



Universidad
Internacional
de Andalucía

TÍTULO

¿POR QUÉ SIGUE DOLIENDO?
DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO
BREVE GÚIA PARA PACIENTES

AUTORA

Elena Giménez Girona

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2025

Director	Dr. Juan Sánchez-Verde Bilbao
Institución	Universidad Internacional de Andalucía
Curso	<i>Máster de Formación Permanente en Medicina Gráfica (2023-24)</i>
©	Elena Giménez Girona
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2024



Universidad
Internacional
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

¿POR QUÉ SIGUE DOLIENDO?

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Breve guía para pacientes



Texto e ilustraciones por Elena Giménez (@doto_eg)

¿POR QUÉ SIGUE DOLIENDO?

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Breve guía para pacientes

AUTORA: Elena Giménez Girona

TFM dirigido por Juan Sánchez-verde Bilbao.

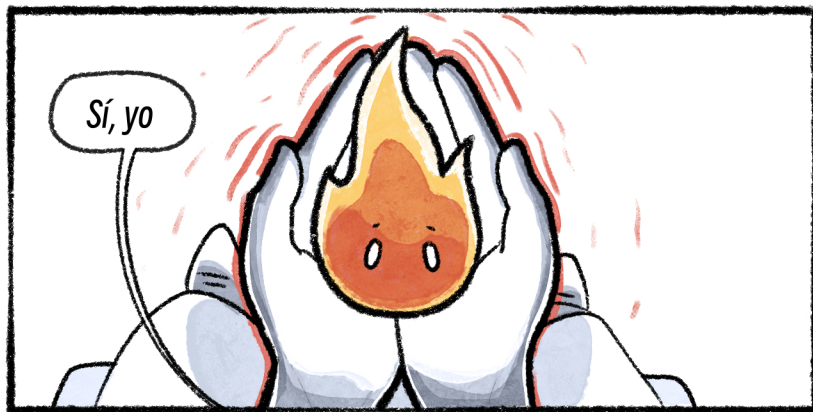
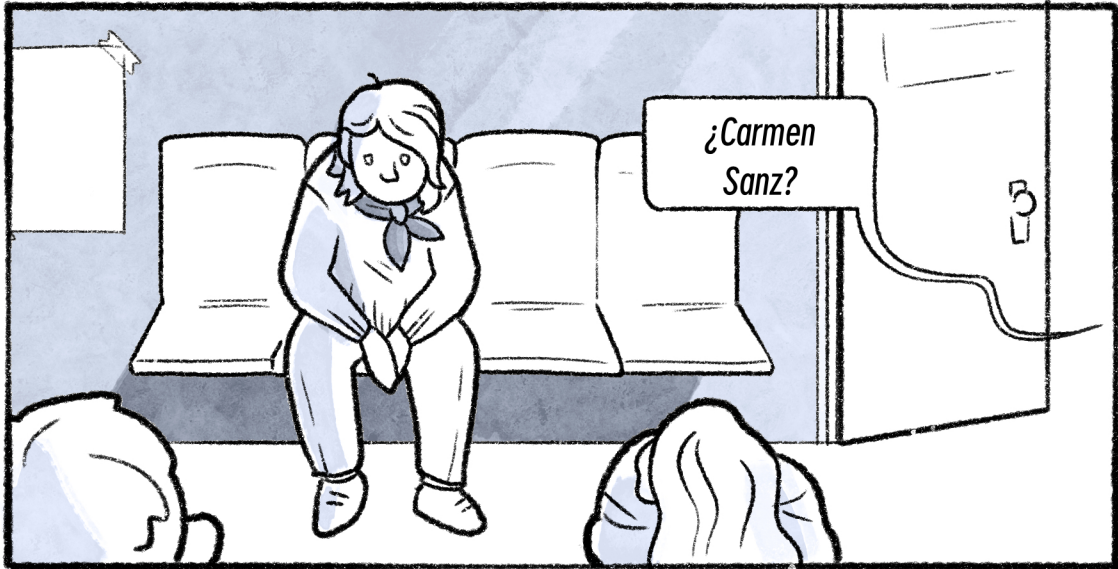
Máster en Medicina Gráfica de la UNIA

