

# El dolor desde la perspectiva de alumnos del grado de fisioterapia en prácticas

TERESA BELZA, DAVID GARCÉS\* Y MARÍA HERNANDO

## RESUMEN

El dolor persistente, agudo, crónico. El sistema sanitario debe acometer un reto considerable con el abordaje del dolor, que afecta a una gran parte de los pacientes. Las terapias y protocolos aplicados, muy a menudo carecen de la eficacia para el paciente, y el sistema sanitario trata de buscar una solución que pueda tratar adecuadamente el dolor. De momento, no podemos revertir y tratar definitivamente este gran problema. El debate dentro del sistema sanitario y fuera del mismo es permanente.

**Palabras clave:** Dolor agudo. Dolor crónico. Dolor persistente. Dolor. Terapia farmacológica. Terapia psicológica.

## ABSTRACT

Persistent, acute, chronic pain. The healthcare system must face a considerable challenge in addressing pain, which affects a large portion of patients. The therapies and protocols applied very often lack effectiveness for the patient, and the health system tries to find a solution that can adequately treat the pain. At the moment, we cannot reverse and definitively treat this major problem. The debate within the health system and outside it is permanent. (DOLOR. 2023;38:115-22)

**Keywords:** Acute pain. Chronic pain. Persistent pain. Pain. Pharmacological therapy. Psychological therapy.

**Corresponding author:** David Garcés, davidgd@blanquerna.url.edu

---

## INTRODUCCIÓN. EL DOLOR A NIVEL GLOBAL

---

Cada año se realizan miles de millones de procedimientos quirúrgicos en pacientes de todo el mundo. Se estima que entre el 10 y el 20% de estos pacientes desarrollan dolor posquirúrgico crónico que puede ser severo e inhabilitante en el 1-5% de los casos, constituyendo una entidad de alto impacto clínico. Se define al dolor posquirúrgico persistente como aquel dolor que surge luego de una intervención quirúrgica y dura, al menos, tres meses. Deben descartar otras causas, en particular condiciones de existencia previa a la cirugía<sup>1</sup>.

Se realizan más de 300 millones de intervenciones quirúrgicas anuales en todo el mundo y cada año siguen aumentando a un ritmo estimado del 5%, paralelamente a la complejidad y a las comorbilidades de los pacientes<sup>2</sup>. Sin embargo, el dolor postoperatorio agudo asociado a estas cirugías sigue estando mal gestionado desde hace muchos años<sup>3</sup>.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España un 32% de la población adulta padece algún tipo de dolor y un 11% lo padece de manera crónica, es decir, sufre al menos un cuadro de dolor que dura más de seis meses. Además, un 5% de la población adulta manifiesta dolor diariamente, con lo que esto implica: una grave afectación física y psicológica en el día a día y un gran impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen<sup>4</sup>.

Si además incluimos los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad reumática en el mundo, como la artrosis, son unos 240 millones de personas más que añadimos a la estadística. Es una enfermedad que se considera discapacitante y entre las estrategias para la reducción del dolor se encuentra el ejercicio físico moderado y adaptado, presentando evidencia científica que mejora la evolución de la enfermedad, reduce el dolor y disminuye la inflamación. Entre los factores que influyen en la artrosis destacamos el envejecimiento de la población, entre otros.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), una de cada cinco personas en el mundo sufre dolor moderado a severo, y de estas, en un tercio es incapacitante o no pueden vivir independientemente a causa del dolor.

El dolor crónico afecta al menos al 10% de la población mundial, aproximadamente 60 millones de personas, con estimaciones de prevalencia del dolor

crónico cercanas al 20-25% en algunos países y regiones. Una de cada 10 personas adicionales desarrolla dolor crónico cada año en todo el mundo<sup>5</sup>.

---

## ¿QUÉ ES EL DOLOR?

---

La experiencia del dolor es una respuesta del sistema nervioso ante algún proceso que requiere atención por parte de la persona. Es una respuesta subjetiva, ya que cada sujeto manifiesta el grado del dolor según una serie de determinantes, condicionantes, y también experiencia ante sucesos agudos o crónicos.

