



EDITORIAL

Tratamiento no farmacológico del dolor crónico no oncológico en atención primaria. Una propuesta de uso sistemático del «Consejo breve en dolor»



Non-pharmacological treatment of chronic pain in primary care. A proposal for the systematic use of "Brief pain advice"

«Por mí se va a la ciudad doliente, por mí se ingresa en el dolor eterno, por mí se va con la perdida gente». Con esta anáfora comienza el viaje de Dante.

Ante un paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) complejo, como profesionales, a veces nos preguntamos si somos parte del problema o parte de la solución. Otras veces, ante otro paciente con dolor agudo al que vemos comenzar el viaje a su infierno personal, nos satisface reorientarle en su camino, o nos frustra verle desconfiar de nuestras indicaciones y no poder ayudarle en ese momento.

En España, según recoge la Encuesta Europea de Salud de 2020¹, de las 10 enfermedades que padece con más frecuencia la población, cuatro tienen que ver con el DCNO: dolor lumbar crónico, dolor cervical crónico, migrañas o cefaleas crónicas y artrosis, aumentando el porcentaje de personas que padecen dolor conforme aumenta la edad y siendo más frecuente en mujeres.

En el 2014 se estimaba que el dolor crónico afectaba al 17%² de la población española, estimándose un gasto del 2,5% del producto interior bruto (PIB); según la última estimación³ en el 2022 afecta al 25,9% de la población. La pregunta podría ser: ¿es el dolor crónico una enfermedad transmisible?⁴, entendiendo por transmisible trasmítido a través de la información o el aprendizaje observacional. De alguna manera la respuesta podría ser que sí⁵.

De acuerdo con los datos arrojados por el barómetro del dolor crónico en España de 2022⁴, hasta un 28,6% de pacientes han requerido una baja laboral en el último año, obligando a un 32% de los mismos a abandonar su ocupación y a un 17,3% a cambiar de puesto de trabajo. En cuanto al consumo de recursos sanitarios, un 69,4% de los pacientes han sido remitidos a servicios de atención hospitalaria y el 42% de los pacientes han recibido atención sanitaria debido a su dolor en el último mes, la mayoría en Atención Primaria (AP). En un estudio acerca del impacto del dolor

crónico en España⁶ encuentran que la población con dolor crónico incapacitante tiene seis puntos menos en cuanto a calidad de vida mental y doce puntos menos en la física, consume tres veces más fármacos, duplica el uso de los servicios sanitarios y triplica la frecuencia de ausencias laborales prolongadas con respecto a la población sin dolor crónico; pero la población con dolor crónico no incapacitante se asemeja a la población sin dolor crónico, es decir el gran problema es el dolor crónico asociado a discapacidad. Parece claro que tenemos delante un problema de salud importante.

A pesar de los medios exponencialmente puestos en su tratamiento «clásico», pruebas de imagen, opioides, cirugías, tratamientos intervencionistas, se sabe ya desde hace años que la prevalencia del DCNO y que la discapacidad asociada sigue en aumento⁷. Probablemente uno de los factores sea que no estamos ofertando el tratamiento indicado para este importante problema de salud, que según las Guías de práctica clínica (GPC)⁸ en la actualidad es un tratamiento no farmacológico basado en educación y ejercicio físico, que debería ser proporcionado principalmente desde la AP. En los últimos años han ido apareciendo en nuestro país iniciativas en este sentido, como la Unidad de estrategias de afrontamiento activo del dolor de Valladolid⁹, y las recientes de Palencia, Burgos y del País Vasco¹⁰, llevadas por profesionales de AP: fisioterapeutas, médicos, enfermeras, etc., con amplios conocimientos en el tratamiento del DCNO; pero la realidad es que todavía hay una enorme brecha entre las recomendaciones de las GPC y la práctica clínica habitual en las consultas, y para mejorar esta situación se sabe que es importante empezar abordando las creencias en torno al dolor en profesionales sanitarios, ya que en parte el DCNO es iatrogénico¹¹.