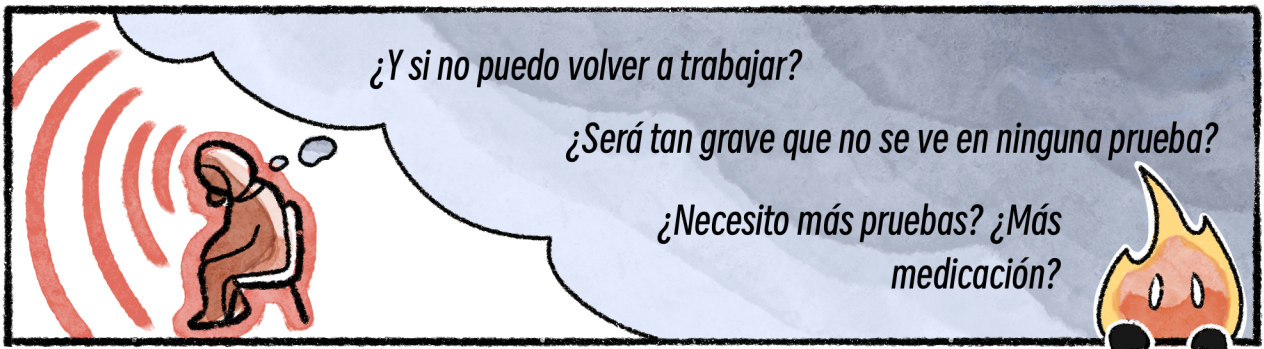
*Gracias al equipo de Medicina gráfica y todo
el profesorado que ha trazado el camino
hacia este trabajo.*

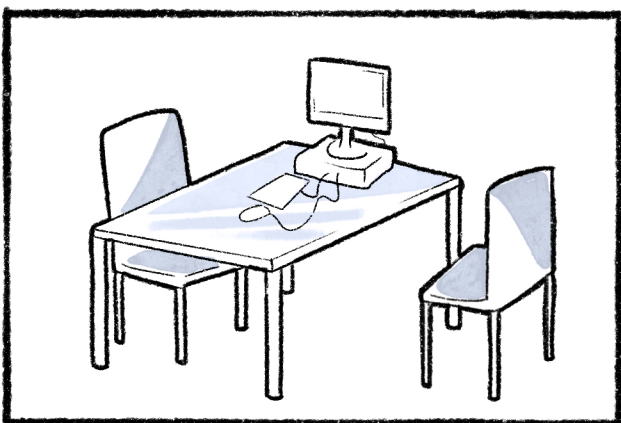
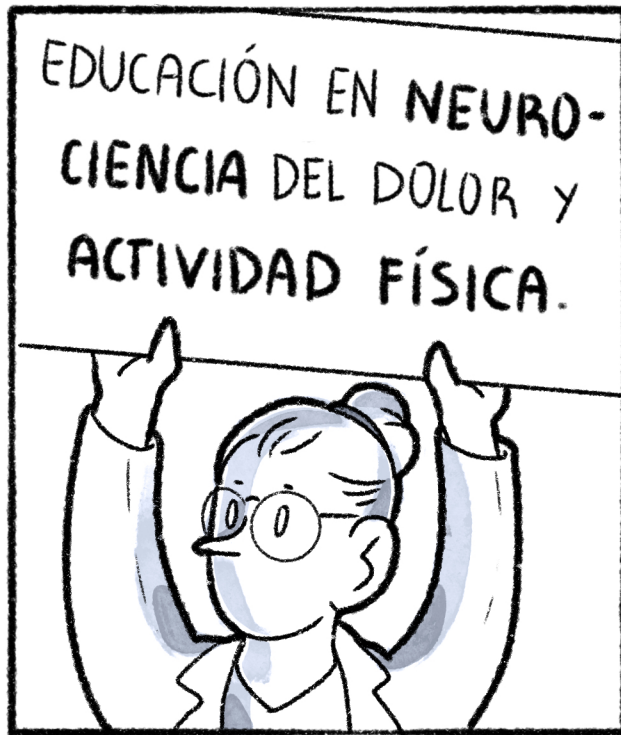


Esta guía ha sido revisada y avalada científicamente por la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

Pendiente de revisión por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y por el Colegio Oficial de Médicos de Granada (COMG).







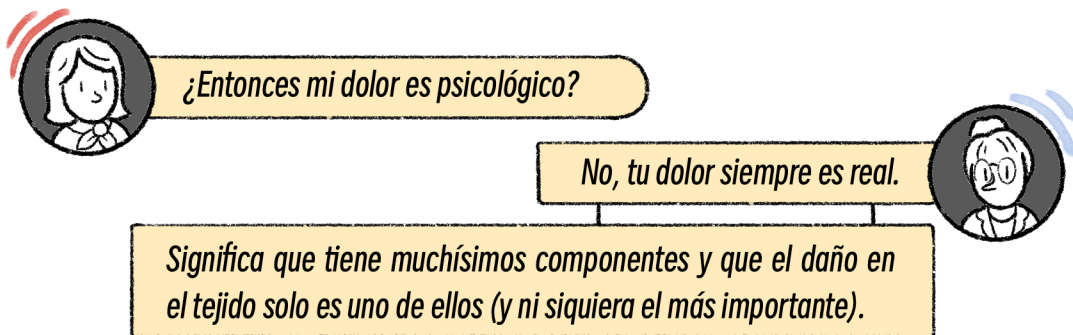
1- EDUCACIÓN EN NEUROCIENCIA DEL DOLOR

1.1- ¿Cómo funciona el dolor?