Por lo tanto, cuando nos enfrentamos a una situación corporal con dolor, se reúne todo un complejo funcional orgánico-fisiológico diferente según el contexto de cada sujeto, estado de los tejidos, vascularización, inervación, etc.

Desde la perspectiva de alumnos del Grado de Fisioterapia, tenemos el conocimiento adquirido al largo de los cursos precedentes, y específicamente del dolor desde su taxonomía fisiológica-psicológica-emocional-social-género-racial.

Cuando abordamos pacientes en nuestras prácticas que presentan patologías con dolor, agudo o crónico, estos explican en la mayoría de los casos que su calidad de vida y sus actividades de la vida diaria (AVD) se ven muy limitadas funcionalmente, y empeoran con el tiempo.

Los recursos disponibles en fisioterapia, tanto los medios físicos como las técnicas manuales, para el tratamiento de determinados dolores agudos y crónicos, en muchas ocasiones no ayudan al paciente, siendo necesario el uso de farmacología y otras técnicas. A menudo aquellos medios o fármacos que se han aplicado a determinados pacientes con resultados esperanzadores para el dolor no resultan tan efectivos en la aplicación a otros pacientes. Y, en general, cada vez más, muchos pacientes se han informado de los efectos secundarios y no tienen una actitud favorable ante determinados analgésicos y antiinflamatorios para el dolor que padecen.

Por lo tanto, se puede generar un debate social para la mejora asistencial en los sistemas de salud que refuercen, mejoren y resuelvan positivamente incorporar a estos pacientes a sus AVD, disminuyendo o remitiendo el dolor que padecen.

La experiencia del dolor es en muchos casos muy personal, y probablemente genera un estado al paciente con dolor, que es complejo de solucionar, valorar

y dimensionar adecuadamente. Las escalas con las que se trata de dar un «valor» al dolor agudo o crónico son referencias con un sesgo muy amplio, y las medidas son difíciles de muestrear estadísticamente.

Hemos experimentado este tipo de circunstancias durante nuestras prácticas en diversos centros, y en la mayoría de los casos la atención procedimental que realizamos se ajusta perfectamente al protocolo, pero los resultados en muchas ocasiones carecen de la calidad suficiente para que el paciente sienta un «alivio» o «mejora».

---

### MUCHAS ITERACIONES CON MEDIOS, PROBABLE MEJORÍA DEL DOLOR

---

La sensación de que muchos medios físicos, muchas iteraciones, podrán ayudar a esa persona en concreto con el dolor, seguramente es la regla más fácil que nos dirige sobre el tratamiento. Conocemos que la estrategia de «fuerza bruta» en muchas disciplinas científico-técnicas puede resolver muchos problemas, pero en el caso del dolor los resultados obtenidos nos muestran que no necesariamente la regla se cumple la mayoría de las ocasiones. Este sería el caso para una gran población que sufre de enfermedades reumáticas, con degeneración articular, rodilla, cadera, manos y columna. En muchas ocasiones las medidas preventivas y conservadoras no tienen la adherencia necesaria por parte del paciente, por lo tanto, hay que descartar que una gran parte de la población que sufre dolor participe activamente en las propuestas para modificar algunos hábitos de vida.

El abordaje fisioterapéutico para un paciente con dolor crónico frecuentemente es muy similar para pacientes con dolor agudo. En las salas de rehabilitación, los pacientes socializan entre ellos, comentan y explican sus cuestiones de salud, y se suele generalizar la opinión de la poca efectividad de muchos de los tratamientos aplicados.

En general, nosotras y nosotros, estudiantes de prácticas de fisioterapia, tenemos la impresión personal de que queda mucho recorrido por hacer, y que es necesaria la formación de las personas, implicar a los pacientes en todo el proceso, y es preciso integrar un concepto terapéutico, preventivo y conservador que mejore la salud en general, por ejemplo haciendo participar a la gran mayoría de la población en planes de actividad física dirigidos y hábitos de vida saludable.

