



ARTÍCULO ESPECIAL

Falsas creencias en torno al dolor. Consejos educativos breves en la consulta de atención primaria



María Victoria García Espinosa^{a,*}, Silvia Fernanda García Vila^b,
María Fernández de Paul^c, Patricia Moreno Carrero^d, Isabel Prieto Checa^a
y Gema Izquierdo Enríquez^e

^a Gerencia de Atención Primaria, Centro de salud Los Alpes, Madrid, España

^b Gerencia, Centro de salud Buenos Aires, Madrid, España

^c Gerencia de Atención Primaria, Centro de Salud Benita de Ávila, Madrid, España

^d Gerencia, Centro de salud Valleaguado, Madrid, España

^e Gerencia de Atención Primaria, Centro de salud Villa de Vallecas, Madrid, España

Recibido el 4 de julio de 2024; aceptado el 17 de julio de 2024

PALABRAS CLAVE

Dolor crónico;
Tratamiento;
Consejo breve;
Atención primaria

Resumen En el dolor crónico no oncológico (DCNO) existe una importante brecha entre las recomendaciones de las guías y la práctica clínica habitual en las consultas. Para mejorar esta situación es imprescindible abordar falsas creencias en torno al dolor en pacientes y profesionales de la salud. Hablamos de falsas creencias culturales como pensar que dolor equivale a daño en el tejido donde se percibe, que el dolor se origina en la zona donde es percibido, que es importante reposar para que los tejidos curen, o que fármacos y cirugía son los mejores tratamientos.

Para empezar, los profesionales necesitan reflexionar sobre sus propias creencias y cuestionarse su propia práctica clínica: ¿que creo yo sobre el dolor?, ¿están estas creencias en línea con la evidencia actual?, ¿sigo las recomendaciones de las guías de práctica clínica? De esta manera, alineando sus creencias con la evidencia, los profesionales podrán empezar a dar consejos educativos adecuados a los pacientes.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Chronic pain;
Treatment;
Brief advice;
Primary care

Unhelpful beliefs about pain. Brief pain advice in primary care

Abstract In chronic non-oncological pain, there is a gap between the recommendations and the usual clinical practice. To improve this situation, it is essential to address unhelpful beliefs about pain in patients and health professionals. We address cultural beliefs such as thinking that pain means damage to the tissue where it is felt, that pain originates in the area where it is perceived, that it is important to rest for the tissues to heal, or that drugs and surgery are the best treatments for pain.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vgespinosa@gmail.com (M.V. García Espinosa).

First, professionals need to reflect on their own beliefs and question their own clinical practice: what do I believe about pain? Are these beliefs in line with current evidence? Do I follow the recommendations of clinical practice guidelines? In this way, by aligning their beliefs with the evidence, professionals will be able to begin to give appropriate educational advice to patients. © 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

«Si buscas otro resultado no hagas siempre lo mismo».
Albert Einstein

En el dolor crónico no oncológico (DCNO), también llamado dolor persistente no oncológico (DPNO), existe una importante brecha entre las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) y la práctica clínica habitual. Esto está especialmente estudiado en el dolor lumbar y, para mejorar esta situación, se sabe que es imprescindible abordar las falsas creencias en torno al dolor tanto en pacientes como en profesionales de la salud¹. Las creencias son estados de la mente en los que uno supone que algo es verdadero o probable, pero que se expresan lingüísticamente mediante afirmaciones; desempeñan un papel central en la epistemología, la teoría de los fundamentos y métodos del conocimiento científico, donde el conocimiento se ha definido tradicionalmente como creencia verdadera justificada. En el caso de los profesionales de la salud, una creencia cultural puede percibirse como una creencia verdadera justificada (es decir, como conocimiento científico).

¿De qué falsas creencias estamos hablando?

En general, en nuestra sociedad, el DCNO se vive como daño físico, pero también como interrupción del estilo de vida, del trabajo y las relaciones; se considera que solo se puede acceder al dolor a través de sus manifestaciones en el cuerpo, algo que debería poder suprimirse farmacológicamente². Es decir, muchas personas en nuestra cultura asocian el dolor a daño en los tejidos donde lo perciben y, por lo tanto, creen que se debe reposar para que los tejidos se curen; y consideran que los fármacos y la cirugía son los tratamientos más eficaces.

Actualmente, se conoce que **dolor no es igual a daño**; puede haber dolor con daño, dolor sin daño y daño sin dolor; se puede tener mucho dolor con poco daño y mucho daño con poco dolor.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) el dolor se define como una «experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial». El dolor es siempre una experiencia personal influenciada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es importante ser conscientes de que dolor y nocicepción son dos fenómenos diferentes (los nociceptores no son sensores del dolor, no tenemos nervios del dolor ni centros cerebrales del mismo), y entender que los individuos aprenden el dolor a través de

sus experiencias de vida. En la [tabla 1](#) aparecen contenidos y ejemplos de consejo breve en definición del dolor.