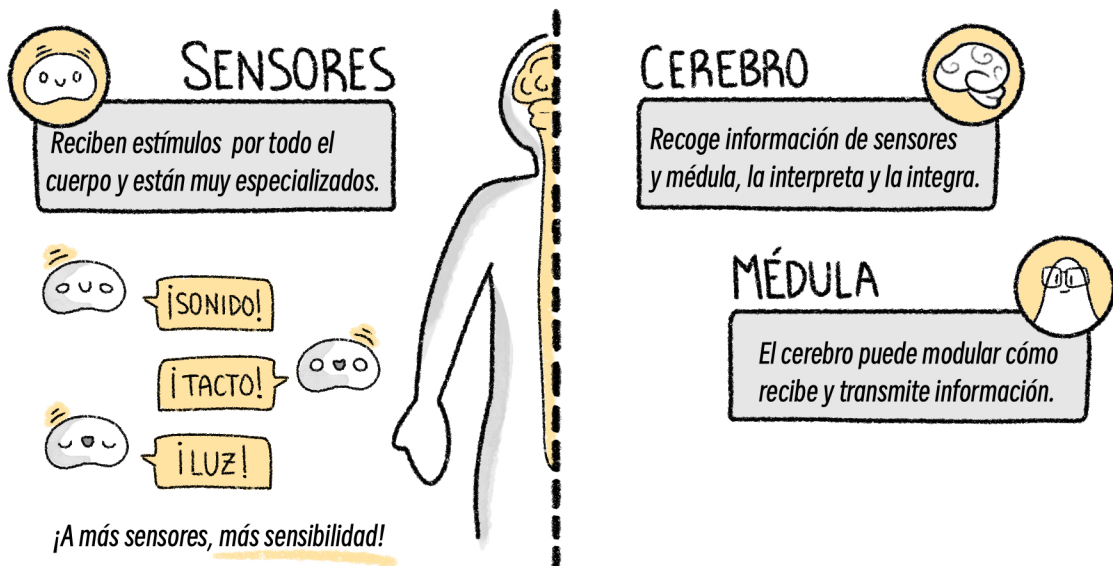
Si un soldado puede seguir luchando a pesar de las heridas... ¿por qué un pequeño golpe en un dedo duele tanto? Eso es porque el **dolor es una respuesta de tu cerebro para protegerte.**

Si el cerebro detecta una **amenaza**, puede generar dolor para apartarte de ella. Pero si cree que lo mejor para tu **supervivencia** es salir corriendo, anulará esa respuesta y no lo sentirás.



1.2- ¿Cómo se percibe el dolor?

Por un lado tenemos **El Circuito Sensorial**, la autopista por la que viajan todos los estímulos desde los sensores hasta el cerebro, pasando por la médula.



Los **sensores** están en todo el cuerpo, puede variar su número (tu sensibilidad) según las necesidades. Algunos recogen información de tejidos periféricos (piel, músculos...) y de órganos de los sentidos (luz, sonido...).

La transforman en **impulsos eléctricos** y la envían a la médula. La **médula** puede enviar información al **cerebro** y recibir información y señales del mismo.



SENSORES



No tenemos **“sensores del dolor”**, pero si un sensor detecta un estímulo potencialmente peligroso (por ejemplo, un ruido fuerte o un golpe) mandará una señal de **alarma** a la médula.