---

### LA SALA DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN Y EL DOLOR

---

La sala de fisioterapia y rehabilitación es un lugar donde se reúnen los pacientes y se predispone un intercambio de experiencias entre ellos. Es una socialización del proceso terapéutico, con la participación de los fisioterapeutas profesionales y el equipo de estudiantes en prácticas. Y todos los profesionales tratamos de contestar a las dudas que nos plantean los pacientes. Es el lugar apropiado para entender los protocolos y procesos terapéuticos, y cómo el dolor se manifiesta de infinitas maneras en cada uno de los pacientes que lo experimenta según un contexto específico y personal.

El paciente en muchos casos tiene la necesidad de explicar lo que le sucede y contrastar toda la información necesaria, preguntando a los profesionales de la sala, para evaluar el tratamiento que se le aplica, hacer una estimación de su proceso de rehabilitación, una consulta-opinión, hacer autocrítica y valorar el trabajo que el facultativo le ha propuesto según unas circunstancias concretas.

Sabemos que diferentes factores del entorno influyen en la percepción del dolor, pero parece ser que la formación también participa, así como el estado emocional del paciente, haciéndose evidente en las fases que son tratados. Por lo tanto, además del componente neurológico-fisiológico-orgánico, tal y como comentábamos anteriormente, otros factores intervienen en esta compleja ecuación que es el dolor.

Pensamos que las herramientas actuales con las que tratamos de cuantificar adecuadamente el dolor, en muchas ocasiones nos permiten aproximarnos, pero creemos que no tenemos márgenes de error que nos permitan pensar que estamos cerca del paciente en entender su dolor. Repetidamente, el paciente presenta un estado bajo de ánimo, que le afecta en su proceso de mejora del dolor y rehabilitación de su patología.

Si en la sala se percibe un ambiente optimista, cálido, de gran empatía, de un trato amable, preocupándonos por el confort del paciente, este estado de dolor puede experimentar alguna mejoría, o bien una ligera sensación de alivio. Este clima facilita los resultados terapéuticos para el dolor en general, y podemos conseguir que el paciente obtenga las bondades de algunos medios físicos con mejores resultados, y/o también la terapia manual.

Cuando el paciente visita la sala y está leyendo simultáneamente con la terapia (medios físicos que lo permiten, magnetoterapia de cadera, rodilla o pies), con el cerebro atendiendo otra tarea, tiene efecto parecido a la estimulación de fibras alfa, beta y delta (TENS y ALTENS), que resulta en una disminución del estímulo doloroso, en este caso por bloqueo mediante neurotransmisores.

Las actividades que permiten crear varios focos de atención en el cerebro, tales como la lectura, ayudan a disminuir levemente el grado de dolor y mejorar el estado emocional del paciente. Mayor optimismo incrementa el estado de ánimo en algunos casos, correspondiéndole una mejor modulación del dolor.

En pacientes que presentan enfermedades musculoesqueléticas degenerativas y/o crónicas, que visitan con mayor frecuencia estas salas porque se les ha prescrito un número elevado de sesiones de rehabilitación, percibimos frecuentemente un desánimo generalizado, que acompaña también el pobre resultado que se obtendrá. Nuestra responsabilidad, además de técnica y terapéutica, debe apoyarse en la asertividad y empatía, dadas las circunstancias, ayudarles a mejorar en todos los componentes holísticos, y que el paciente se sienta confortado considerando las circunstancias complejas que se experimentan de su enfermedad y del dolor en particular.

El simple acto de preguntar: «¿cómo te encuentras hoy?», «¿cómo estás?», «¿mejora el dolor?», sin lugar a duda ayuda a mejorar el estado de ánimo de muchos pacientes, al sentirse acompañados en la terapia. Se va creando una relación profesional que ayuda al paciente a gestionar un problema de dolor que está presente de forma permanente en la vida de esta persona.

---

## ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO Y EL PACIENTE CON DOLOR

---

Las salas de fisioterapia y rehabilitación son un reflejo del modelo sanitario actual, de un sistema económico similar en todos los países «avanzados». Las entidades privadas de salud ofrecen el servicio a sus asociados, tratando de obtener los mejores resultados con el mínimo coste posible. Es muy obvio que el modelo que sustenta nuestro mundo de la atención sanitaria privada es así. Una empresa tiene el objetivo de obtener beneficios y estos son el resultado de los ingresos menos los gastos.