Como ya se ha indicado, dolor y lesión/daño en el tejido donde se percibe son dos cosas distintas, a veces van juntas (dolor secundario) y otras veces no (dolor primario). A medida que pasa el tiempo desde que empezó el dolor, aparecen más o menos fenómenos de sensibilización³ en nuestro sistema nervioso (en teoría, la sensibilización resultaría de cambios en las propiedades de las neuronas, y de este modo, el dolor no estaría vinculado a la presencia, intensidad o duración de estímulos periféricos; se produciría hipersensibilidad al cambiar la respuesta sensorial provocada por estímulos normales). Surge el concepto de dolor nociplástico (en contraposición a dolor nociceptivo y dolor neuropático).

En resumen, el dolor crónico puede clasificarse en primario o secundario⁴, y con frecuencia se dan dolores mixtos; para complicarlo un poco más, a veces la enfermedad de base en un dolor secundario está tratada y controlada, pero persiste dolor. En la [tabla 2](#) se describen contenidos y ejemplos de consejo breve en dolor persistente.

Hay una fuerte evidencia de que las creencias como individuo y la manera en la que entiendo el dolor van a influir en como yo, como profesional, voy a informar y tratar a los pacientes, influyendo de este modo en sus creencias, actitudes y prácticas⁵. En el modelo biomédico los cambios en las pruebas de imagen son frecuentemente vistos como causa de dolor osteomuscular (profesionales y pacientes creen que proporcionan evidencia de que el dolor es «real»⁶), sin tener en cuenta que estos cambios están igualmente presentes en la población general asintomática⁷. Médicos y pacientes entienden que el diagnóstico por imagen es importante para localizar y validar por ejemplo el dolor de espalda inespecífico, subestimando los daños asociados a las pruebas de imagen innecesarias⁶ (p. ej., la petición temprana de resonancia magnética nuclear [RMN] se asocia con más cirugía de espalda, mayor prescripción de opioides, mayor intensidad del dolor y mayores costes⁸); y en ocasiones, cuestionándose el dolor cuando no aparecen cambios estructurales. En general, la población occidental asocia dolor a daño en los tejidos, sin considerar la importancia que los factores psicosociales tienen en el dolor, y parece ser que el principal origen de estas creencias es la información proporcionada por los profesionales de la salud; es decir, el dolor persistente es en parte iatrogénico¹. Para dar respuesta a esta situación los profesionales necesitan reflexionar sobre sus propias creencias¹ y como dicen Caneiro et al., cuestionarse su propia práctica clínica: «¿que creo yo sobre el dolor?», «¿de dónde vienen estas creencias?», «¿están en línea con la

Tabla 1 Contenidos y ejemplos de consejo breve en definición de dolor

El dolor se origina en el cerebro:

- «El dolor es un sistema de alarma que se activa cuando tu cerebro, a nivel inconsciente, llega a la conclusión de que puede existir una amenaza, real o posible, para el organismo».
- «El dolor forma parte del sistema de alarma automático del cuerpo, cuyo objetivo es asegurar la supervivencia del individuo».
- «El dolor es una advertencia de nuestro cuerpo avisándonos de que algo puede no funcionar correctamente. En ocasiones, nuestro propio sistema de alarma falla y emite un aviso innecesario, porque la alarma del dolor puede ser emitida incluso cuando no existen enfermedades o lesiones».

Situar el dolor en la esfera biopsicosocial

- «El dolor es una experiencia humana compleja, en la que influye no solo lo que esté ocurriendo en la zona física donde lo percibes, sino también todo lo que crees, piensas y sientes, y el contexto en el que te encuentres; es un sistema de alarma asociado a una valoración de amenaza en nuestro cerebro inconsciente, y todo lo que te importa y te preocupa entra en esa valoración».
- «El dolor es una experiencia individual compleja que incluye aspectos sensoriales, emocionales y sociales. Puede experimentarse de manera diferente en cada persona, porque nuestro cerebro interpreta los mensajes que le llegan de forma diferente».
- «La experiencia y percepción del dolor difiere de persona a persona debido a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales».

Si se considera añadir porque el paciente pregunta: dolor y nocicepción son conceptos diferentes

- «Imagínate el sonido como ejemplo, las ondas sonoras llegan hasta nuestro oído, es transmitido por unos huesecillos hasta el nervio auditivo que lleva la información al cerebro, donde es valorada por múltiples centros cerebrales y pasa a la conciencia en forma de música, o de una canción que no me gusta, o de una que me emociona, o me hace llorar; también puede ser que pase desapercibido porque no prestas atención. Los estímulos son los mismos, el significado que les doy puede ser muy diferente. Los estímulos que se envían desde los tejidos responden a cambios de presión, temperatura, etc.; llegan a la médula donde pueden ser inhibidos o potenciados, cuando llegan al cerebro son procesados en diferentes áreas cerebrales (zonas donde también se procesan emociones, creencias, memorias, etc.) y si la valoración de nuestro sistema de alarma inclina la balanza hacia la percepción de amenaza, pasa a la conciencia en forma de dolor».

