La cuestión es que se identifiquen y se puedan derivar».

Por su parte, el Dr. Del Avellanal afirmó que «en nuestra unidad del dolor, el orofacial supo-

Los participantes debatieron sobre la necesidad de incrementar la carga lectiva sobre dolor orofacial en el Grado de Odontología.



ESTAMOS RESTRINGIENDO LA FORMACIÓN ODONTOLÓGICA CADA VEZ MÁS DRA. MARÍA DEL CARMEN BENITO

ne un 5%, que es un porcentaje muy alto para una unidad multidisciplinaria. Si el odontólogo es un profesional sanitario, hay muchos dolores asociados que no tienen por qué ser derivados de su actuación, que es lo que algunas veces se confunde, pero tiene que interactuar más con otras especialidades y no dejar pasar de largo esos otros dolores que tiene el paciente. Veo al campo de la Odontología especialmente resistente a esta interacción con otras disciplinas médico-sanitarias».

MENTALIDAD SANITARIA

En este punto se inició el debate en torno a uno de los asuntos más tratados a lo largo del encuentro, «la falta de interés» en Grado y



Posgrado por el Dolor Orofacial, así como la deficiente formación médico-sanitaria de los graduados de las facultades y, como consecuencia, la necesidad de actualizar conceptos.

Para el Dr. Gómez Font, «habría que cambiar la formación del odontólogo y darle un enfoque más médico», a lo que el Dr. De Pedro añadió que «me da la sensación, como odontólogo, que no tenemos esa responsabilidad sanitaria. Enriquecería mucho nuestra consulta a nivel odontológico tener más conocimiento, además de una mayor inquietud por saber derivar o quizás tratar en alguna ocasión patologías que

no se centren exclusivamente en el diente».

Del mismo modo, el doctor De La Hoz aseguró que «al dentista nunca se le imbuye el hecho de que es un profesional de la salud. Yo siempre les digo que son los médicos especialistas en el aparato masticatorio, cuyas patologías son muy variadas y como consecuencia requieren un abordaje muy amplio. Este mensaje no se está transmitiendo en las facultades de Odontología. Tenemos lo que se puede denominar 'handdentist', dentistas artesanales, pero carecemos de 'thinkingdentist', dentistas que piensen desde un punto de vista médico. No hay capacitación y, si además lo contaminamos con la mercantilización que se está dando en la profesión, todo se distorsiona», finalizó.

También el Dr. Gómez Font coincidió en que «al odontólogo le falta pensar como médico, o al menos como un profesional sanitario».

Al respecto, el Dr. De Pedro apostilló que «ahora prima la inme-

Los doctores presentes en el desayuno de trabajo reivindicaron un mayor peso en la formación farmacológica de los graduados en Odontología.



diatez, el quiero resultados hoy. Y a los odontólogos todo lo que tenga un componente neuropático nos da mucho miedo, no lo vemos como propio y lo descartamos».

DÉFICIT DE FORMACIÓN

En opinión de la Dra. Benito, «estamos restringiendo la formación odontológica cada vez más. Desde SEDCYDO estamos intentando formar a muchos odontólogos para que sepan encontrar el problema y derivarlo a otro profesional sanitario para que el paciente no cronifique. Estoy convencida de que los odontólogos están capacitados para hacerlo». En cuanto a la formación de grado, la Dra. Benito quiso añadir que «hay grados de Odontología que contemplan la asignatura de Dolor Orofacial, pero lo que no es normal es que sea optativa y que en unas facultades se estudie y en otras no».



Asimismo, el Dr. Del Avellanal insistió en que «hay déficit de formación en dolor, que está insuficientemente tratado en todos los ámbitos, con lo cual, si en el grado no se puede realizar, habrá que trabajar más el posgrado. Ahí, las sociedades científicas y los colegios de odontólogos son los que, en mi opinión, tienen que liderar el proceso de formación del especialista, porque si pretendemos que las universidades cambien su rol, nos vamos a quedar cortos. Es mucho

“ NO SERÍA DESCABELLADO QUE SE PUDIERAN CREAR UNIDADES DEL DOLOR EN ODONTOLOGÍA

DR. RAFAEL GÓMEZ FONT

más ágil, dinámico y tendría mayor repercusión que dichos organismos fueran los encargados de organizar cursos, crear guías clínicas que sean prácticas y que vayan fomentando este tipo de formación».

Como aludida, la Dra. Benito apeló a la dificultad de atraer alumnos a los cursos. «Yo ‘me mato’ a hacer cursos en SEDCYDO y no van porque no les hemos creado la semilla para que tengan interés en esta área».

Insistiendo en el tema, el Dr. De la Hoz aseguró que «en las sociedades modernas cada vez hay menos tolerancia al dolor, lo que refuerza todavía más la necesidad de formación del dentista en el abordaje, diagnóstico y adecuado manejo del dolor. Es fundamental un conocimiento

DIAGNOSTIC TOOL

Dentro de la categorización del dolor orofacial se encuentra el dolor neuropático, aquel originado por la patología del propio nervio. Para un adecuado diagnóstico del mismo existen una serie de métodos, tal y como aseguró el Dr. Del Avellanal al referirse al *Diagnostic Tool*, herramienta auspiciada por Grünenthal que facilita, por medio de cuatro sencillos pasos, el diagnóstico del dolor neuropático localizado de cara a proporcionar el tratamiento más adecuado a los pacientes. En palabras del Dr. Del Avellanal, «se trata de un instrumento muy útil para que, dedicándole poco más de diez minutos, el profesional sea capaz de realizar un diagnóstico de certeza de si ese paciente tiene o no un dolor neuropático. Por tanto, es fundamental para todo el que se dedique de forma general al tratamiento dental», apostilló.