No estamos explicando nada nuevo. Cuando la referencia es la sanidad pública, todos los ciudadanos financiamos el sistema sanitario. No es tan relevante el beneficio, pero las cifras en inversión necesaria, atención de ciudadanos e infraestructura también siguen los fundamentos de la economía del capital. Quizás estamos tratando de explicar que en ocasiones aparecen tensiones en las terapias y el paciente con dolor.

El sistema sanitario, tanto público como privado, tiene que hacer frente a unas cifras de sufrimiento sobredimensionadas. Lo decimos desde una perspectiva de las estadísticas que hemos detallado en el inicio de esta reflexión del dolor. En el caso del dolor crónico, a menudo observamos como los elementos físicos y la terapia tienen poca efectividad en su aplicación, pero también es cierto que muchos profesionales de estos centros suplen con gran entusiasmo las carencias de los propios medios físicos y tratan el dolor con una gran dedicación.

Quizás deberíamos reflexionar bastante más, hacer más autocrítica del sistema y estudiar cuales serían las medidas que podrían ayudar a mejorar las cifras de los pacientes con dolor, que repetidamente visitan nuestras instalaciones, con la sensación de que en algunos casos, con alta probabilidad, el efecto de la terapia tendrá poco éxito, aunque también habrá muchos con resultados positivos.

El objetivo del artículo no es debatir sobre los modelos sanitarios actuales, sino describir la realidad que nos encontramos los estudiantes en prácticas de fisioterapia, y podemos decir que a veces tenemos la sensación de que al paciente no se le ofrece la mejor versión del tratamiento posible, desde una visión conservadora.

Los tratamientos de fisioterapia están basados en guías clínicas y se describen perfectamente todas sus fases. También los tratamientos médicos y de enfermería. Pero deberíamos hacer un esfuerzo en hacer más autónomo al paciente, para que pueda tomar sus propias decisiones en cuanto a la evolución de este en el sistema sanitario, tanto si el resultado es positivo como negativo.

Con frecuencia tenemos la sensación de que el paciente se crea una expectativa, alejada de la del sistema sanitario, y esto ocasiona malos entendidos y frustración en muchos casos. El paciente debe valorar por sí mismo si el tratamiento es el que necesita, en función de los resultados que va obteniendo.

Es verdad que muchas personas entienden que el profesional sanitario tiene la formación y el conocimiento

requerido por sus competencias, pero con frecuencia los profesionales tenemos una visión muy alejada del propio paciente.

Pensamos que sería muy interesante aumentar los equipos multidisciplinares del dolor, porque pensamos que todos los puntos de vista del mundo sanitario ayudan a sumar y tomar decisiones sobre terapias concretas para pacientes específicos.

Mayor calidad, mayor eficacia, menor dolor, más pacientes que mejoran sus AVD.

---

## EQUIPAMIENTO PARA EL DOLOR

---

Algunos pacientes que vienen a los centros de rehabilitación suelen comparar el equipamiento disponible, junto con la profesionalidad del sanitario, el entorno, instalaciones, y la actitud de los profesionales sanitarios.

Es habitual que se hagan valoraciones de si un determinado centro no dispone de un equipamiento actualizado, y de si este tiene las comodidades necesarias. La climatización, sala de espera, vestuario, etc.

Pensamos que la presión económica a la que se ven abocados la mayoría de los centros de rehabilitación y fisioterapia tiene un efecto negativo en la mejora del dolor del paciente, ya que, como habíamos mencionado en el apartado del sistema sanitario, se supe dita la oferta del servicio a una remuneración, y por lo tanto, una limitación del uso y/o aplicación de la terapia que corresponda.

En el polo opuesto encontramos que un ambiente propicio en el desarrollo de la terapia para el dolor puede acabar resultando en un efecto placebo para el paciente. Numerosos estudios indican la existencia de una interacción usuario-profesional, y de su incidencia en la mejora de la percepción del dolor.