Si se considera añadir porque el paciente pregunta: el dolor se aprende a través de las experiencias de vida

- «Las manifestaciones del dolor son diferentes de persona a persona y en las distintas sociedades. Es en los primeros años de vida que el individuo aprende cómo reaccionar ante los estímulos nociceptivos (cambios de presión, temperatura, pH, etc. en los tejidos) y este aprendizaje se mantiene durante toda la vida».
- «Nuestras experiencias individuales en la vida diseñan la forma en que experimentamos y expresamos nuestro dolor».

evidencia actual?», «¿sigo las recomendaciones de las GPC actuales?»⁹. Es imprescindible hacerse estos cuestionamientos iniciales y revisar las fuentes de evidencia.

También es importante ser consciente de la importancia de cómo hablamos, de las palabras que elegimos a la hora de informar a los pacientes. Por ejemplo, al informar sobre pruebas de imagen en dolor lumbar, los informes «clásicos» (que describen simplemente cambios en las estructuras) se asocian a peores resultados en dolor, funcionalidad y catastrofización; mientras que lo que se podría llamar un «informe clínico» (donde se explican los cambios encontrados como aquellos asociados a la edad, evitando términos catastrofistas) tiene beneficios significativos¹⁰.

En la [tabla 3](#) aparecen ejemplos de consejo breve sobre pruebas de imagen.

Hay otros aspectos en las intervenciones que realizamos que podemos cuestionarnos. A pesar de que no existe clara evidencia de que una postura sea mejor que otra, por ejemplo, cargando peso¹¹, muchas personas creen que puede ser peligroso coger peso doblando la columna⁹. Sigue siendo una práctica habitual en la clínica dar formación/educación sobre ergonomía e higiene postural, aunque no hay evidencia de que esto prevenga, por ejemplo, el dolor de espalda¹². Se sabe que una postura mantenida hará a los tejidos sentirse «incomodos». Eso es la nocicepción: aparece una sensación desagradable que nos avisa para cambiar de postura

Tabla 2 Contenidos y ejemplos de consejo breve en definición de dolor persistente**Definición dolor crónico /persistente:**

«Cuando el dolor persiste más allá del tiempo de curación de los tejidos hablamos de dolor crónico o persistente. El dolor persistente no es solo un dolor que dura mucho, es un proceso diferente, con tratamientos diferentes».

«Me gusta llamarlo persistente, porque la palabra crónico puede dar a entender que es para siempre y no es así, para nosotros crónico solo indica que dura más de 3 meses».

Causas del dolor persistente:

«Cuando el dolor persiste más allá del tiempo estimado de curación de los tejidos, descartadas causas específicas, no es porque no hayan curado bien. El dolor persiste porque hay un aumento de sensibilidad en nuestro sistema de alarma». «El miedo con el que se afronta el dolor inicial y creencias erróneas entorno al dolor son factores importantes para que el dolor persista».

«También es posible sentir dolor sin ningún tipo de daño en los tejidos, solo por aumento de sensibilidad del sistema de alarma».

«En ocasiones, el dolor crónico es consecuencia de una inflamación persistente en los tejidos (como, por ejemplo, en la artritis, si no hemos conseguido una buena respuesta al tratamiento), pero otras muchas veces es simplemente consecuencia de un cambio en el propio sistema de alarma».

La sensibilización del sistema de alarma:

«Imagínate la alarma de un coche, debería sonar cuando alguien intenta robar el coche, pero puede saltar solo con que alguien lo toque, o pase cerca; eso mismo puede pasar en nuestro sistema de alarma». «Sabemos que en el dolor persistente, las causas por las que el dolor persiste o se agudiza están con frecuencia en la esfera psicosocial». «En el proceso de sensibilización de nuestro sistema de alarma se produce una amplificación de las señales que van hacia el cerebro (de tal manera que estímulos pequeños, que deberían pasar inadvertidos, se amplifican y transmiten); también hay una disminución de las señales que bajan del cerebro para inhibir los estímulos; además a nivel cerebral se cree que se produce un cambio en el procesamiento de la información, dándole más importancia a esas señales que llegan mediante creencias, miedos y preocupaciones».

«La buena noticia es que el cerebro es un sistema en constante cambio, y podemos influir poco a poco para revertir el proceso».