“A LOS ODONTÓLOGOS NO SE NOS HA INCULCADO EL CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD SANITARIA

DR. MIGUEL DE PEDRO HERRÁEZ

adecuado de todo ello y en la actualidad no se está cumpliendo».

SIN ESPECIALIDADES

En este sentido, la Dra. Benito afirmó que «a mí lo que me



preocupa es que estemos dejando toda la formación para el posgrado. Les capacitamos para poder realizar todos los procedimientos que luego pueden desarrollar en un posgrado, pero no tienen habilidades para llevarlos a cabo, es muy triste». A este respecto, el Dr. De Pedro planteó la cuestión de «¿qué porcentaje de alumnos se preocupan en realizar un posgrado? Porque una persona que acaba de terminar la carrera está igual de capacitado, legalmente, para ejercer».

Este interrogante trajo a colación el debate de la no existencia de las especialidades en España. Para el Dr. De la Hoz, «independientemente del concepto científico de la especialidad, lo grave es la desventaja que los dentistas españoles tienen con respecto a los del resto de la Unión Europea, el hecho de que venga un odontólogo especialista en Periodoncia de un país donde esté aceptado y pueda decir que es especialista en Periodoncia, mientras que uno de aquí no lo pueda hacer, eso es triste».

Desde su punto de vista, el Dr. De Avellanal recordó que «hoy en día, un licenciado en Medicina no puede ejercer, a no ser que lleve a cabo una especialidad. Sorprende que en el campo de la Odontología no exista, por lo menos, un año de práctica obligatorio. O puede que haya que empezar por medidas más sencillas...». El debate retomó en este punto, y

Todos los asistentes al encuentro, organizado por GACETA DENTAL coincidieron en destacar la importancia de que el dolor orofacial se reconociera como una especialidad en Odontología.



de la mano del Dr. De la Hoz, el tema de una formación más médica. «Habría que remodelar la formación de alguna forma, buscar alguna vía para que los dentistas recibieran una mayor formación médica, aunque es un tema muy amplio. Lo que sí se necesita es una formación de base común en la que estuvieran incluidos los odontólogos. Mi modelo ideal sería una remodelación de la carrera de Odontología donde hubiera dos o tres años de una formación médica importante». Además, otro de los problemas que se encuentra el sector «es la necesidad imperiosa de acreditación de la formación continuada, que es imprescindible. En EE UU tienen una licencia para trabajar que hay que renovar cada cinco años presentando unos créditos de formación. Es una iniciativa que tendría que surgir por parte del Consejo General de Dentistas, pero con un convencimiento firme». Para la Dra. Benito, «lo ideal sería como ocurre en otras disciplinas, hacer un doble grado, en este caso de Medicina y Odontología».

TRABAJO EN EQUIPO

Volviendo al abordaje del Dolor Orofacial, el Dr. De la Hoz aseguró que «la estadística demuestra que los pacientes con cualquier problema de Dolor Orofacial llevan un promedio de más de cuatro años de vía *crucis* por diferentes especialistas de la salud hasta lograr el adecuado. Para ese momento, el paciente ya tiene dos problemas, uno, el que tenía originalmente y el segundo, el derivado de que nadie die-



El tratamiento del dolor orofacial bajo un enfoque multidisciplinar fue una de las cuestiones que se abordaron durante el encuentro.

ra con ello, de 'bicho raro' y de angustia existencial. De ahí que nuestra especialidad sea tan importante».

Lo que realmente funcionaría, en opinión de la Dra. Benito, «serían los equipos multidisciplinarios. El odontólogo no sabe trabajar en equipo, una vez al mes tiene que reunirse y hablar».

Del mismo modo, el Dr. Prieto se refirió a «un equipo multidisciplinar coordinado. Contar con un directorio de especialistas y tener unos canales de derivación adecuados». Por su parte, el Dr. Font añadió que «si los odontólogos en este momento no tienen la formación o la mentalidad que deberían tener para estos tratamientos multidisciplinarios, a lo mejor no sería descabellado pensar en que se pudieran crear unidades del dolor en Odontología, sería la referencia que tendrían los odontólogos», concluyó.

SENSIBILIDAD CENTRAL

Dentro de este abordaje integral del paciente cobra gran impor-

tancia el componente psicoafectivo. «El dolor, si no lo tratamos adecuadamente y se va prolongando en el tiempo adquiere características de dolor neuropático, y su manejo se complica enormemente. Eso es lo que denominamos sensibilidad central, de ahí la importancia del tratamiento precoz, incluso de la percepción simple del dolor agudo defensivo que no siempre entendemos», aseguró el Dr. Del Avellanal. En opinión del Dr. De la Hoz, «se trata de un fenómeno primario en el que una persona genética y epigenéticamente condicionada presenta una mayor tendencia primaria a desarrollar un estado de respuesta hiperactiva de su cerebro ante cualquier estímulo. Estos pacientes hipersensibles son los que llenan las consultas».

En definitiva, y parafraseando a uno de los padres de la Medicina moderna, William Osler, el Dr. Juan Manuel Prieto concluyó: «Escucha al paciente, que te está dando el diagnóstico».