Introducir un tobillo en un cilindro de magnetoterapia incide positivamente en una perceptible disminución del dolor; también sentir la colocación de electrodos y que un «profesional» manipule el TENS. El microondas y el ultrasonido, al ser operados por el profesional, afectan positivamente al grado de dolor que siente el paciente. La terapia manual, con sus tracciones o «bombeos», se alejan del tratamiento de calidad que requeriría un paciente con dolor, ya que tenemos evidencia que demuestra el grado de eficacia. Pero por lo que comentábamos anteriormente,

parece ser que la rentabilidad tiene que ser considerada con la dedicación del tiempo aplicado, y con los medios físicos se consigue. Durante la realización de las prácticas en diversos centros (residencias sociosanitarias, centros de fisioterapia y rehabilitación) hay dos «ideas» imperantes para tratar el dolor: los medicamentos y pomadas, y los medios físicos. El tratamiento manual solo es un servicio que se realiza muy específicamente y en consultas privadas.

El dolor tratado con terapia manual por fisioterapeutas profesionales incide positivamente en el paciente, y comprobamos como se sustituye el tratamiento personalizado por el más grupal o colectivo de los medios físicos. Entendemos que es más estandarizado, y resulta más rentable económicamente, si estudiamos las tarifas remunerativas que los sistemas privados de salud aplican en los tratamientos a sus pacientes. Se prima más la cantidad que la calidad, y nos parece que esta orientación del tratamiento está orientada a los intereses económicos del sistema de salud, más que al del propio paciente y su dolor.

---

## OTRAS TERAPIAS PARA EL DOLOR

---

Observamos en los centros donde realizamos las prácticas, centros de traumatología, sociosanitarios en general y del dolor en particular, que un gran número de pacientes recurren a otras terapias llamadas «complementarias» o técnicas diferentes de las que tienen competencias los fisioterapeutas, para minimizar las molestias que presenta sufrir el dolor, ya que los resultados que se obtienen de su experiencia práctica con los medios físicos no cubren sus expectativas.

Cuando tienes la oportunidad de tener una breve conversación con el paciente que te explica su experiencia con otras terapias que está probando, vas ampliando tu horizonte de conocimientos y se muestra una realidad que muchas veces no se equipara con las evidencias científicas para el tratamiento del dolor.

Resulta complejo todo el proceso que se desencadena en el ser humano para manifestar dolor, y también el grado potencial que experimenta este. Aunque la evaluación de las características fisiológicas pueda parecer iguales, los pacientes expresan una serie de variables que intervienen en la valoración que sienten.

Hay muchísimas interacciones del paciente, y mientras realizamos las prácticas, vemos que los efectos placebo y nocebo tienen consecuencias, positivas y negativas, para el buen resultado de la terapia aplicada.

En muchas ocasiones los pacientes nos explican que han experimentado terapias basadas en la medicina tradicional china (la mayoría acupuntura), biomagnetismo, fitoterapia, tradicional ayurveda, mexicana, tibetana, meditación, *mindfulness*, cromoterapia, etc., por enumerar algunas. Probablemente los pacientes sienten un estímulo analgésico terapéutico, y sabemos por las evidencias que es así<sup>6-8</sup>. Posiblemente, y lo hemos comentado anteriormente, poner nuestra mano encima de una zona dolorosa, interesándonos por el proceso del paciente, ayuda a disminuir el dolor. Este simple interés, ya en sí mismo, provoca en el paciente un cambio en la percepción de su problema, y se le denomina placebo.

La técnica músculo-energía se puede utilizar para tratar muchas disfunciones. Una de las presentaciones más frecuentes a las que se dirige es el dolor lumbar. El dolor lumbar ha sido identificado como la principal causa de discapacidad en los EE.UU. El tratamiento de este dolor con músculo-energía limita la prescripción de medicamentos, específicamente opioides, así como las cirugías invasivas (y muchas veces innecesarias) y las costosas pruebas de imagen, y permite al paciente sostener una mejor calidad de vida. De hecho, varios estudios han demostrado que el dolor crónico se correlaciona con algo más que síntomas físicos, también con síntomas mentales como los trastornos de ansiedad y depresión. Por lo tanto, el uso del tratamiento manipulativo osteopático como modalidad de tratamiento permite un acceso más fácil y opciones de atención más asequibles<sup>8</sup>.