Fomentar el afrontamiento activo

«En toda situación de dolor persistente el sistema de alarma está más o menos sensibilizado, y el miedo ayuda a que se mantenga esta activación. Si el dolor se convierte en el jefe conduce a una limitación de la actividad y del sentido de la vida. Necesitamos ser activos y tomar el control para que esto no suceda/para mejorar/recuperarnos». «Es necesario retornar poco a poco a las actividades normales, exponiendote de forma progresiva a aquellas cosas que has dejado de hacer por el dolor».

«El miedo es un potente motivador, y depende de un contexto consciente y otro inconsciente. Conocer y comprender el cuerpo y el dolor nos ayuda a afrontar ese miedo».

y movernos, normalmente con hacerlo desaparece. Se propone simplemente no penalizar la postura o el movimiento libre y espontáneo.

El tema de la postura en el entorno laboral ha sido objeto de normalización por ISO 11226: 2000. Ergonomics – Evaluation of static working postures, en donde se considera tener en cuenta factores asociados a la postura (tiempo de mantenimiento, repetitividad, periodos de recuperación tanto en número como en duración y distribución); lo recomendable es que las tareas permitan suficiente variación tanto física como mental (en lo referente a la postura lo recomendable es evitar el mantenimiento de posturas estáticas).

En la [tabla 4](#) se describen contenidos y ejemplos de consejo breve sobre postura.

El dolor persistente no indica que se deba parar

El cuerpo humano es, en general, una estructura fuerte y adaptable. Muchos pacientes tienen creencias incorrectas en torno a la zona donde perciben el dolor persistente, como que está debilitada y empeorará cada vez más y que hay que protegerla porque es fácil dañarla^{9,13}. Aunque hay opi-

Tabla 3 Contenidos y ejemplos de consejo breve en pruebas de imagen**Si el paciente lo solicita: informar la no necesidad de estudio radiológico en dolor osteomuscular agudo no traumático sin síntomas ni signos de alarma:**

«Si no ha habido un traumatismo, en principio, no es necesario hacer una radiografía, ya que lo esperable es encontrar los cambios normales de la edad, y el tratamiento es el mismo». «No hay una clara asociación entre grado de artrosis y dolor, es decir hay gente con muchos cambios en las pruebas de imagen sin dolor, y gente con mucho dolor y pocos cambios en las pruebas».

«Hacer pruebas de imagen tempranamente no mejora los resultados, más bien todo lo contrario».

Si el dolor persiste más de lo esperado y decides solicitar radiografía: informar resultados esperables en pruebas de imagen solicitadas:

«Como el dolor dura más de lo habitual vamos a pedir una radiografía para confirmar que no haya nada que no tenga que estar ahí; lo esperable es encontrar cambios asociados a la edad».

Si el paciente solicita RX/TAC/RM y no lo crees necesario:

«Solo tiene sentido pedir un RX/TAC/RM cuando sospechamos que el resultado cambiaría tratamiento». «La solicitud de una prueba de imagen puede ser necesaria cuando vemos algún signo/síntoma de alarma, pero en tu caso no están presentes».

Cuando se decide enviar a un especialista del segundo nivel para estudio, informar posibles resultados si se pide TAC/RM:

«Como ya hemos hablado la presencia de imágenes que llaman degenerativas en la columna vertebral/rodilla son comunes en personas asintomáticas, y estos hallazgos forman parte del envejecimiento normal de las personas. Si el reumatólogo/traumatólogo/rehabilitador te pide un TAC o RM lo normal es encontrarlos». «Puede ser que el especialista decida que no es necesario pedir un estudio».

Si te traen resultados TAC/RM, informar resultados descritos en pruebas de imagen realizadas según el contexto clínico:

«Como hablamos, lo normal es encontrar cambios asociados a la edad; hay que ver si algunos de estos hallazgos pudieran estar asociados a la clínica que presentas, y ver si es necesario plantearse la posibilidad de un tratamiento diferente».

RX: rayos X; TAC: tomografía axial computarizada; RM: resonancia magnética.

niones diversas frente a si es mejor el reposo o permanecer activo, muchas personas pueden llegar a la conclusión de que la mejor respuesta al dolor es el descanso y la evitación de las actividades que lo desencadenan o aumentan para «curarse»⁹. Las GPC¹⁴ recomiendan educación y ejercicio físico como tratamiento de primera línea en el DCNO, y recomiendan, en lo posible, mantener las actividades habituales, incluido el trabajo (los pacientes que se mantienen activos y continúan con las actividades normales de la vida tienen una recuperación más temprana de los síntomas y menor discapacidad). Con respecto a este tema, hay evidencia moderada de que los profesionales de la salud con una fuerte orientación biomédica o con creencias personales de miedo/evitación tienden a sugerir a los pacientes limitar la actividad física y el trabajo, no adhiriéndose a las recomendaciones de las GPC⁵. La recomendación de reposo en dolor no traumático es errónea, facilita la cronificación y el sedentarismo. Tal vez esta recomendación está asociada a la creencia de que el ejercicio físico puede «hacer daño» o puede empeorar, por ejemplo, la artrosis.