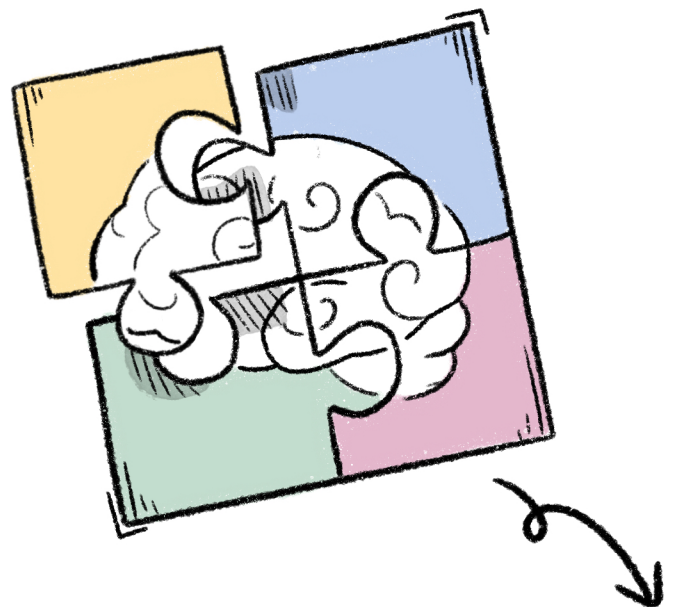
Unas pocas “alarmas” no son suficientes para activarla. La médula sigue la **ley de “todo o nada”**, es decir, si el estímulo es tan fuerte como para activar a muchos sensores y el número de “alarmas” de los sensores supera el umbral, la médula sí se activará y mandará señales de **“alarma” al cerebro** para avisar del peligro.

MÉDULA



CEREBRO

El cerebro está formado por células conocidas como **neuronas**, conectadas en una red inmensa. Cada **área cerebral** es un grupo de neuronas especializadas en determinadas funciones (sensibilidad, vista, emociones...).

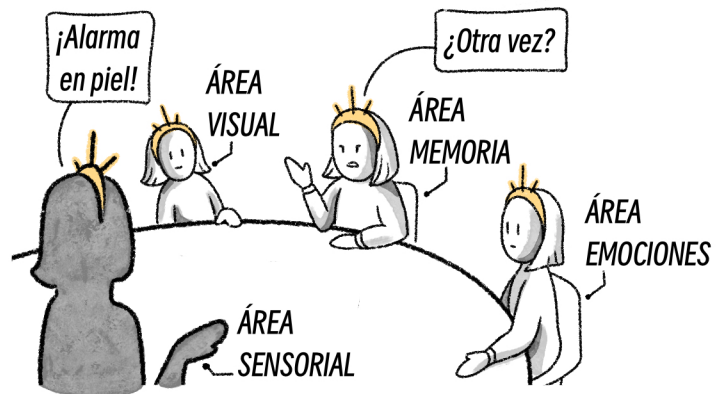




El cerebro puede recordarte a un puzzle con muchas piezas, pero funciona más bien como una reunión. Las **áreas cerebrales** se relacionan y comparten la información que reciben para crear una **historia común** de lo que ocurre.

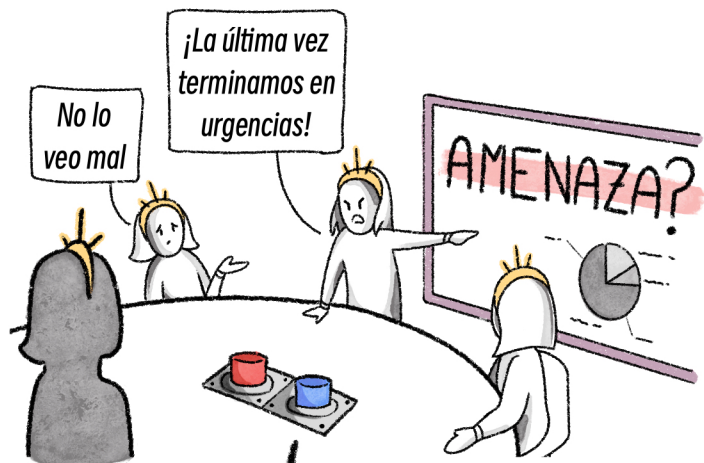
Cuando te lesionas, ese mensaje de los tejidos **se integra** en el cerebro con otra información importante (recuerdos, miedo...).

Todo eso **influye en tu dolor**, sea cual sea el daño.



Aunque la **percepción de amenaza** (la historia común que construye tu cerebro) es **subjetiva**, el **dolor** (la respuesta protectora) siempre es **real**.

Sobre esa historia común, tu cerebro tomará decisiones para protegerte.



1.3 - ¿Amenaza sí o no?