Podemos afirmar que la experiencia del paciente con el tratamiento facilita una posible mejora de la sensación del dolor y pensamos que no dependerá totalmente del tipo de terapia aplicada, ya que intervendrán muchos otros factores, tal y como se presentan y describen en los estudios clínicos publicados.

---

## OTROS PRODUCTOS PARA EL DOLOR

---

Las buenas campañas de *marketing* en los medios sobre productos para el dolor consiguen que las usuarias y usuarios de los centros donde realizamos las prácticas adquieran diversidad de productos, con

una evidencia débilmente contrastada. Estamos a favor del uso de aquellos elementos que ayuden a los pacientes y les proporcionen resultados en el tratamiento del dolor, pero hay muchos en el mercado con cuya orientación, aplicación y uso no se obtiene el resultado terapéutico esperado.

Circunstancias que experimentamos en algunos centros sociosanitarios, donde los residentes, muchos de ellos con ingresos mensuales muy limitados, te hacen indicaciones para que uses solo un poco de pomada en la zona afectada, porque es «muy caro».

Habría que valorar si realmente algunos de estos productos tienen la evidencia científica necesaria para poder adquirirse libremente por el público en las farmacias.

Desde tiempos ancestrales, los humanos han utilizado los grandes recursos de la naturaleza para tratar el dolor. De hecho, seguimos haciéndolo, tratando de concentrar los principios activos de muchos fármacos, obtenidos de plantas, árboles, etc., que nos ayudan en diversas enfermedades y síntomas, como el dolor.

---

## ORIENTACIÓN DESDE LA MEDICINA Y ABORDAJE

---

Frecuentemente nos encontramos que en las salas de fisioterapia y rehabilitación se presentan casos de pacientes que siguen una prescripción médica, y después de multitud de sesiones con medios físicos, no posquirúrgicos y otras patologías no degenerativas, por ejemplo, contusiones y traumatismos sin fractura, nos damos cuenta que las benzodiazepinas como relajantes musculares no son la solución para un problema que persiste durante semanas. La calidad de vida de ese paciente disminuye considerablemente, y el sufrimiento con los analgésicos y antiinflamatorios continúa. Nos preguntamos si estaría bien reflexionar sobre si determinadas patologías, como la mayoría de los problemas osteoarticulares, serían más efectivos desde la visión del fisioterapeuta profesional, y derivar a esta especialidad sanitaria muchísimos casos de pacientes que presentan problemas de salud, con la visión más orientada a la terapia manual.

El hecho de que la fisioterapia proponga el acercamiento del paciente a la terapia manual abre un horizonte de diagnóstico fisioterapéutico, que muchas veces está alejado de lo propio de la medicina, donde el abordaje de las situaciones de dolor muy frecuentes se basan en farmacología y probablemente otras terapias alejadas del método conservador.

En los centros en los que estamos practicando con los conocimientos del Grado de Fisioterapia, reflexionamos constantemente sobre la idoneidad de determinadas terapias, realizando cierta autocrítica de nuestra profesión y metodologías.

Sabemos que cada vez más hay una orientación del sistema de salud que se acerca más a las demandas de la sociedad, en praxis y metodología del fisioterapeuta en la atención primaria y otras, especialmente del dolor.

Nuestra opinión es que debemos ser ágiles, dando soluciones a ciertas lesiones y el dolor de forma veloz, rápidamente, con efectividad y certeza. Quizás en estos momentos la sanidad pública y gratuita se encuentra en un momento difícil por la cantidad de listas de espera. La sanidad privada orienta su atención al máximo beneficio razonable en nuestro mundo avanzado.

El dolor para los fisioterapeutas del futuro es un motivo más, una oportunidad que se brinda a una profesión orientada a la experiencia del paciente, a la atención prácticamente personal, y que contamos con una gran cantidad de elementos y conocimientos que nos promueve y facilita abordar a muchos pacientes con lesiones y dolor, que a nuestro entender serían de simple tratamiento.

---

## CONCLUSIONES

---

Durante nuestra etapa de prácticas en los diversos centros sociosanitarios, hospitales, clínicas y consultas de fisioterapia, hemos comprobado que el dolor es uno de los principales síntomas que tratar por los profesionales.