Los signos degenerativos también podrían llamarse «cambios asociados a la edad», en las pruebas de imagen están presentes en la población general asintomática⁷, aumentando su prevalencia con la edad; es decir, forman parte del envejecimiento normal del cuerpo, y hacer ejercicio físico usando esa articulación no empeora estos

cambios asociados a la edad¹⁵ y sí mejora el dolor y la funcionalidad^{12,14}.

En la [tabla 4](#) se describen contenidos y ejemplos de consejo breve para mantenerse activo.

En la actualidad, fármacos y cirugía han demostrado que no son el mejor tratamiento para el dolor osteomuscular persistente

Aunque se conoce que el mejor tratamiento disponible en la actualidad para el DPNO es el ejercicio físico¹⁴, asociado a educación para que el paciente lo comprenda y lo realice sin miedo a «hacerse daño», todavía existe una enorme distancia entre lo recomendado y lo que se hace habitualmente¹. La mayoría de los tratamientos que se proporcionan en la actualidad intentan actuar sobre las estructuras que se consideran responsables del dolor, generalmente las del sistema musculoesquelético, o las vías de transmisión del sistema nervioso (mecanismos de entrada nociceptiva); sin tener en cuenta que, con frecuencia, el DPNO más que a lesiones tisulares, se debe a cambios en los mecanismos de procesamiento del dolor y a la afectación de los sistemas de analgesia endógena³. Es cierto que todavía queda mucho por conocer, pero lo razonable es centrarse en la evidencia actual y adherirse a las recomendaciones de las GPC.

Tabla 4 Contenidos y ejemplos de consejo breve para mantenerse activo

Siempre dar recomendación de permanecer activo en la medida de lo posible

«Estamos diseñados para movernos. A pesar del dolor es importante, en lo posible, permanecer activos y movernos». «El movimiento va a hacer que todo vaya mejor».

Si el paciente pregunta por posturas adecuadas o inadecuadas:

«Aunque pudieras mantener siempre lo que se considera una buena postura, al trabajar, por ejemplo, podría aparecer dolor por el simple hecho de mantenerla mucho tiempo. Lo importante es cambiar frecuentemente de postura».

«La mejor postura es la siguiente postura».

Si el paciente expresa miedo al movimiento espontáneamente o al preguntar:

«Si no hay sospecha de fractura, sea cual sea la causa de dolor, el movimiento va a hacer que las cosas vayan mejor; recuerda, el que te duela no quiere decir que te estés haciendo daño».

«Mantener las actividades habituales, incluido el trabajo, favorece una recuperación más temprana de los síntomas y reduce la discapacidad».

Si el paciente solicita incapacidad temporal (IT) y es razonable, pactar IT corta o baja/alta:

«Entiendo que en estos momentos es difícil mantener la actividad laboral, y me parece razonable una baja por unos días hasta que ceda el dolor más agudo; pero recuerda que, en lo que puedas, es mejor moverse, aprovecha el tiempo disponible para los autocuidados, y en cuanto el dolor lo permita lo mejor es retornar a las actividades habituales, aunque no haya desaparecido del todo».

Este es un aspecto sensible y complicado de la atención que hay que individualizar

Tabla 5 Contenidos y ejemplos de consejo breve sobre efectividad de tratamientos de primera línea

Informar tratamiento de primera línea:

«La combinación de educación y ejercicio físico es el tratamiento más efectivo en la actualidad en el DPNO». «Han demostrado que mejoran la calidad de vida y reducen el dolor». «Comprender el dolor nos ayuda a movernos sin miedo a hacernos daño. El ejercicio físico progresivo y confiado mejora la función física y disminuye poco a poco la sensibilización del sistema nervioso».

Fomentar el afrontamiento activo:

«En general, es mejor centrarse en lo que tú puedes hacer, tomando decisiones, por ejemplo, sobre la medicación, la actividad física y el manejo del estrés».

«Es importante ponerse objetivos razonables que te permitan llegar a aquello que te gustaría recuperar o conseguir en estos momentos de tu vida».

«Lo que puedes hacer para que todo vaya mejor es mantener la actividad física y mental: hacer ejercicio, aprender y practicar alguna técnica de relajación, así como mantener el contacto con tu familia y amigos».

Consejo sobre ejercicio físico:

«La actividad física es necesaria para una buena salud. El ejercicio físico lo mejora todo y lo previene todo. ¿Qué ejercicio físico?: para empezar uno que te sea fácil y te haga sentir bien».