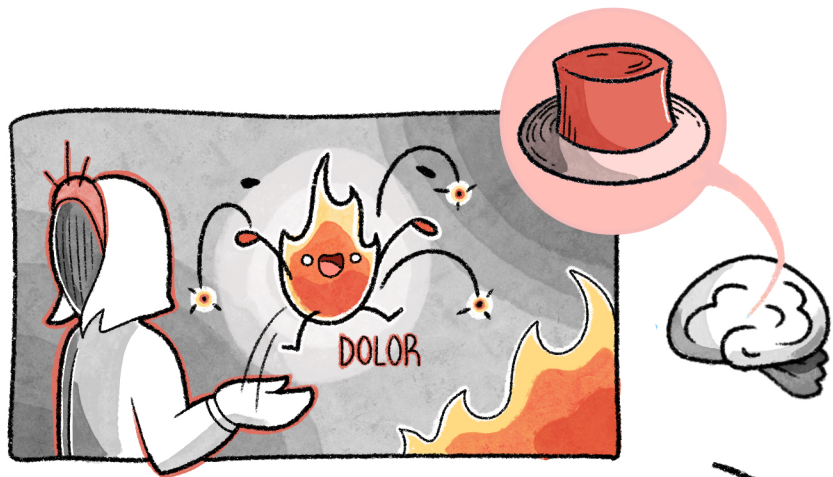
SI NO PERCIBE PELIGRO:

Enviará señales de calma a la médula para desactivar el circuito y no sentirás dolor.



SI PERCIBE PELIGRO:

Y decide que generar dolor es lo mejor para tu **supervivencia**, generará dolor. La **percepción de amenaza** (y el dolor) dependen de muchos factores.



El dolor se construye con tu pasado, tu presente y tu futuro.

Puede ser que tu cerebro perciba amenaza porque **recuerde** eventos del pasado de los que quiere protegerte.



Puede influir la **gravedad** del daño en los tejidos o la forma en que se habla de ello (**efecto nocebo**)¹

O que el miedo a las **posibles consecuencias** haga que se anticipe.



El daño en el tejido es algo objetivo, pero el dolor y su intensidad son subjetivos (depende de cada persona). **La intensidad del dolor no es igual a "daño"**, pero sí se relaciona con la "**percepción de amenaza**" que tiene el cerebro.



¹ - **Efecto nocebo**: aparecen efectos negativos solo por creer que van a ocurrir. La forma en que los profesionales de la salud transmitimos información puede empeorar la sensación de amenaza y, con ello, tu dolor. Por ejemplo, describiendo una radiografía con cambios degenerativos asociados a la edad como "catastrófica" o "patológica".

Por otro lado, el cerebro **hiperactivará el circuito** para anticiparse a cualquier amenaza. Tus sensores y tu médula serán expertos en enviar señales y serás **más sensible al dolor**.



La hiperactivación desaparece según se cura la lesión, pero algunos factores pueden mantenerla. Esto se llama **SENSIBILIZACIÓN CENTRAL** y puede influir en tu dolor más que la lesión inicial.

2 - DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Cuando te lesionas, el dolor protege el tejido dañado evitando que lo muevas.



Al principio duele mucho, pero **disminuye según se cura** la lesión hasta desaparecer.

Algunos dolores **persisten**. No duele igual todos los días y no mejora aunque el **tejido haya tenido tiempo de curarse**.

A esto le llamamos **DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO**: cuando ha pasado tiempo suficiente para que tus tejidos se curen (unos **3-6 meses**), pero el dolor sigue ahí.



Esto no significa que la lesión siga o haya empeorado.

Sino que puede haber otros factores (recuerdos, situación vital compleja, emociones...) que lo perpetúan.

2.1 - Hay varios tipos de dolor.



Dolor **bien localizado**, punzante, como cuando te das un golpe.

Es un dolor **difuso**, mal localizado, a veces con náuseas. Como un dolor de barriga o un cólico.

Aunque alguno predomine, pueden coexistir varios tipos de dolor.

Dolor de un nervio. Puede doler toda la zona que inerva aunque la lesión no esté ahí, como una ciática. Hay “**sensaciones raras**”, como hormigueo o quemazón.

Asociado a la **Sensibilización Central**. Puedes notar más dolor en todo tu cuerpo (**hipersensibilidad**) o que estímulos que no deberían doler, como un roce, te causen dolor (**alodinia**).

Catastrofismo

Además, puedes tener **pensamientos negativos** como “no voy a curarme nunca” o “no voy a poder trabajar”.