La educación en dolor forma parte de una buena asistencia, y es imprescindible para ayudar al paciente a tomar decisiones⁸. La atención al DCNO en las consultas de AP

es un proceso susceptible de mejora, donde todos los profesionales podemos y debemos participar. ¿Existe en los profesionales de AP la necesidad percibida de hacerlo? Creemos que sí, esperamos que sí. El DCNO es un motivo de consulta frecuente. Por eso, hacemos una propuesta de intervención educativa de mínimos en tratamiento no farmacológico del dolor, que también podría llamarse consejo breve en dolor (intervención de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional). El objetivo de este consejo es que el paciente entienda su dolor, comprenda la importancia de permanecer activo a pesar del dolor y que el ejercicio físico es el mejor tratamiento disponible en la actualidad; para que con esta información pueda tomar decisiones encaminadas a mejorar su función y su salud. Como efecto secundario del tratamiento, el dolor puede mejorar o desaparecer.

Sabemos de la importancia de una buena relación médico-paciente, uno de nuestros puntos fuertes; la empatía del profesional por ejemplo se ha asociado por sí sola a mejores resultados en dolor crónico (menor intensidad, menor discapacidad y mejor calidad de vida)¹². Para dar consejo en dolor evitando enviar mensajes nocivos al paciente, que generen hipervigilancia o favorezcan la fragilización, necesitamos conocer el dolor situándolo en la esfera biopsicosocial y conocer básicamente causas, pronóstico y efectividad de los tratamientos en cada problema de salud, cuestionándonos nuestras propias creencias al respecto. Sabemos que tratar a pacientes con DCNO de años de evolución es complejo; pero creemos que, abordando con los consejos adecuados el dolor agudo, subagudo y al inicio del DCNO, podemos reorientar al paciente en su camino, ayudándole a tomar decisiones favorables.

En resumen, mostrar empatía e incorporar con seguridad y sistemáticamente el consejo de permanecer en lo que se pueda activo es empezar en este consejo de mínimos. A partir de ahí todo es seguir avanzando. Para ello iniciamos una serie de artículos especiales sobre el uso sistemático del consejo en dolor en la consulta de AP: empezamos con consejos educativos breves en el abordaje de las falsas creencias entorno al dolor.

«Quien sabe de dolor, todo lo sabe». Dante

Financiación

No hubo fuentes de financiación.

Conflictos de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2020. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. 2020 [consultado 12 Jun 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
2. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». Rev Soc Esp Dolor. 2014;21:16-22.
3. Barómetro del dolor crónico en España 2022. Fundación Grünenthal, Observatorio del dolor de la Universidad de Cádiz [Internet]. 2023 [consultado 12 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.fundaciongrunenthal.es/fundacion/pdfs/barometro-dolor-cronico-espana-2022-resumen-ejecutivo.pdf>
4. Raspe H, Hueppe A, Neuhauser H. Back pain, a communicable disease? Int J Epidemiol. 2008;37:69-74, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dym220>.
5. Buglewicz-Przewoźnik E, Adamczyk WM, Bąbel P. Is Pain Contagious? Innocuous Stimulation Can be Transformed Into the Pain Experience by Observational Learning. J Pain. 2022;23:2135-43.
6. Cabrera León A, Cantero-Braojos MA. Impacto del dolor crónico discapacitante: resultados de un estudio poblacional transversal con entrevista cara a cara. Aten Primaria [Internet]. 2018;50:527-38.
7. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? J Am Board Fam Med. 2009;22:62-8, <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2009.01.080102>.
8. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Apr 7 [consultado 1 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
9. <https://www.lavanguardia.com/local/castilla-leon/20240309/9547598/unidad-modelo-extiende-comunidad-importa-resto-pais-mundo-agenciaslv20240309.html> [consultado 15 Oct 2024].
10. <https://osaraba.eus/es/he-tenido-que-resetear-lo-que-creia-sobre-el-dolor-2/> [consultado 15 Oct 2024].
11. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al., Lancet Low Back Pain Series Working Group. Low back pain: a call for action. Lancet. 2018;391(10137):2384-8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4).
12. Licciardone JC, Tran Y, Ngo K, Toledo D, Peddireddy N, Aryal S. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. JAMA Netw Open. 2024;7:e246026, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6026>.

María Victoria García Espinosa* e Isabel Prieto Checa
Atención Primaria, Centro de Salud Los Alpes, Madrid,
España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: [\(M.V. García Espinosa\).](mailto:vgespinosa@gmail.com)