«El ejercicio físico es tan efectivo como muchos fármacos, pero ningún fármaco tiene los efectos beneficiosos que produce».

«El ejercicio físico puede mejorar tu estado físico y emocional, mientras reduce la sensibilidad al dolor».

DPNO: dolor persistente no oncológico.

Tabla 6 Contenidos y consejo breve sobre la efectividad de otros tratamientos, con algunos ejemplos en patologías específicas**Si el paciente lo solicita: consejo sobre fármacos según vaya preguntando:**

«Existe una amplia variedad de fármacos disponibles para aliviar el dolor, aunque en el dolor crónico no son tan efectivos como nos gustaría. Además, los tratamientos no funcionan por igual en las diferentes personas».

«el tratamiento es sintomático, y su objetivo es ayudar a movernos más fácilmente».

«Los fármacos pueden ayudar a mejorar el dolor, pero si no funcionan no tiene sentido tomarlos». «¿En otras ocasiones qué es lo que mejor te ha funcionado?».

«Si te funciona puedes usar paracetamol una temporada».

«Los antiinflamatorios pueden ayudar puntualmente o a corto plazo, lo ideal es usar la menor dosis posible el menor tiempo posible». «¿Hay alguno que te haya ido especialmente bien?»

Si el paciente solicita opioide expresamente:

«Los opiáceos en el DCNO tienen un papel muy limitado, han demostrado que no son tan seguros ni tan efectivos como creíamos y en principio es mejor evitarlos».

Si el paciente insiste y no es un dolor claramente primario:

«Si a pesar de lo que hemos hablado quieres probar, podemos hacerlo unos días, hasta que ceda el dolor más agudo».

Si el paciente lo solicita o te planteas probar:

«Podemos probar con la duloxetine (que es un antidepresivo que usamos en el dolor persistente). En algunos casos puede ayudar a disminuir la sensibilidad del sistema de alarma y disminuir la intensidad del dolor».

Otros tratamientos:

«Los resultados sobre dolor entre cirugía y no cirugía son los mismos, y solo estaría indicada en casos seleccionados».

«Las técnicas que se ofertan desde las unidades del dolor aportan beneficio temporal y debe limitarse a casos muy seleccionados, como parte de un tratamiento integral».

DCNO: dolor crónico no oncológico.

En la [tabla 5](#) se incluyen contenidos y ejemplos de consejo breve sobre efectividad de los tratamientos de primera línea.

¿Qué actividad física se debería recomendar?

Según la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE), la que elija el paciente. Existe evidencia moderada de que el ejercicio reduce el dolor y mejora la calidad de vida, a corto y largo plazo; la evidencia es consistente en diferentes tipos de ejercicio (cardiovascular, técnicas cuerpo mente, fuerza o combinaciones), y es más probable que la actividad se mantenga en el tiempo si se adapta al estilo de vida, la capacidad física y las preferencias del individuo¹⁴. En los casos en que el paciente ha estado inactivo, la reintroducción debe ser progresiva y gradual (encontrando el equilibrio entre hacer lo suficiente para ir adaptándose y no hacer «demasiado»), sin estar centrada en la zona de dolor y dirigida a recuperar o mantener la función y las actividades del día a día que se han dejado de hacer. El cuerpo está diseñado para responder a los cambios desarrollando tolerancia a la actividad física. Si el paciente

tiene miedo o cree que no puede adaptarse, eso influirá en lo que considera demasiado, limitando la progresión ([tabla 5](#)).

Aunque hay un porcentaje de la población que cree que los fármacos no son suficientes para controlar el dolor¹³, existe la creencia de que son efectivos para el DPNO^{2,13}. Lo cierto es que la evidencia muestra un panorama muy diferente¹². No hay evidencia que apoye el uso de paracetamol¹⁶, aunque por su perfil de riesgo no hay que descartar su uso. Los antiinflamatorios (AINE) tópicos (diclofenaco y ketoprofeno) tienen una eficacia limitada¹⁷, pero pueden recomendarse, especialmente a pacientes con artrosis de mano y rodilla con comorbilidades gastrointestinales o cardiovasculares y a pacientes con fragilidad. Los AINE reducen el dolor y la discapacidad, pero su efecto, por ejemplo, en dolor lumbar crónico no es clínicamente significativo frente a placebo, con una duración media de los estudios de siete días¹⁸. Con respecto a los opioides, a corto plazo, existe evidencia de calidad muy baja a baja de que pueden mejorar un poco (no llega a un punto en una escala del 0 al 10) el dolor lumbar crónico, pero con efectos secundarios; a largo plazo no son superiores a los no opioides en

mejoría de dolor ni discapacidad y se asocian a más efectos adversos, abuso o dependencia y posiblemente a un aumento de mortalidad por todas las causas¹⁹. Los gabapentinoides no son efectivos en dolor lumbar, ciática, estenosis de canal o migraña y se desaconseja su uso²⁰. Con respecto a los anti-depresivos, la duloxetina muestra una eficacia moderada en todos los objetivos a una dosis estándar. Con el resto de los antidepresivos la evidencia fue baja o incierta y no se puede establecer su efecto en la depresión asociada al dolor crónico, pero no hay evidencia de la eficacia ni de la seguridad a largo plazo²¹. Resumiendo, en la práctica debemos adherirnos al *primum non nocere*, pactando con el paciente que lo solicite un tratamiento farmacológico seleccionado según la evidencia y el balance riesgo/beneficio, en la menor dosis posible y el menor tiempo posible.