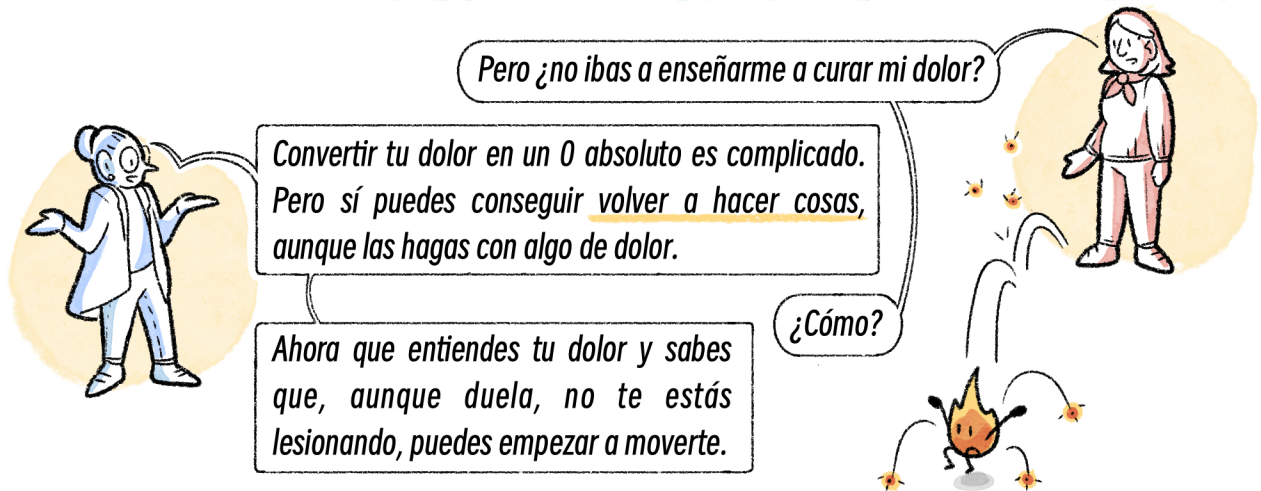
Kinesiofobia

También puedes **dejar de mover** alguna parte del cuerpo por **miedo** a que aparezca el dolor



No solo acompañan a ese dolor tan rebelde, sino que pueden empeorarlo porque **aumentan la sensación de “amenaza”** que percibe tu cerebro.

3- REAPRENDIENDO A MOVERTE



3.1 - Empieza conociendo tu dolor.

¿Qué **quieres o necesitas** volver a hacer? Puede ser ir a la piscina, jugar con tu hijo...

El objetivo es que vuelvas a hacerlo, aunque haya dolor.

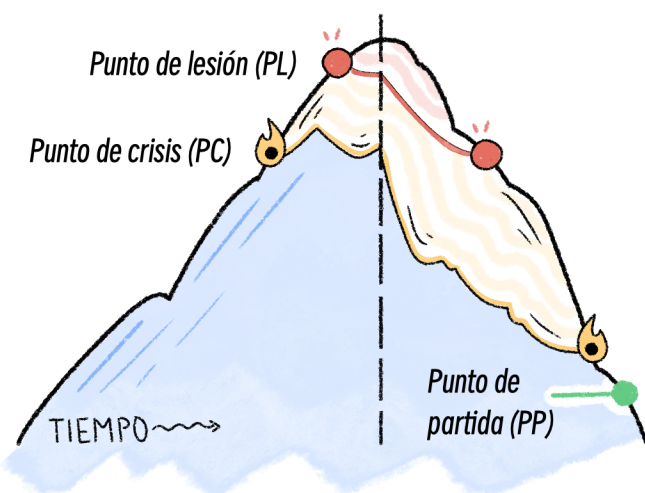
Punto de partida: la actividad que puedes llegar a hacer sin causar una crisis de dolor.

Planifica tu progresión desde ahí: hazlo fácil, de menos a más.



3.2 - Rehabilitación progresiva.

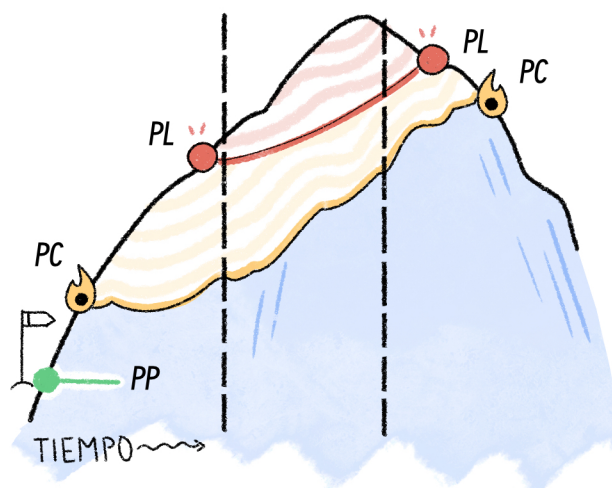
Si una actividad es demasiado intensa, puede dañar tus tejidos (**punto de lesión**). Por eso sientes dolor (**punto de crisis**) si la intensidad se acerca a ese punto.