Se aplican los protocolos indicados en las guías clínicas, se siguen las recomendaciones, y se tienen en cuenta todas las indicaciones de las historias clínicas.

La visita a los profesionales fisioterapeutas es prescrita por el profesional de la medicina, que en algunos casos orienta el tratamiento a sesiones de rehabilitación, combinada o no con la medicación antiinflamatoria y analgésica para el dolor.

Pensamos que podríamos mejorar una contractura muscular aplicando terapia manual, en vez de determinados relajantes musculares durante varias semanas. No es un debate sobre competencias, ni farmacología. Pensamos que orientar el foco en el paciente y su calidad de vida es muy importante, mejorar la metodología asistencial y ofrecer al paciente los me-

jores servicios y las técnicas de que disponemos es una responsabilidad profesional.

En algunas ocasiones, las experiencias de algunos pacientes con dolor en centros de salud podrían ofrecernos multitud de información para documentar sobre su eficacia en determinados resultados de algunas terapias que son aplicadas de forma un tanto anónima, sin tener en cuenta los diversos contextos en el que las personas interactúan. Nuestra percepción sobre estos aspectos de la atención al paciente con dolor es que suele existir una cierta permisividad en el uso de infraestructuras que justifican la producción de terapias «analgésicas» industrializadas y no personalizadas, porque quizás no hay otras posibilidades para obtener un rendimiento económico que justifique otras alternativas. Quizás la problemática sea origen de un debate que deberíamos empezar a resolver en el corto y medio plazo, si interesa una asistencia sanitaria comprometida con la calidad.

La observación del paciente, en algunas afecciones musculoesqueléticas, o de otra etiología, tal y como un fisioterapeuta entiende desde el tratamiento conservador, pueden situarse en paradigmas diferentes sanitarios, por formación, competencias y experiencias. Tenemos la sensación de que el sistema sanitario opera sin unanimidad, y en el dolor se manifiesta muchísimo más.

Nuestra opinión es que es necesaria la presencia de profesionales fisioterapeutas en todos los centros sanitarios para abordar todas las cuestiones que nuestras competencias nos permitirán realizar con total autonomía y con el apoyo de los equipos multidisciplinares.

Una visión específica sobre algunos procesos etiopatogénicos, en los que resulta dolor y sufre el paciente, puede ser muy útil, incluso recomendable la participación de los fisioterapeutas para apoyar y sumar criterios que aporten mejoras para el paciente. Sería muy positivo, primero para el paciente, y por supuesto, para el sector, los profesionales, todo el personal, y la calidad del sistema sanitario.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Asociación Argentina para el Estudio del Dolor. Dolor agudo [Internet]. Asociación Argentina para el Estudio del Dolor; 2017. Disponible en: <https://aaedolor.org/aa/dolor-posquirurgico>

2. Ribera Leclerc HJ, Montes Pérez A, Monerris Tabasco MM, Pérez Herrero MA, del Río Fernández S, López Pais P. El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. *Rev Soc Esp Dolor*. 2021;28(4):232-8.
3. Sociedad Española de Neurología, Un 32% de la población adulta padece algún tipo de dolor [Internet]. Sociedad Española de Neurología; 2021. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link353.pdf>
4. Jackson TP, Stabile VS, McQueen KAK. The Global Burden of Chronic Pain. *ASA Newsletter* [Internet]. 2014;78(6):24-7. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/monitor/article-abstract/78/6/24/3059/The-Global-Burden-Of-Chronic-Pain>
5. Morais BX, Ongaro JD, Almeida FO, Luz EMFD, Greco PBT, Magnago TSBS. Auriculotherapy and reducing chronic musculoskeletal pain: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(s6):e20190394.
6. Furlan AD, Yazdi F, Tsertsvadze A, Gross A, van Tulder M, Santaguida L, et al. Complementary and alternative therapies for back pain II. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2010;(194):1-764.
7. Meints SM, Edwards RR. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;87(Pt B):168-82.
8. Roberts A, Harris K, Outen B, Bukvic A, Smith B, Schultz A, et al. Osteopathic manipulative medicine: A brief review of the hands-on treatment approaches and their therapeutic uses. *Medicines (Basel)*. 2022;9(5):33.