En la [tabla 6](#) se incluyen contenidos y ejemplos de consejo breve sobre fármacos.

Con respecto a otras intervenciones, tienen un papel en individuos seleccionados. Por ejemplo, en la inyección de corticoides articulares en la rodilla, la calidad de la evidencia se consideró baja para todos los resultados (mejora en dolor agudo, no mejora en dolor crónico)²².

La cirugía artroscópica en artrosis de rodilla, por ejemplo, da lugar a poco o ningún efecto beneficioso clínicamente importante en el dolor o la funcionalidad, probablemente no tiene efectos beneficiosos clínicamente importantes en la calidad de vida y podría no mejorar el éxito del tratamiento en comparación con una intervención placebo²³. Igualmente, en dolor lumbar crónico inespecífico no hay diferencias en dolor y discapacidad entre cirugía y no cirugía²⁴ ([tabla 6](#)).

Consejo breve, como intervención sistemática en educación en dolor

Se propone el uso del consejo breve en educación en dolor como intervención sistemática de mínimos en las consultas de atención primaria. El consejo breve es una intervención de dos a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional. La propuesta que hacemos es la de enviar una serie de mensajes mínimos similares en el DPNO. Un consejo breve que vaya por un mismo camino.

Ayudar al paciente a que entienda su dolor, situándolo en el entorno biopsicosocial, animarle a que tome las riendas de la situación, fomentando el afrontamiento activo; centrándose en la función: el objetivo principal es que el paciente recupere/mantenga una actividad normalizada, el dolor puede mejorar o desaparecer como efecto del tratamiento; asegurándose de que el paciente tiene expectativas realistas sobre los tratamientos disponibles; educando al paciente en mantenerse activo y animándole a hacer actividades que le hagan sentir bien; cuando se recomienda tratamiento farmacológico pactarlo siempre con el paciente, informando el balance beneficio/riesgo, evitando escalonamientos terapéuticos y hablando de duración desde el inicio; evitando en lo posible mensajes que favorezcan la medicalización del proceso.

Puntos clave

Situar el dolor en la esfera biopsicosocial: «El dolor es una experiencia individual compleja, en la que influyen aspectos sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales; todo lo que te importa y te preocupa va a influir en esa experiencia».

Causa de dolor persistente: «Cuando el dolor persiste más allá del tiempo estimado de curación de los tejidos, descartadas causas específicas, no es porque no hayan curado bien. El dolor persiste porque hay un aumento de sensibilidad en nuestro sistema de alarma».

Recomendación de permanecer activo: «Estamos diseñados para movernos. A pesar del dolor es importante, en lo posible, movernos y permanecer activos».

Informar tratamiento de primera línea en DPNO: «La combinación de educación y ejercicio físico es el tratamiento más efectivo que tenemos en la actualidad; comprender el dolor nos ayuda a movernos sin miedo, el ejercicio físico progresivo y confiado mejora la función física y disminuye poco a poco la sensibilización del sistema nervioso. ¿Qué ejercicio físico?: para empezar, uno que te sea fácil y te haga sentir bien»

Fomentar el afrontamiento activo: «En general, es mejor que nos centremos en lo que puedes hacer tú; podemos ayudarte a planificar cómo recuperar cosas que has dejado de hacer, a tomar decisiones, por ejemplo, sobre actividades sociales, actividad física, el manejo del estrés y la medicación»

La recuperación es posible.

Trabajando nuestras propias creencias, actitudes y prácticas

La práctica diaria en general, no se ajusta a las evidencias. Para que el consejo en dolor llegue al paciente, es necesario actuar en nuestra propia forma de trabajar. Incluyendo la educación, la «desmedicalización», la «no prescripción –deprescripción de fármacos» y la prescripción social de activos en salud en nuestros actos clínicos asociados al manejo del dolor persistente.

Desde el inicio, en la valoración del dolor agudo, se deben evitar pruebas que no aporten cambios en la actitud a seguir, y que además han demostrado que favorecen la persistencia del dolor; suprimiendo en lo posible el uso de fármacos que no han demostrado mejorar la evolución ni los síntomas; prescribiendo la dosis más baja que requiera, el tiempo más corto que sea necesario, planificando desde el inicio la pauta de retirada y explicando que la analgesia no tiene función curativa, sino solo paliativa y facilitadora de la movilización temprana.