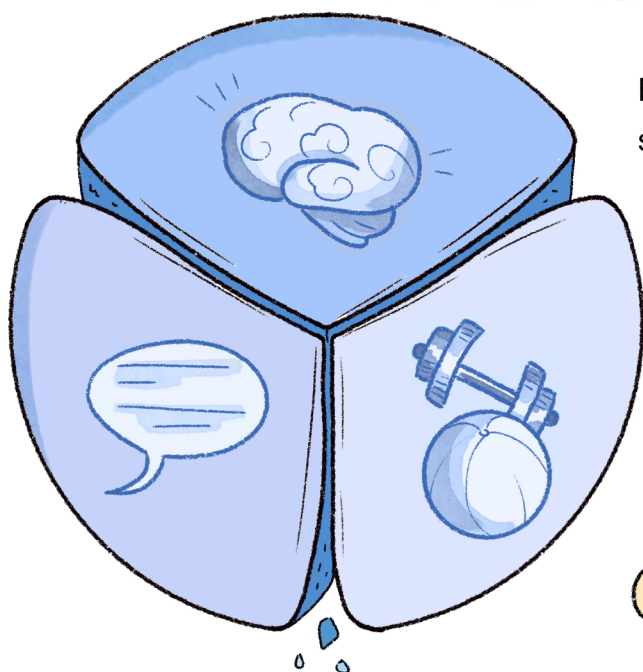
Tu **punto de crisis** y tu **punto de lesión** ahora están muy separados: tu dolor te **avisa mucho antes** de llegar a la intensidad que podría lesionarte, tu **sensibilidad está aumentada**.

Además es más fácil una lesión porque, tras el reposo, los tejidos están **desacondicionados** (tu **PL** "baja").

Con **rehabilitación y ejercicio graduales** puedes **reacondicionar** tu cuerpo (*mejora la tolerancia de los tejidos, “sube” el PL*) y disminuir la percepción de **amenaza** (*disminuye la sensibilidad, el PC se acerca al PL y se reduce la zona de dolor*). Lo importante es ir poco a poco: *“Siempre haz más de lo que hiciste ayer pero no mucho más”*¹.



4 - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



El **tratamiento de elección** se basa en lo siguiente:

Entender cómo funcionan: educación en dolor, psicoterapia.

Volver a moverte: rehabilitación, terapia física.

¡Además, esto mejora el **catastrofismo** y la **kinesofobia**!

Vale pero... ¿Y la morfina?



Los **fármacos son siempre un complemento** del tratamiento principal. Pueden ayudar a veces bajando la inflamación, estabilizando lesiones nerviosas, anulando el circuito del dolor en algún punto...



Los opioides (como la Morfina) **no son muy útiles** en este tipo de dolor, ni la primera opción de tratamiento. La decisión de usarlos se individualiza con cada persona según sus necesidades, riesgos y deseos.



Pero si sientes que no te ayudan o hay efectos secundarios... mejor retirarlos.

1 - Explicando el dolor. "Explain pain" D Butler, L.Moseley.

5 - OTRAS HERRAMIENTAS

También puede ayudarte buscar información y apoyo a través de sociedades sobre el dolor, grupos de pacientes y webs de interés.



www.osatzen.com/grupos-trabajo/fibromialgia-migrana-y-dolor-cronico/ - Grupo de trabajo de la sociedad vasca de médicos de familia. En su apartado “recursos” ofrece material sobre neurociencia y dolor persistente.

www.arturogoicoechea.com - neurólogo y divulgador sobre neurociencia y dolor persistente. En su web ofrece recursos y una lista de correo sobre dolor persistente.

Guía del dolor, por Greg Lehman - Información sobre neurociencia del dolor y recuperación de la funcionalidad.

Explicando el dolor. “Explain pain” D Butler, L.Moseley - Información ilustrada sobre neurociencia del dolor, dolor persistente y recuperación de la funcionalidad.

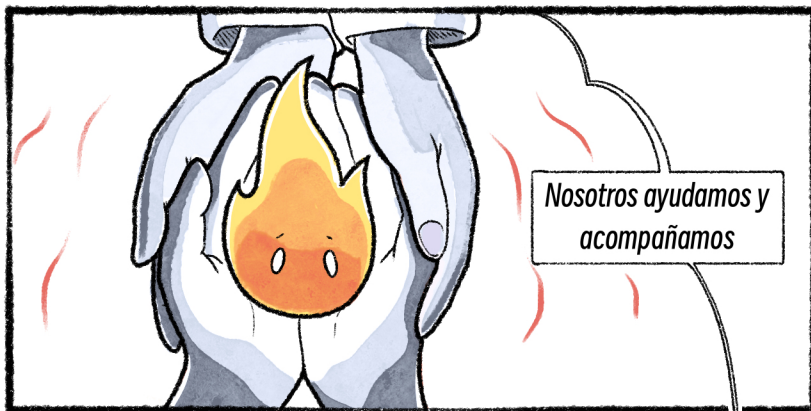


¿Y no vas a decirme qué hacer?