Conclusión

El DCNO es un importante problema de salud. Las recomendaciones actuales no se han generalizado en la práctica clínica, y para mejorar esta situación es necesario que los profesionales nos cuestionemos nuestras creencias en torno al dolor y nos alineemos con la evidencia actual. Hacemos una revisión sobre el tema, y proponemos el uso generalizado de un consejo breve en dolor como intervención educativa de mínimos sobre falsas creencias en dolor en la consulta de AP, proponiendo contenidos y ejemplos de consejo para los pacientes. Esperamos contribuir a un abordaje del dolor con estrategias más activas por parte del paciente; y lo que es más difícil, dejar de hacer prácticas no recomendadas por parte del profesional.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 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).
- Gil A, Layunta B, Iniguez L. Dolor crónico y construccionismo. *Boletín de Psicología*. 2005;84:23–39.
- Latremoliere A, Woolf CJ. Central Sensitization: A Generator of Pain Hypersensitivity by Central Neural Plasticity. *J Pain*. 2009;10:895–926.
- Margarit C. La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. *Rev Soc Esp Dolor*. 2019;26:209–10.
- Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012;16:3–17.
- Sharma S, Traeger AC, Reed B, Hamilton M, O'Connor DA, Hoffmann TC, et al. Clinician and patient beliefs about diagnostic imaging for low back pain: a systematic qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2020;10:e037820.
- Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015;36:811–6, <http://dx.doi.org/10.3174/ajnr.A4173>.
- Jacobs JC, Jarvik JG, Chou R, Boothroyd D, Lo J, Nevedal A, et al. Observational Study of the Downstream Consequences of Inappropriate MRI of the Lumbar Spine. *J Gen Intern Med*. 2020;35:3605–12.
- Caneiro JP, Bunzli S, O'Sullivan P. Beliefs about the body and pain: the critical role in musculoskeletal pain management. *Braz J Phys Ther*. 2021;25:17–29.
- Rajasekaran S, Dilip Chand Raja S, Pushpa BT, Ananda KB, Ajay Prasad S, Rishi MK. The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of «clinical reporting»: results from an RCT and blinded trials. *Eur Spine J*. 2021;30:2069–81.
- Von Arx M, Liechti M, Connolly L, Bangerter C, Meier ML, Schmid S. From Stoop to Squat: A Comprehensive Analysis of Lumbar Loading Among Different Lifting Styles. *Front Bioeng Biotechnol*. 2021;9:769117, <http://dx.doi.org/10.3389/fbioe.2021.769117>.
- Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al., Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368–83, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6).
- Hall A, Coombs D, Richmond H, Bursey K, Furlong B, Lawrence R, et al. What do the general public believe about the causes, prognosis and best management strategies for low back pain? A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21:682.
- NICE. 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.
- Hartley C, Folland JP, Kerslake R, Brooke-Wavell K. High-Impact Exercise Increased Femoral Neck Bone Density With No Adverse Effects on Imaging Markers of Knee Osteoarthritis in Postmenopausal Women. *J Bone Miner Res*. 2020;35:53–63.
- Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Pinheiro MB, Lin CWC, Day RO, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ*. 2015;350:h1225.
- Derry S, Wiffen PJ, Kalso EA, Bell RF, Aldington D, Phillips T, et al. Topical analgesics for acute and chronic pain in adults - an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008609.pub2>. CD008609.
- Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:1269–78, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210597>.
- Nury E, Schmucker C, Nagavci B, Motschall E, Nitschke K, Schulte E, et al. Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2022;163:610–36, <http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002423>.
- Mathieson S, Lin CWC, Underwood M, Eldabe S. Pregabalin and gabapentin for pain. *BMJ*. 2020;369:m1315.
- Birkinshaw H, Friedrich CM, Cole P, Eccleston C, Serfaty M, Stewart G, et al. Antidepressants for pain management in adults with chronic pain: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;5, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD014682.pub2>. CD014682.
- Jüni P, Hari R, Rutjes AWS, Fischer R, Silleto MG, Reichenbach S, et al. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015:CD005328, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005328.pub3>.
- O'Connor D, Johnston RV, Brignardello-Petersen R, Poolman RW, Cyril S, Vandvik PO, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee disease (osteoarthritis including degenerative meniscal tears). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD014328>. CD014328.
- Mannion AF, Brox JI, Fairbank JC. Consensus at last! Long-term results of all randomized controlled trials show that fusion is no better than non-operative care in improving pain and disability in chronic low back pain. *Spine J*. 2016;16:588–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2015.12.001>.