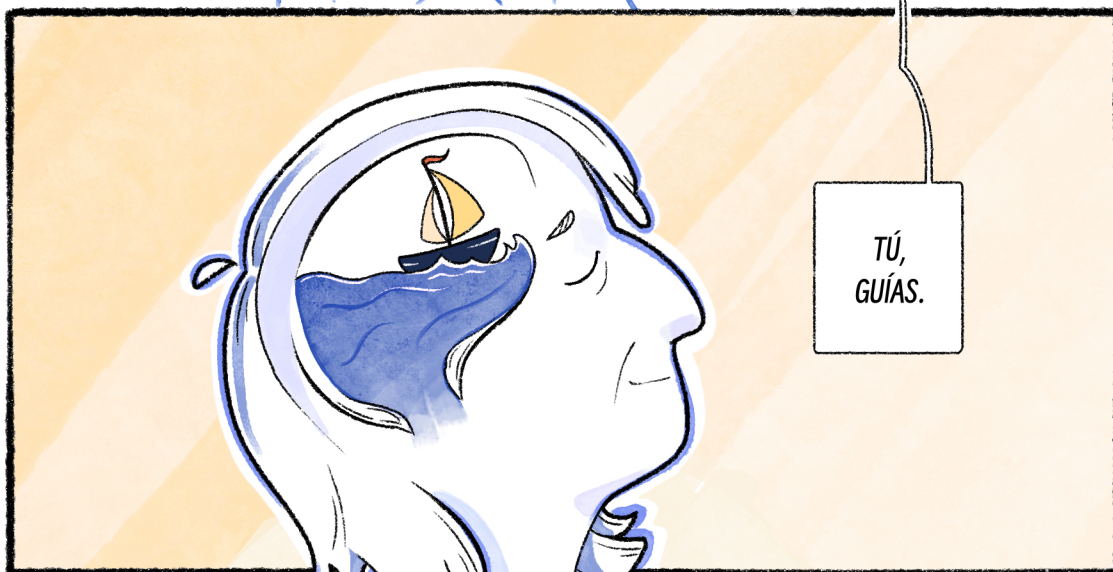
Lo decidimos juntas,
eres protagonista en tu
tratamiento



Nosotros ayudamos y
acompañamos



TÚ,
GUÍAS.



6 - BIBLIOGRAFÍA

- 1- L.Moseley, D.Butler; Explicando el dolor; 2010.
- 2- V.García Espinosa, M. Muñoz Capron-Manieux. Abordaje no farmacológico del dolor persistente. SemFYC; 2023.
- 3- A. Morral Fernández, J.Martín Royo, A. Perelló Bratescu. Abordaje del dolor persistente mediante ejercicio físico terapéutico y educación en neurociencia del dolor; revista DOLOR; 2023.
- 4- Lon-Huei Lin et al. Pain neuroscience education for reducing pain and kinesiophobia in patients with chronic neck pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials; 2024.
- 5- Seungwoo Shin et al. Carryover Effects of Pain Neuroscience Education on Patients with Chronic Lower Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis; 2023.
- 6- Miguel Ángel Galán Martín. Federico Montero Cuadrado. Educación en neurociencia del dolor. Dossier para pacientes. Junta de Castilla y León; 2018
- 7- Luis Suso-Marti et al. Effectiveness of Pain Neuroscience Education in Patients with Fibromyalgia: A Systematic Review and Meta-Analysis; 2023.
- 8- David Tauben. Brent R. Stacy. Abordaje del manejo del dolor crónico no oncológico en adultos. En: UpToDate, Scott Fishman (Ed), UpToDate. (Consultado en Agosto 23, 2024.)

El dolor “*inexplicable*” sigue y limita a millones de personas en el mundo. Puedes sentir que el dolor, poco a poco, ha ocupado el centro de tu vida.

Entender *cómo funciona tu dolor*, junto con *actividad y terapia físicas*, mejoran tu funcionalidad y estado físico. Promueven una vida activa en lugar del sedentarismo asociado al dolor crónico. Se prioriza que, en el centro, vuelvas a estar tú.

El abordaje del dolor persistente es complejo y, a menudo, requiere de varios profesionales de la salud. Esta guía es un recurso para acompañarte en el camino.



@DOTO_eg